

ROK TRZYDZIESTY CZWARTY.

Wychodzi zeszyta-
mi miesięcznymi.

Cena w Warsza-
wie: rocznie rs. 4.—
pół-rocznie rs. 2.—
kwartalnie ra. 1.

PAMIĘTNIK

Redakcja przy ulicy
Nowy - Świat
Nr. 1247 61).

Cena na Prowincyi
w Cesarstwie i za
granicą: rocznie rs-
5; półrocz. rs 2 k. 50

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 4. Kwiecień 1871.

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 3-ie dnia 7 Lutego 1871 r.

Prezes: kol. B r o d o w s k i.

TREŚĆ. Przyjęcie protokołu. — II. Korrespondencya. — III. Sprawozda-
nie z dzieła kol. Szokalskiego — kol. J o d k o. —
IV. Operacya prof. Szokalskiego dla odwrócenia po-
wiski przy entropium spacticum — kol. J o d k o. —

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu
przyjęty.

II. Nadesłano:

1) Protokół 18-ty posiedzenia Towarzystwa lekarzy
Pskowskich z d. 7 Listopada 1870.

2) Вѣстникъ общества попеченія о раненыхъ и больныхъ
ВОМНАХЪ.

Pam. T. L. W. t. LXV.

Biblioteka Główna

WUM

20
www.dlibra.wum.edu.pl

III. Kol. J o d k o odczytuje sprawozdanie z dzieła prof. Sz o k a l s k i e g o pod tytułem: „Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka“, które dosłownie brzmi jak następuje:

„Jeszcze przed laty 10-ciu, gdym pisał rozprawę o sympatycznym cierpieniu oka ¹⁾ znając prof. Sz o k a l s k i e g o tylko z prac jego literackich, nazwałem go jedynym przedstawicielem racjonalnej oftalmologii w Polsce (str. 221). Najnowsza praca szanownego profesora z której treścią i wartością mam zazuajomić szanownych kolegów, dostarcza pod każdym względem nowych dowodów, iż zdanie moje przed 10-iu laty wypowiedziane uległo chyba tej małej zmianie: że nie jedynym lecz głównym przedstawicielem racjonalnej oftalmologii szanowny profesor dotychczas być nie przestał.

Wykład chorób przyrzędu wzrokowego nosi na sobie piętno długoletnich samodzielnych studjów, studjów opartych na wzbogacającym się każdodziennie własnym doświadczeniu jak niemniej na krytycznym ocenieniu prac przez innych w tymże kierunku przedsiębranych. Dla tego też znajdujemy w szacownem dziele prof. S. rozdziały, których w nowszych, przez młodą generację wydawanych podręcznikach napróżno byśmy szukali, ale do których przeszłość wielkie i niezaprzeczenie nie bez słuszności przywiązywała znaczenie. Z drugiej strony znajdujemy skrzętnie zebrane i umiejętnie użytowane wszystkie na to zasługujące, do ostatniego prawie dnia roku zaprzeszłego ogłoszone prace w dziedzinie okulistycznej literatury. A jeżeli przyjmiemy w uwagę: iż dzieło prof. S. obecnie wydane, już przed kilkunastu laty było w rękopiśmie ukończonem, to musimy autorowi przyznać z jednej strony chwalebne w rzeczach nauki ciągle postępującej zastosowywanie się do nowych nabytków, jakkolwiek te nieraz stały w rażącej sprzeczności z teorja-

¹⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom XLV, str. 209.

mi przeszłości, do których się przez długie lata przywykło; z drugiej zaś posiadanie danych z którymi przed kilkunastu laty do pisania dzieła przystępując mógł dać temuż tak trwałe podstawy, że pomimo przewrotu jakiemu w nowszych czasach okulistyka podległa, podstawy owe nie zostały zachwianemi tylko w szczegółowym wykończeniu gmachu całego niejakię pozachodziły zmiany.

Oprócz tych ogólnych zalet długoletnią trwałość dzieła prof. S. zapewniających, są jeszcze szczególne, których w dziełach tego rodzaju, nie mówię już polskich, lecz i w obcych językach ostatnimi czasy w takiej mnogości ogłoszonych, nie znajdujemy i nad którymi z tego powodu nieco się szczegółowiej zastanowię.

Do takich zalet zaliczamy poprzedzenie części dydaktycznej częścią historyczną, a mianowicie: rysem historycznym rozwoju teoryi wzroku od najdawniejszych czasów aż do dzisiejszych i historją rozwoju patologii i terapii oka. Z tych dwóch pierwsza t. j. Historia rozwoju i stanu obecnego teoryi wzroku jest tak wyczerpującą i starannie opracowaną, że żałować tylko należy iż szanowny autor nie wydał tejże osobno i chociażby w jednem z ogólniejszych obcych języków; ma ona bowiem wartość nie tylko dla okulistów, a dla tych ostatnich jest niezbędną jeżeli chcąc iść drogami poprzedników, zechcą nauczyć się od tychże, jak w pozornie dokładnie (na czas dany) wyjaśnionej teoryi niedostatki dostrzegać można i jakimi drogami do poprawienia takowych dążyć należy. Już po przeczytaniu tego rysu historycznego możemy z pewną wiarą w treść całego dzieła do przeczytania tegoż przystępować, bo autor rysu historycznego nie mógł w swoim dziele być innym jak osobistości których działalność na drodze postępu w tymże rysie historycznym opisał.

Historją rozwoju i postępu patologii i terapii oka dzieli autor na cztery okresy: a) starożytny (od początku do panowania Arabów) opisujący prace w tymże kierunku Greków i

Rzymiau; b) wieków średnich (do XVI-go stulecia), w ogóle jałowy dla postępu nauki; c) odrodzenia i d) nowego postępu z których treścią same zagłówki obznajmują. Rozdział ten o ile szczerze rozmiary wstępu do dzieła na to pozwoliły opracowanym jest także dosyć szczegółowo i daje dokładny obraz kolei przez jakie nauka często borykająca się z polityką przechodziła i niebezpieczeństw na jakie nieraz oczy cierpiących w skutku wiary w medycynę wystawionemi były.

Po wstępie historycznym następuje wstęp rzeczywisty, to jest opracowanie ogólnych podstaw oftalmologii tak teoretycznej jak i zastosowanej. Rozpoczyna go autor ogólną anatomią części ciała z którymi w oftalmologii bliżej się zapoznać mamy i fizjologią oka w streszczeniu a mianowicie wykazuje co rozumieć mamy pod mianami: widzenie, patrzenie i spoglądanie. Następny rozdział poświęcony jest badaniu leczniczemu oka za pomocą zmysłu wzrokowego, bezpośrednio i przy pomocy rozmaitych narzędzi. Badanie za pomocą wziernika w tym już dziale jest opisane, według mego zdania zbyt krótko i pobieżnie, tak iż pomimo to że dla objaśnienia tegoż służą liczne drzeworyty, wątpię jednak żeby student albo nawet lekarz mógł po sumiennem kilkakrotnem przeczytaniu tegoż potrafić chociażby pierwsze kroki na tej drodze śmiało postawić, jest to może najslabsza strona dzieła szanownego prof. ale tylko pod względem praktycznym, bo chociaż bardzo naukowo ale zanadto zwięzłe jest opracowaną.

Dalej zapoznaje autor czytelnika z różnicami indywidualnemi przyrzędu wzrokowego odnośnie do różnic ciałaostanu i temperamentu, wieku, płci i działania przypadkowych wpływów; w rozdziale tym można poznać cały zasób spostrzeżeń długoletniem i trafnem zebranych doświadczeniem. Zato w dziale następnem poświęconem ogólnej patogenezie i etiologii chorób ocznych, autor często idealizuje i unosi się zbyt czynnem przywiązaniem znaczenia do wpływów, z natury swojej rzeczywicie nieraz szkodliwych, ale nie tak znowu bardzo jak by się

zdawać mogło po przeczytaniu tego rozdziału. Pod względem jednak opracowania dział ten może służyć za wzór dla prac tego rodzaju: najdrobniejszy szczegół w nim przepomnianym nie został i sędzę że dokładność wykończenia całej oftalmologii nie by na tem nie straciła, żeby szanowny autor po daniu tak starannie opracowanej ogólnej patogenezy i etiologii chorób ocznych przy szczególnem opisanu każdej choroby, mniej miejsca poświęcił zbadaniu przyczyn takową sprowadzających. W ten sposób znalazłoby się może dosyć miejsca, przy tychże rozmiarach dzieła, do bardziej szczegółowego opracowania nauki badania za pomocą wziernika.

Oprócz wyszczególnienia i rozbioru jakości wpływów zewnętrznych (światło, ciepło, powietrze, uszkodzenia, sposób życia, pory roku i klimat) i wewnętrznych (dziedziczność, płeć, wiek, wysilenie, uprzednie choroby) zajmuje się autor w tym rozdziale wskazaniem stosunku oka do tworów w częściach sąsiednich ciała zawartych, związku między jednym okiem a drugim, stosunku oczu z nerwami sympatycznym i trójdzielnym oraz z rdzeniem przedłużonym, następnie rozbiera bardzo szczegółowo przyrząd oka krwionośny a zarazem i odżywczy i wpływ takowego na powstawanie chorób ocznych i kończy ogólnemi uwagami nad przebiegiem i trwaniem chorób ocznych, zejściem tychże, statystyką, wpływem chorób oka na cały organizm oraz kojarzeniem się tychże między sobą i z chorobami innych części ciała.

Rozdział następujący poświęcony ogólnej terapii chorób ocznych, jest nieco treściwiej od poprzedzającego ale nie mniej sumiennie opracowany, szczególnieć część tegoż poświęcona okularom jest napisana tak jasno i przykrycznie, że za wzorową pod względem pedagogicznego wykończenia może być uważaną wszędzie widać w niej mistrza znającego swój przedmiot i przywykłego prowadzić innymi drogą prostą do poznania rzeczy w niektórych szczegółach dosyć trudnych i zawiłych.

Na tem się kończy wstęp rzeczywisty do oftalmologii i zaczyna się część szczegółowo opracowująca choroby rozmaitych części oka. Już we wstępie rozpatrując się w anatomii oczodołu, sz. autor słusznie dostrzega pewien anatomiczny rozdział części oka, z których chorobami w oftalmologii zajmować się mamy, rozdział na trzy tak zwane komory; powiekowo-łącznicową, gałkową i oczodołową, z których pierwsza zawiera oczne przyrządy dodatkowe (powieki, łącznicę, organa i drogi łzowe), druga same oko to jest gałkę oczną, a trzecia przyrządy ruchu gałki i życia (mięśnie i pnie naczyniowe oraz nerwowe). Stosownie do tego podziału dzieli też autor szczegółową oftalmologię na trzy główne części zajmujące się chorobami powyższych komór, a w końcu jako dodatek nadzwyczajny daje rozdział poświęcony anatomii, fizjologii, patologii nerwu trójdzielnego; mówię nadzwyczajny, bo rzeczywiście w żadnej oftalmologii tego działu nie znajdujemy i nowość ta przez szanownego profesora wprowadzona, z pewnością znajdzie naśladowców, bo każdy z zajmujących się chorobami ocznymi musi przyznać wielką doniosłość wpływów nerwu trójdzielnego na rozmaite choroby oczne i trudności wykrycia tych wpływów bez dokładnego poznania życiowych własności pomienionego nerwu.

Pojedynczych działów oftalmologii szczegółowej nie mam zamiaru rozbierać, bo by to zadanie sprawozdawcy zanadto rozszerzyło, powiem tylko słów kilka o ogólnie przyjętym systemie opracowywania. Każdy pojedynczy dział téj części rozpoczyna się anatomią i fizjologią części oka której choroby mają się poznać następnie; potem autor opisuje historję i wady rozwoju téj części, następnie możliwe zranienia a dopiero potem przechodzi do chorób na innéj drodze nabytych, kończy zaś guzami i nowotworami części opisywanéj. W podziale chorób zapalnych autor trzyma się konsekwentnie drogi czysto anatomicznój, najracjonalniejszej ze wszystkich dotychczas przyjętych i najwygodniejszój dla jasnego przedstawienia rozmaitych licznych chorobowych stanów, tak drobnych części jakeimi są

pojedyncze cząstki oka. Autor tutaj użył pośredniej drogi pomiędzy wielu autorami nowszych podręczników okulistycznych, nie mówi bowiem o zapaleniu w ogóle takiej a takiej części, ani też o zapaleniu każdej z warstw tejże części, a więc nie uogólnia ani też nie rozczłonkuje zanadto symptomatologii ale zwykle rozdziela zapalenia na powierzchowne i głębokie i podział ten przy niektórych częściach oka jak np. przy rogówce i tęczy bardzo dobrze przeprowadza z rzeczywistą praktyczną dla czytelników korzyścią; inaczej jednak rzecz się ma w opisie chorób łącznicy, gdzie takiej ściślej granicy niepodobna bez pewnego idealizowania przeprowadzić i stąd powstać może pewien zamęt w pojęciu o istocie choroby u czytającego, gdy np znajdzie pomiędzy chorobami treści czyli miąższu łącznicy zapalenie ciała brzośkowatego powiek (*conjunctivis granulosa*), a następnie w dziale poświęconym nowotworom łącznicy spotka się z jaglicą błony łącznej (*trachoma conj.*) i granulacjami łącznicy. Lecz to są więcej zarzuty co do formy, po przeczytaniu bowiem tych rozdziałów trzeba koniecznie przyznać racjonalność autorowi, chociaż podstawy tej racjonalności mogą być przedmiotem kontrowers i sporów. Dział poświęcony akomodacyi i refrakcyi oka oraz zboczeniu w tych kierunkach jest treściwie ale po mistrzowsku opracowany, widać w nim sumienne studia dawniejsze w harmonijnym związku z nowymi pracami D o n d e r s'a zespolone.

Od ogółu przechodząc do szczegółów spodziewam się że nie zadam kłamu wyżej orzeczonemu zdaniu memu o całości dzieła szanownego autora, gdy zwrócę uwagę na niektóre nieznaczne plamki, które zdaniem mojem tak dalece odbijają od całości, że właśnie dla tego wymienionemi być powinny ażeby się przekonać jak ich mało i usunąć, jeżeli się na to autor zgodzi, w przyszłości. Do takich zaliczam zdanie (T. I. str. 149), iż zapalenie przedniej krawędzi brzegu powiekowego (*blepharadenitis ciliaris*) może stać się przyczyną zawrócenia powiek (*entropium*), zdanie w którym przypuszczać bym mógł tylko

pomyłkę drukarską, gdyby nie dołączone tłumaczenie, przekonywające że autor rzeczywiście jemu hołduje.

Do takich też zaliczam (str. 171) zalecanie sposobu operacyjnego zmierzającego do zaradzenia niedogodnościom ze zwiśnienia wrodzonego powieki górnej (*ptosis*) powstałym który polega na wycięciu klinowatego kawałka z powieki górnej; którego podstawa odpowiada brzegowi powieki a wierzchołek górnemu brzegowi chrząski powiekowej, bo chorzy w ten sposób leczeni oprócz jednej wady którą im natura dała w udziale, nabywają drugą, rozszczerpienie powieki (*colloboma*). nierównie może nawet gorszą i szpetniejszą z rąk lekarza.

Nie chce mi się też uwierzyć żeby w oku z którego przez owrzodzoną rogówkę wyszła soczewka, po 12-stu leczeniach nie było śladu blizny na zupełnie przezroczystej rogówce, jakkolwiek wypadek wyjścia soczewki miał miejsce u noworodka (str. 245).

Nie mogę się też zgodzić na zdanie że zarośnięcie obu kanałów łzowych, jest chorobą nieuleczoną, z powodu że otwór sztucznie do worka zrobiony nie daje się na zawsze utrzymać (str. 286), sam się bowiem kilka razy przekonałem, że przy zdrowym stanie dróń łzowych, dosyć jest zrobić komunikację pomiędzy workiem łącznym a workiem łzowym, a samo działanie łoż ciągle przechodzących komunikację tę w stałą zamieni.

W opisie formy mglistego zapalenia rogówki (*keratitis dystatica primitiva*) (str. 365) nie wspomina nawet szanow. autor, że forma ta zwykle bywa przekrwieniem a często zapaleniem tęczy a nawet niekiedy i zapaleniem wyrostka rzęskowego powikłaną; wyliczając zaś rozmaite środki lekarskie przy tej chorobie używane nie wspomina nic o atropinie, chociaż moim zdaniem jest to środek przedewszystkiem tutaj wskazany. Podobne pominięcie tego znakomitego leczniczego środka znajdujemy również przy opisie leczenia formy punkcikowego zapa-

lenia rogówki (*Kerat. punctata*) (str. 36) (i formy naczyńniowatej (*Keratitis vasculosa profunda*) (str. 369).

Nie mogę się też zgodzić z szanownym autorem na istnienie osobnej formy chorobowej pod nazwą zapalenia tęczy zanikowego (*iritis atrophica* T. II. str! 70) opisaną. Oto jest podług tekstu charakterystyka tej formy. Zapalenie to nie wytwarza ani ropy, ani skrzepliwych wysięków, ani też lepieżowatych wyrosli, jeżeli jest czyste, lecz owszem wycieńcza utkanie tęczy i do zaniku je przywodzi; rozwija się ono zawsze przy nadwątlonej już poprzednio sprawie odżywienia, bądź w skutku długotrwałego przekrwienia, bądź przez przebyte już poprzednio zapalne sprawy, do których się zapewne i nieraz porażenie innerwacji przyczynia. Jest to więc zdaniem autora zapalenie nieprodukcyjne ale konsumpcyjne. Jeżeli objawy tej choroby porównamy z objawami zaniku tęczy, które w ciągu przebiegu jaskry typowej, nader dokładnie w innym miejscu (T. II. str. 33) przez szan. autora opisane zostały, to dojdziemy do przekonania, że w zapaleniu zanikowym tęczy mamy z prostym tylko zanikiem tej ostatniej do czynienia, co też w części potwierdza i sam autor mówiąc w określeniu choroby, że się zapalenie rozwija zawsze przy nadwątlonej już poprzednio sprawie odżywienia etc. może więc to być zanik postępowy, który jako objaw przy innych chorobach występnie niekiedy, tak samo jak takż zanik naczyńniówki, nerwu wzrokowego i t. p., ale nigdy zapalenie zanikowe.

Jakkolwiek zadaniem krytyki jest rozbiór tego co jest w dziele a nie wytykanie czego brakuje, bo zamieszczenie tego iub owego w dziele jest zwykle zależne od licencji literackiej piszącego, to jednak pozwolę sobie zwrócić uwagę szan. autora na jedno bardzo małe opuszczenie, dające się z łatwością przy drugim wydaniu dopełnić, a robię to w tym samym celu co i powyżej porobione uwagi, to jest li tylko przez wzgląd na okazałą całość dzieła, które bym pod każdym względem chciał widzieć doskonałym i wykończonym.

Pam. T. L. W. t. LXV.

A właśnie brakuje ważnego kawałka części oftalmologii prof. S. która pewną wyłączną cechą tejże stanowi, mianowicie działowi chorobom nerwu trójdzielnego poświęconemu: chcę mówić o liszaju pasowym ocznym (*herpes zoster ophthalmicus*) formie chorobowej dosyć dawno już znanéj ale do okulistyki dopiero przed kilku laty przez H u t c h i n s o n a wprowadzo-nej, a zależnéj z pewnością od choroby gałazki ocznéj nerwu trójdzielnego i charakterystycznój szerzeniem się w granicach rozgałęzieniem tej gałęzi zajętych.

Kończąc na tem rozbiór treści dzieła szan. autora muszę przyznać, że forma tegoż jest również jak i treść doskonała, język polski czysty, styl potoczny i jasny, jakim się wszystkie prace literackie szanownego profesora odznaczają, drzeworyty bardzo piękne, tylko korekta możeby mogła być nieco dokładniejszą. W każdym razie jest to praca tak znakomita, że przyznać musimy zupełną słusność i kompetentność sądowi komisji krakowskiéj rozpoznającój wartość nowo wydanych dzieł polskich, iż przyznała nagrodę z funduszu na ten cel przez ś. p. ks. L u b o m i r s k i e g o zapisanego dziełu którego ocenę na tem kończymy“.

Kol. B r o d o w s k i (prezes) nie zgadza się z kol. Jodko który wyłącza możebność istnienia w ogóle zapalenia zanikowego a w szczególności zapalenia zanikowego tęczy (*Iritis atrophica*) Zdaje się przeciwnie iż jeżeli produkta zapalne długi czas trwają mogą naciskiem swoim wywołać zanik częściowy tkanki wśród której się znajdują, tak iż po ich zrezorbowaniu pozostaje zmniejszenie ogólnéj objętości téj tkanki, czyli innymi słowy istnieją sprawy zapalne sprowadzające zanik. Nawet jest pewna forma nowotworu rakowego nazwana rakiem zanikowym (*carcinoma atrophicum*) z powodu że jedynym odznaczającym charakterem tego nowotworu jest właśnie to iż sprowadza zanik tkanki wśród której się rozwinął.

IV. Kol. J o d k o mówi o nowéj operacji mającéj na celu odwrócenie powieki przy zawróceniu tejże tak zwanem kurczo-

wem (entropium spasticum). Operacja ta jest pomysłu prof. Szokalskiego ale była wykonaną dotychczas tylko dwa razy i to przez kol. Jodko.

Dotychczas przeciwko tego rodzaju zawróceniom stosowano trzy operacyjne sposoby: jeden stary (Celsa) polegający na wycięciu podłużnej fałdy zeskóry powieki dolnej, drugi (Desmarea) polegający na wycięciu kilku (dwóch lub trzech) fałdek pionowe do brzegu powiekowego mających położenie, trzeci Graefe'go polegający na wycięciu trójkąta podstawą do brzegu powiek dotykającego (oddalonego od tegoż o 2 — 3 m. m.) zrobieniu dwóch płacików skóry pomiędzy każdą ścianką trójkąta a przedłużeniem podstawy tegoż, ściągnięcia tychże płacików do środka i zeszycia na linii przez środek wyciętego trójkąta przechodzącej. Wszystkie te sposoby nie dają stałego rezultatu, recydywy po dwóch pierwszych do zwyczajnych następstw należą, po trzecim do częstych z powodu że w wieku podeszłym (w którym najczęściej to zawrócenie miewa miejsce) podkładki tłuszczowej brak jest wielki, a skóry stosunkowo zbyt wiele się znajduje, wszelkie więc ubytki tejże operacją spowodowane wyrównywają się bardzo łatwo z czasem nową znowu naciągniętą skórą.

Sposób prof. S. jest następujący: od brzegu powieki po obu stronach teźże robią się dwa cięcia do brzegu prostopadle a długie w miarę potrzeby na 5 — 8 linii, końce tych cięć łączą się między sobą cięciem poprzecznem przez to powstaje płat skóry czworogranny z trzech stron powyżej wymienionymi cięciami ograniczony, z czwartą z brzegiem powieki stykający się. Płat ten odzłaziła się od powieki i z części jego brzegowi powieki przeciwległej odcina kawałek podłużny 2 — 3 linii szeroki u góry nieco zaokrąglony.

Po zatamowaniu krwawienia płat się przyszywa co rzeczywiście może mieć miejsce jedynie przez ściągnięcie całego płatu na dół przy czem i powieka skraca się znakomicie. Wyż-

szość operacyi na tem polega że skóra powiekowa nietylko się skraca przez co powieka prawidłowy stosunek do oka przyjmuje ale na znacznej przestrzeni odcięta od podstawy przyrasta następnie do tejże, przez co cała powieka nabiera tężości i największe kurczenia się mięśnia zwieracza powieki nie są w stanie skóry z okolic naciągnąć, gdyż nie na skórę ale na bliznę szeroką działają.

Oba wypadki operowane były przed trzema miesiącami i nic dotychczas nie zapowiada żeby recydywa nastąpić mogła.

Na tórn posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ MEDYCZYNY SĄDOWEJ, PSYCHIATRYI I CHOROÓB
NERWOWYCH.

Posiedzenie 34-e z d. 23 Czerwca 1870 r. ¹⁾

Przewodniczący Kol. R o t h e

Obecni: Kol. R o t h e, C h o m e n t o w s k i, Ż ł o b i
k o w s k i, (gość) T a c z a n o w s k i, G o l d
s o b e l (gość).

TREŚĆ O wartości pożywniej wyciągu mięsnego Liebiga i o zastosowa-
niu tego środka w Psychjatrii.

Kol. T a c z a n o w s k i czyta swą pracę pod powyższym tytułem. Zwróciwszy uwagę na rozbiór chemiczny mięsa i na sposób przygotowywania wyciągu mięsnego Liebiga, kolega stwierdza że w skład wyciągu mięsnego, wchodzi sole nieorganiczne, głównie sole potażowe, oraz ciała wyciągowe, co odrazu wykazuje różnicę między mięsem, a wyciągiem mięsnym. Kemmerich z Bonn, karmiąc sześcioletnią cielką białkowymi pozostałymi po wygotowaniu z mięsa ekstraktu Liebiga, z dodat-

¹⁾ Spóźnione.

kiem soli nieorganicznych, przekonał się iż szczenięta w ten sposób karmione, doskonale się rozwijały, a waga ich ciała stale wzrastała. Doświadczenie to przekonało, że w ekstrakcje mięsnym najważniejszą rolę grają ciała nieorganiczne gdyż pomimo braku ciał wyciągowych zwierzęta dobrze się rozwijały. Następnie zaś Kemmerich wlewał do żołądka zwierzętom skoncentrowany buljon, i zauważył, że z początku oddech stawał się częstszy, tętno również częstsze i silniejsze, ostatecznie jednak po wstrzyknięciu znacznych ilości buljonu nastąpiła śmierć w skutek porażenia nerwów błędnych. Takież same mniej więcej zauważono skutki, przy użyciu soli potażowych; przy małych ilościach następowało pobudzenie, przy wielkich zaś ilościach, tętno znakomitemu uległo przyśpieszeniu, a ostatecznie następowała śmierć pośród drgawek. Ostatecznie więc najważniejszym czynnikiem w wyciągu mięsnym, będą sole potażowe.

Zastanawiając się nad częściami składowymi wyciągu mięsnego, widzimy że nie możemy wielkich zakładać nadziei, na wyciągu mięsnym, jako środka wzmacniającego. Dla tego też przy melancholii biernej, połączonej z jadłowstrętem, gdzie pomimo pilnego sztucznego karmienia, trudno dostarczyć choremu odpowiedniej ilości pokarmów, wyciąg mięsny mniejszą będzie mieć wagę, natomiast przy zwyczajnej melancholii wyciąg mięsny byłby wskazany gdyż ułatwia trawienie, i służy do łatwiejszego przyswojenia ciał białkowych. Oprócz tego zwrócić musimy uwagę na jedną jeszcze okoliczność, mianowicie że wyciąg mięsny łatwo bardzo sprowadza rozwolnienie. Chory A. D. w tutejszym szpitalu św. Jana Bożego leczony, właśnie dostał w skutek użycia wyciągu mięsnego dość silnej biegunki, która dopiero po wykluczeniu z zadawanych pokarmów wyciągu mięsnego ustała.

Dr Szumlewicz również w artykule swym o wyciągu mięsnym zamieszczonym w czasopiśmie Archiwum Medycyny Sądowej i Hygieny publicznej, wspomina o młodym jednym profesorze rosyjskiej szkoły agronomicznej który będąc do-

tknięty gruźlicą, udał się o pomoc lekarską do syna sławnego Liebiga. Chory karmiony znacznemi dawkami wyciągu mięsnego, dostał niczem niepowstrzymanej biegunki, i zmarł wkrótce z wyniszczenia.

Kol. Ż ł o b i k o w s k i opowiada o chorój cierpiącej na chroniczną pneumonię (pneumonia caseosa) u której jednak owrzodzeń w kiszkiach niema. Chora ta używa celem polepszenia ogólnego odżywienia, wyciąg mięsny w dość znacznych ilościach, i cierpi prawie na ciągłe rozwolnienie. Kolega przypuszcza że przyczyną téj biegunki, może być użycie wyciągu mięsnego, obiecując przeprowadzić w tym wypadku pilne badanie i zdać sprawę, na przyszłym posiedzeniu.

Sprawozdawca: T a c z a n o w s k i.

Posiedzenie 39-te, z dnia 16 Stycznia 1871 r.

Prezydujący kol. R o t h e

Obecni: kol. P ł a s k o w s k i, H o y e r, C h o m ę t o w s k i,
T a c z a n o w s k i.

Kol. Przewodniczący, uważa za stosowne rzucić okiem na rok ubiegły, aby stwierdzić że sekcja odbyła ośm posiedzeń zajętych przez odczytywanie prac oryginalnych, przedstawionych przez kolegów członków sekcji, oraz ich krytycznym rozbiorem; i tak kol. Ż ł o b i k o w s k i czytał rozprawę o chloralu i użyciu tego środka u obłąkanych, kol. C h o m ę t o w s k i o-

bląkanych w obec sądów cywilnych w Królestwie Polskiem, kol. **T a c z a n o w s k i** o wyciągu mięsnym **Liebiga**, i zastosowaniu tego środka przy żywieniu obłąkanych, kol. **L u b e l s k i** streszczał w zajmujących odczytach literaturę psychiatryczną francuzką ostatnich czasów. Kol. przewodniczący odczytał obszerną psychjatrję sądową, która była powodem długich rozpraw, jeszcze nieukończonych. Krótki ten przypominek wystarcza aby stwierdzić czynne życie jakie w ubiegłym roku w łonie sekcji panowało, a zarazem daje pewną rękojmię że i w roku bieżącym, członkowie sekcji psychiatrycznej, starać się będą z równą gorliwością, o postęp uprawianej przez siebie gałęzi medycyny.

Następnie przystąpiono do wyborów oddziałowych na rok 1871. Przewodniczącym został wybrany kol. **R o t h e**, wiceprezesem kol. **P ł a s k o w s k i**, sprawozdawcą kol. **T a c z a n o w s k i**.

Po dopełnieniu wyborów kol. **C h o m ę t o w s k i** powraca do rozbieranej na ostatniem posiedzeniu kwestyi, o odpowiedzialności częściowej. Ponieważ pytanie to było obszernie rozbierane w Towarzystwie Medykopsychologicznem w Paryżu. przeto nie zawadzi przytoczyć przebieg całej prowadzonej tam dyskusyi. I tak pierwszy **D e l a s i a u v e** użył wyrazu odpowiedzialność częściowa w znaczeniu przyjmowanej przez nas pocztytalności częściowej. Autor ten i **B e l l o c** mówią że odpowiedzialność częściową pojmować by można w dwojaki sposób, i tak obłąkany za przestępstwa przez siebie popełnione w części tylko jest odpowiedzialnym, czyli że obłąkanie jest okolicznością łagodzącą; powtóre że obłąkany odpowiada za pewne tylko czynności swoje, spełnione po za obrębem obłądnych pojęć. **O t t i M o l l i n i e r** pierwszy jeszcze w r. 1854 a drugi w r. 1857 radzą, karać monomaniaków za wszelkie przestępstwa przez nich popełnione, opierając się na tem, że chory dotknięty monomanią, ma dosyć znaczny zasób zdrowego rozsądku, aby nim mógł powstrzymać popędy chorobliwe, zmierzające do

działań przestępnych. Przeciwno temu zdaniu wystąpili *D e l a s i a u v e i R e n a u d i n* utrzymując jednakowoż że chory nieo-
wiedzialny za czynności mające związek z jego obłądnemi po-
jęciami, jest jednak odpowiedzialny, za czynności spełnione
przez siebie po za obrębem obłąkania. Zdanie rzeczone podzie-
lają *C a s p e r B e l l o c i L e g r a n d u S a u l e*; są oni więc wszy-
scy zwolennikami odpowiedzialności częściowej u obłąkanych. Ze
zdaniem wprost przeciwnym wystąpił *D a l l y* utrzymując że za
przestępstwo spełnione, zbrodniarze zgoła nie są odpowiedzialni
nie zważając na to czy są oni obłąkani, czy cieszą się zupełnem
zdrowiem umysłowém; zasadza się zaś zdanie jego na tem, że
odrzuca wolną wolę i sprawy umysłowe uważa za zwyczajną fun-
kcję mózgu. Jako logiczne następstwo swego zdania, radzi od-
rzucić repressją kryminalną, a zająć się leczeniem umysłowem
zbrodniarzy.

Professor filozofii w Sorbonie, *P a u l J e a n e t* utrzymuje
że przyjęcie lub odrzucenie odpowiedzialności, zależy od tego
czy przyjmiemy lub odrzucimy istnienie wolnej woli; mówca
staje na stanowisku spirytualném i powiada że wolna wola mo-
że być zawsze hamowaną w tych razach gdyby chciała przekro-
czyć granice przez prawo przepisane przez wolność rozumu;
gdyby zaś miał przyjąć odpowiedzialność częściową to tylko
w następnych razach: 1-mo nie w czasie rozpoczęcia choroby,
2. większa część czynności w takim razie powinna być zgodnie
z prawidłami rozumu, 3. w każdym po szczególe wypadku na-
leżałoby dowieść, że istnieje brak stosunku między obłądem a
aktem o który chorego oskarżono.

M a u r y oponuje w części zdaniom *J e a n e t a* utrzy-
mując że w chwilach, gdy wola ma wpływać na popełnienie
czynu przestępnego, wolność rozumu nie tak silnie na nią
działa, jak raczej silne popędy do dobrego, które w tych razach
hamują popędy do złego; jako przykład cytuje religijność któ-
ra w wielu razach powstrzymuje od spełnienia zbrodni.

Jako główny obrońca poczytalności częściowej, wystąpił *Delasiauve* powiada on wyraźnie „les pseudomonomanes et les aliénés partiels, peuvent dans certains cas être condamnés“ chociaż dodaje że chorzy rzeczeni, mogą być karani tylko za winy obce ich 'obłądnym pojęciom, ale lekarz powinien wejrzeć w każdy po szczególe wypadek, i jako biegły zaopiniować czy do podsądnego może być zastosowaną owa odpowiedzialność częściowa, której *Delasiauve* nadaje osobny termin, nazywając ją *responsabilité éventuelle*. Hysteria, epilepsia, newrozy, ciąża, poród, miesiączkowanie, pijaństwo zalicza *Delasiauve* do pseudomonomanii za właściwe zaś charaktery téj formy nozologicznój uważa: 1. że obłądy (deliria) w téj formie chorobnój są znikające, ukazują się one i znikają jak sen lub fantasmogorja, zajmując tylko część umysłu ludzkiego; oprócz owych obłądów, chorzy doznają popędów chorobliwych i hallucynacyi, które mają również ów charakter znikający, 2. chory ma świadomość swego obłądu, lecz oprzeć mu się nie może, gdyż osobistość jego jest jakby zdwojona, 3. chory ukrywa w sobie obłąd i nie objawia go na zewnątrz, 4. obłąd ten nie przeszkadza choremu do spełniania właściwych zajęć, tacy chorzy mogą w wielu razach spełniać czynności cywilne, a niejednokrotnie odpowiadać za przestępstwa przez siebie popełniane. Nadto *Delasiauve* mówi, że lekarz powinien wejrzeć w każdy wypadek po szczególe, i uznać czy indywiduum jest odpowiedzialne lub nie za popełnione przestępstwa. Tego rodzaju poczytalność zowie względną (*responsabilité éventuelle*).

W odpowiedzi na ogłoszone przez *Delasiauve*'a zasady zabierał kilkakrotnie głos *Jules Falret*. Utrzymuje on że medycyna sądowa wymaga pewnego criterium, a nie błędzenia po manowcach, że takim pewnem criterium jest tylko odpowiedź na pytanie: czy osoba badana pod względem stanu umysłu jest zdrowa lub chora? Tym sposobem psychiatrja sądowa sprowadzoną zostaje do kwestyi czysto djagnostycznój. Utrzymuje on dalej że osądzenie czy w danym wypadku podsądny po-

pełnił przestępstwo ze znacznym zasobem przytomności umysłowej, lub bez takowego, winno być pozostawione badaniom teologów i filozofów. Tego rodzaju odpowiedzialność, nazywa on odpowiedzialnością moralną, lekarz zaś sądowy powinien zawsze brać na uwagę tę okoliczność, że umysł ludzki dąży do jedności, że istnieje ścisła solidarność między władzami umysłowymi, że istnieje ich jedność, podział zaś na pojedyncze władze jest rzeczą czysto szkolną, w naturze nie istniejącą, ztąd obłąd czysto ograniczony nie istnieje w naturze, gdyż obłąd taki na drodze asocjacji idei ściśle musi się łączyć z innymi pojęciami mającymi z nim jakikolwiek stosunek. Obłądy ustalone, są to tylko obłądy poważniej występujące, monomania nie istnieje zatem i pseudomonomanii przyznać nie możemy; rozmaite zaś symptomata podane przez Delasiauville'a mające charakteryzować pseudomonamię, są tylko objawami chorobliwymi psychicznymi, występującymi w rozmaitych formach chorób umysłowych, począwszy od obłądu aż do niedołężności umysłowej. Tak więc Jules Falret stanął na stanowisku obecnie przez znaczną większość psychiatrów przyjętem, podług niego poczytalność częściowa nie istnieje a zadaniem lekarza jest tylko osądzić czy osoba badana jest zdrowa czy chora.

Sprawozdawca: T a c z a n o w s k i.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA CHORÓB KOBIET I DZIECI.

Posiedzenie 69 z d. 15 Listopada 1870 r.

Przewodniczący kol. N e u g e b a u e r.

Kol. M a l c z odczytał protokół poprzedzającego posiedzenia.

Kol. N e u g e b a u e r zakomunikował obecnym opis przypadku nieustających wymiotów u ciężarnej, ukończonego (po zastosowaniu odpowiednich środków terapeutycznych) sztucznie wykonanym przez siebie poronieniem. Opis tego ważnego wypadku chorobnego podany zostanie oddzielnie przez kol. N e u g e b a u e r a.

Kol. K o n i t z. Odnosnie do wypadków chorobowych wymiotów nieustających u ciężarnych, odznaczających się ciężkim życiu zagrażającym przebiegiem, kol. K. nadmienia, że miał kilka podobnie ciężkich powikłań w swój praktyce.

Na początku roku bieżącego zaproszony został do chorój dniem i nocą wymiotującej, z początku wszystkim cokolwiek do żołądka wprowadzonym zostało, w końcu zaś szluzem, żółcią, a nawet krwią. U chorój téj poprzednim trzem ciążom również towarzyszyły wymioty, ale nie tak uporczywe. Obecnie zaś obłożna, ciągle i niewymownie cierpiała na ból w dołku podsercowym, oraz na bezsenność.

Puls uderzał 140 na minutę, język był suchy, nieustające pragnienie a przytem ślinotok, wszystko to przedstawiało obraz ogólnego wyniszczenia sił (inanitio). Badając chora znalazł macicę w normalnem położeniu (na co głównie w podobnych wypadkach trzeba zwracać uwagę); kol. K. zalecił raz na dzień synapizmy na dołek, wewnątrz T-m Jodii (co 3 godziny po jednej kropli) lód w kształcie śniegu (łyżkę stołową co kwadrans), lewatywy cum Tra Colocynthis.

Po użyciu takowych środków, chora już wkrótce zaczęła zatrzymywać w żołądku mleko, a później i inne pożywcze płyny, a w rezultacie donosiła i urodziła zdrowe dziecko.

W drugim podobnym przypadku wymiotów wraz z kol. D a r e w s k i m spostrzeganym przed kilkoma laty, zaproponowano wszystkie odpowiednie środki ale bezskutecznie. Chora doszła do stanu graniczącego ze śmiercią. Przy śledzeniu kol. K. znalazł przodozagięcie macicy (anteflexio). Zastosował zatem kółko excentryczne M a y e r a, i wymioty ustały.

Przypomina sobie kolega jeszcze inny również ciężki wypadek, obserwowany wspólnie z ś. p. kol. F l a m m e m, któremu kol. K. po wyczerpaniu również wszelkich wówczas znanych środków wstrzymujących wymioty zaproponował skutecznie sztuczne poronienie, które wówczas po właśnie odbytej nad tą operacją sławną dyskusyji w Akademii Paryżkiej w 1852 roku było na dobie, na co ś. p. F l a m m zgodzić się nie chciał.— Chora ta pomimo że wymiotowała do końca ciąży, donosiła jednak dziecko zdrowe, które sama karmiła.

Opierając się tedy na owem własnem i innych autorów doświadczeniu, kol. K. wyraża osobiste przekonanie, jako: uporczywe wymioty u ciężarnych, nawet dochodzące do znacznego wycieńczenia sił, nie powinny być absolutną wskazówką do ukończenia porodu na drodze sztucznego poronienia.

W danym wypadku kolegi N. pozwala sobie zwrócić uwagę tegoż na:

1) istniejące przodozagięcie macicy u jego chorób, które mogło być przyczyną wywołującą wymioty i inne zbroczenia nerwowe.

2) że można było spróbować w danym wypadku z powodzeniem kółka excentrycznego M a y e r a, zwłaszcza że jak to widać z przebiegu leczenia, chora już po pierwszym wprowadzeniu gąbki do ujścia macicy, przestała na pewien czas wymiotować.

3) Kol. K o n i t z przeciwnym jest metodzie wykonania i wywołania poronienia użytą przez kol. N. w tym przypadku, proponując raczej w takim razie sposób wprowadzony przez Joulina przy ciąży zamacicznej, przy którym za pomocą kapilarnego trójgrańca przebija się guz (tumor) i wstrzykuje się atropinę (1 centigr.) w celu przeszkodzenia dalszemu rozwijaniu się płodu.

Sposób ten został stwierdzony praktycznie przez prof. Friedreicha z Heidelberga, z dobrym skutkiem.

Podobnie zamierzając skutecznie sztuczne poronienie, możnaby i tu wprowadzić trójgraniec do szyi macicy albo też przez ściany brzuszne do macicy, mianowicie jeśli się obawiamy że kobieta nie będzie w stanie przenieść pracy porodowej, wiemy bowiem że skoro płód umiera, wymioty ustają, chora może odzyskać wówczas siły do chwili wydalenia płodu, które po niejakiem dopiero następuje czasie.

Wracając do samej istoty i wskazań operacyi, kol. K o n i t z powiada że nie od rzeczy przypomnieć tu należy, jak jeszcze przed dziesięcioma laty, wskazania do sztucznego przedwczesnego porodu zdawały się być nie wzruszone.

Tymczasem statystyczne poszukiwania H e c k e r a, S p i g e l b e r g a, H e g a r a i innych w roku zeszłym podane wykazały, że skutkiem téj operacyi przy zwięzieniach miednicy, więcej matek i jeszcze więcej dzieci umiera, aniżeli przy porodach w tychże

samych warunkach naturze do ukończenia porostawionych, albo też przy końcu ciąży sztucznie ukończonych.

Według nich obecnie jedno tylko pozostało wskazanie do téj operacyi to jest choroby matki wywołane przez ciążę, albo też przez nią spowodowane niebezpieczeństwo życia matki; skoro się spodziewamy że przez przerwanie ciąży ratunek jest możliwy.

Tak tedy, pomimo że *K i w i s c h*, *C h a i l l y* i inni znaczniejsi autorowie uważają uporczywe niczem nie dające się usunąć wymioty, jako wskazanie do sztucznego poronienia, to jednak z uwagi że najsilniejsze wymioty przetrwać mogą całą ciążę bez szkody dla matki i dziecka i że przyroda sama nagle niebezpieczeństwa często usuwa,

zatem o operacyi téj jako mającej za skutek zagładę istoty do życia zdolnej a nader niebezpiecznej dla matki, tylko w wyjątkowych bardzo rzadkich razach, jeśli już wszystkie znane środki okazały się bezskuteczne, mowa być może, i to dopiero za zgodą kilku specjalistów, sumiennemu których ocenieniu, konieczność potrzeby operacyi pozostawiać należy.

W zawiązanéj nad tym przedmiotem dyskusyi przyjmowali udział obecni członkowie, dla spóźnionej jednak godziny, na wniosek kol. *M a l c z a* postanowiono: dla ważności przedmiotu odłożyć dyskusyę od następnego posiedzenia.

W końcu posiedzenia kol. *N e u g e b a u e r* przedstawił chorą cum prolapsu uteri et extrophia vesicae, okazywaną już na jednem z poprzednich posiedzeń, której w celu usunięcia ustawicznego wypadania pochwy, w Czerwcu wykonał zeszyście pochwy (*elythroraphia*) połączywszy przednią ścianę jéj z tylnym obwodem ujścia; ponieważ jednak zeszyście to rozeszło się wkrótce, przeto obecnie przednią wargę ust macicznych przyszył do obwodu ujścia pochwy, założywszy 17 drutów.

Dr. *M a l c z.*

PRACE ORYGINALNE.

NERWOBÓL TWARZY
PIĘĆ LAT TRWAJĄCY.
PRZECIĘCIE NERWU ZĘBOWEGO DOLNEGO

Z DOBRYM SKUTKIEM.

Uwagi nad tą operacją.

napisał

Dr. Julian Kosiński.

Professor Cesarskiego Uniwersytetu w Warszawie.

P. Piotrowski obywatel miasta Warszawy, 60 lat wieku liczący, od 5-ciu lat był dotknięty bólem lewej połowy twarzy i od pięciu lat leczył się prawie ciągle, zasięgając rady rozmaitych lekarzy.

Ból powstał zdaniem pana Piotrowskiego z zaziębienia i z początku niebył zbyt gwałtowny, a tylko się po-

większał podczas mówienia, żucia i t. p., w ogóle przy poruszaniu żuchwy; prędko jedno stał się bardzo dokuczliwym i pozbawiał chorego jak możliwości łatwego przyjmowania pokarmów tak i spokojnego snu. W jesieni, w zimie i na wiosnę prawie nie opuszczał chorego, w gorących miesiącach letnich, zdarzały się dłuższe przerwy, w których chory był wolny od bólu.

Początkowe miejsce bólu była lewa połowa żuchwy z zębami w niej osadzonemi oraz częściami miękkimi pokrywającemi żuchwę; następnie ból się rozszerzał na lewą skroń, oko i czoło.

Po każdej dłuższej lub krótszej przerwie, gdy cierpienie rozpoczynało się na nowo, ból w takim samym występował porządku. Miejsce dotknięte bólem nigdy nie przedstawiało żadnych zmian wyraźnych dla oka; skóra zachowała barwę zwyczajną, kształty twarzy prawidłowe, otwieranie ust dość wolne, tylko bolesne.

Jak się zdaje lekarze u których chory się leczył wszyscy uważali ból ten za neuralgię nerwu trójdzielnego szczególnie zaś gałęzi dolnej.

Z licznych środków tak zewnętrznych jak wewnątrz zażywanych, ani jeden nie przyniósł choremu nietylko dłuższej, ale nawet wyraźnej choć krótszej ulgi. Różne narkotyki, china, jodek potasu dłuższy czas używane, pozostawały albo zupełnie bez skutku, albo tylko bardzo niepewne okazywały działanie. Zewnętrznie rozmaite środki rewulsyjne, anestetyczne, ciepło, zimno, elektryczność, plastry rezolujące i t. p. również były bezskuteczne. Podskórne zastrzykiwania morfiny tylko na

krótki czas zmniejszały cierpienie i był to w ostatnich czasach środek jedyny którym się chory ratował w chwilach najokropniejszego bólu.

W Czerwcu r. przeszłego byłem proszony na naradę przez kolegę *M a l c z a* który natenczas miał p. Piotrowskiego w swojej kuracyi i wyczerpawszy wszystkie środki terapeutyczne, sądził że może operacją chirurgiczną da się coś zrobić.

Chory z powodu okropnego bólu (pomimo ciepłej pory roku) po całych tygodniach niezasypiał prawie; również niezmierną miał trudność w przyjmowaniu pokarmów. Głodny był ciągle a za zbliżeniem łyżki strawy do ust na samą myśl z jakim bólem tę strawę przyjąć wypadnie, twarz mu nabiegała krwią, czerwienił się i zawrotu głowy oraz szumu w uszach dostawał. Po bezsennej nocy zrospaczony wstawał o 4 zrana i szedł prawie bezwiednie aż za miasto, a po kilku godzinach przechadzki wracał do domu z tym samym bólem z jakim wyszedł. Uchwycił się więc myśli przez kol. *Malcza* mu nasuniętej i prosił o operację chociażby ta miała być najdotkliwszą, aby tylko raz mu trwalszą ulgę przyniosła.

Zbadawszy dokładnie wszystkie gałęzie nerwu trójdzielnego za pomocą ucisku i przekonawszy się że największego chory doznawał bólu kiedy n. szczękowy dolny przy wejściu do kanału zębodołowego był uciskany, postanowiliśmy nerw ten przeciąć.

Przecięcie nerwu (neurotomia) albo wycięcie części jego (neurectomia), stanowi ostatnią ucieczkę w leczeniu neuralgii. W naszym wypadku choroba trwała 5 lat, ból nietylko

że się niezmniejszał lecz coraz stawał się nieznośniejszym, środki wszystkie były wyczerpane; pozostawała więc jedynie operacya, na którą chory najchętniej się zgadzał. Lecz wiadomo że i za pomocą téj operacyi nie zawsze udaje się chorobę radykalnie usunąć. Nieulegało wątpliwości że powodem neuralgii było jakieś stałe i ciągle podrażnienie nerwu, lecz przyczyny tego podrażnienia ani miejsca gdzie się ono odbywało, niemogliśmy wiedzieć. Przypuściwszy więc że przetniemy nerw poniżej miejsca gdzie jest podrażnienie, znieśliśmy ból tylko na ograniczonym miejscu, gdy tymczasem w innych miejscach sąsiednich neuralgia pozostałaby w tym że samym stopniu rozchodząc się po gałęziach nie przeciętych nerwu. Oprócz tego po przecięciu nerwu ból nerwowy często wraca w tem samym miejscu i wraca wtedy gdy końce nerwu przeciętego się zrosną, a przyczyna pierwotna nerwobólu nie została usunięta. Jednakże na zrośnięcie się przeciętego nerwu, szczególnie nieco większej gałęzi, potrzeba dość długiego czasu; doświadczenie pokazuje że rzadko neuralgia wraca po operacyi wcześniej jak przed upływem 6-ciu miesięcy. Ja sam mam przeciętą gałąź nerwu zaopatrującą brzeg promieniowy palca wskazującego lewej ręki na wysokości pierwszego stawu (phalanx) palca; przecięcie miało miejsce na początku Kwietnia 1870; a dotąd jeszcze skóra jest znieczuloną na całym odpowiednim brzegu palca, i w stopniu niewiele mniejszym jak w pierwszej chwili po zranieniu.

Otóż dla zapobieżenia powrotu nerwobólu radzono zamiast przecięcia, wycięcie kawałka nerwu (neurectomia).

Bezwątpienia po téj operacyi nie tak łatwo nerw może się zrosnąć. Są jednak spostrzeżenia pewne że po wycięciu kawałka nerwn długości na jeden lub 2 centymetry, końce oddalone od siebie zrastały się i neuralgia wracała. W klinice Langenbecka w Berlinie widziałem chorego któremu ten chirurg robił przy mnie trzecią operację na nerwie szczękowym górnym. Przerwy między pierwszą i drugą operacją, a później między drugą i trzecią były po jednym roku. I gdy przecięcie tego nerwu przy pierwszej operacyi i wycięcie kawałka przy drugiej tylko na pewien czas usunęły ból, który następnie znowu stał się nader dokuczliwym, Langenbeck wypiłował cały kanał szczękowy górny i zniszczył tym sposobem przebiegający w nim nerw. Czy chory ostatecznie pozbył się swojego cierpienia, nie wiem, gdyż dłużej go obserwować nie mogłem.

Co się tyczy nerwu żębodołowego dolnego, to operacya na nim tak samo jak i na innych nerwach robi się albo przez przecięcie albo przez wycięcie kawałka nerwu. Dwa są miejsca gdzie operacya może być robioną bez uszkodzenia kości: przy wyjściu z kanału żębodołowego na zewnątrznej powierzchni szczęki pomiędzy zębem siecznym i pierwszym trzonowym albo też przy wejściu do kanału, na wewnętrznej powierzchni części wstępującej żuchwy. Jak w pierwszym razie operacya jest łatwą, tak w drugim trudną do wykonania i nawet niebezpieczną. Oprócz tego przecięcie lub wycięcie nerwu może być zrobionem na przebiegu nerwu w kanale żuchwy, lecz nie inaczéj jak po otworzeniu kanału przez częściowe wypiłowanie kości.

W naszym tedy wypadku wypadło zrobić naprzód wybór między przecięciem i wycięciem nerwu, a następnie trzeba było wybrać miejsce gdzie nerw miał być operowany i sposób w jaki operacja dokonana. Otóż postanowiłem przedewszystkiem trafić do nerwu jak najwyżej, a więc przed wejściem do kanału zębodołowego. Zastanowiwszy się jednak nad tem że powrót nerwobólu może nastąpić po wycięciu tak dobrze jak i po przecięciu nerwu i przekonawszy się na trupie że wycięcie w tem miejscu gałęzi zębodołowej, operując przez jamę ust, stanowi operację prawie niemożliwą do wykonania, a wycięcie z poprzedniem wypiłowaniem częściowem szczęki byłoby zbyt dotkliwe a nawet niebezpieczne dla chorego, wybrałem sposób jak sądziłem najłagodniejszy, a zarazem pewny o tyle o ile w ogóle neurotomia przy nerwobólach jest pewną. Zanim jednak opiszę sposób w jaki operację wykonałem, muszę przypomnieć niektóre szczegóły z anatomii: Z dwóch końcowych gałęzi nerwu szczękowego (3-ia gałąź 5-ój pary) nerw zębowy dolny jest grubszy, a niżeli towarzyszy jego nerw językowy. Pierwszy zstępując z góry na dół i ku przodowi przed wejściem do kanału łu żuchwy leży między mięśniem skrzydlatym wewnętrznym (*pterygoideus internus*) i częścią wstępującą żuchwy. W tem miejscu jest on oddalony mniej więcej na jeden centymetr od nerwu językowego, leżącego nieco na zewnątrz, gdy tymczasem wyżej te dwa nerwy leżą blisko obok siebie i niepodobieństwem jest prawie przeciąć jeden z nich bez jednoczesnego przecięcia drugiego. Otwór

wiodący do kanału zębowego dolnego znajduje się prawie w sroku powierzchni wewnętrznej części wstępującej żuchwy i jest ograniczony z dołu i z przodu blaszką kostną (lingula) w kształcie wyrostka dającego się łatwo wymacać przeciąwszy błonę śluzową i wprowadziwszy palec między mięsień skrzydlasty wewnętrzny i część wstępującą żuchwy. Wyrostek ten jak się przekonałem jest bardzo ważnym punktem oparcia podczas operacji, jakkolwiek nikt dotąd na to uwagi niezwrócił.

Sposób za pomocą którego dokonałem operacji u p. Piotrowskiego, przy asystencji i czynnej pomocy kolegi Malcza, przerobiwszy ją kilkakrotnie przedtem na trupie, jest następujący: chory siedział na krześle z przechyloną nieco głową ku tyłowi i otwartymi o ile mógł najwięcej ustami. Z prawej strony pomiędzy zęby trzonowe miał wstawiony korek, na ten cel, aby ust nie mógł dowolnie zamykać. Kątem lewy ust i policzek kol. Malcz utrzymywał oddalonymi od zębów. Wymacawszy lewym palcem wskazującym brzeg przedni części wstępującej żuchwy i wprowadziwszy po nim spiczasty i wązki prosty nożyk (tenotom) przeciąłem błonę śluzową przechodzącą z mięśnia skrzydlatego na kość. Do otworu mającego dwa do trzech centymetrów długości wprowadziłem koniec palca i oddzielając mięsień skrzydlasty od kości doszedłem do opisanego wyrostka, po za którym leży otwór kanału zębowego. Za palcem wprowadziłem nóż przytrzymując się jak najbliżej kości. Grzbiet noża był zwrócony ku górze, ostrze ku dołowi. Skoro koniec noża dosięgnął wystającej blaszki kostnej popchnąłem go ku tyłowi i ku górze, tak aby

ostrze znalazło się środkiem swoim po nad górnym (wolnym) brzegiem blaszki. Zrobiwszy to miałem między nożem i kością wchodzący do kanału nerw, który przeciąłem w ten sposób że ostrze zwróciłem ku żuchwie i przyciskając je mocno do kości wyprowadziłem nóż na zewnątrz. Chory uczuł mocny chwilowy ból, jakby strzyknięcie i jednocześnie z nim neuralgia ustała. Czuł tylko ból w samą ranie lecz znośny i niemający żadnego podobieństwa do poprzedniego bólu. Przez kilka następnych tygodni, chociaż rana już była zagojoną p. Piotrowski doznawał pewnego uczucia bólu podczas poruszania szczęki, przyczem na miejscu mięśnia skrzydlastego wewnętrznego znajdował się nieznaczny obrzęk. Objaw ten zależał od zapalenia mięśnia a raczej tkanki komórkowatej między pęczkami jego i ostatecznie ustąpił zupełnie. Chory który był pozbawiony snu od kilku tygodni zaraz po operacji spał doskonale i odtąd nieznał co jest noc bezsenna. Również z łatwością mógł przyjmować pokarmy, jakkolwiek żucie twardszych potraw wywoływało w początku ból w mięśniu.

Metoda operacyjna której użyłem u pana Piotrowskiego, i którą tylko co opisałem, jakkolwiek nie jest we wszystkich swych szczegółach zupełnie oryginalną, jako taka nie była jednak przez nikogo podana, ani robiona, o ile o tem mogłem się przekonać z dzieł które pod ręką miałem. Proponowano wprawdzie przecięcie nerwu żebowego dolnego przez proste przekłucie błony śluzowej w jamie ust, ale nie wiem czy tym sposobem operacja była kiedy na żywym dokonana.

U *Malgaigne'a* (*Manuel de Médecine opératoire*) znajdujemy opis wycięcia kawałka nerwu przed wejściem jego do kanału kości, za pomocą sposobu *Warrena* a przy czem wypiłowuje się część żuchwy. *Malg.* uważa ten sposób jako niebezpieczny i próbował na trupie czy by się nerw nie dał przeciąć od strony wewnętrznej i to mu się udało dość dobrze. Na żywym nie miał sposobności operacji téj zastosować. Podaje sposób swój tak: prosty nożyk o ostrym końcu wprowadza się między mięśniem skrzydlastym i kością na wysokości kilku milimetrów po nad otworem wiodącym do kanału zębowego po czem nerw się przecina na kości. Podaje że operacja jest zbyt delikatną ażeby ją można było zastosować na żywym nie nabrawszy wprzód wprawy na trupie.

Linhart (*Compendium der Chirurgischen operationslehre*) imię którego nietylko jako zręcznego operatora lecz i dobrego anatoma powszechnie jest znane, o téj operacji tak mówi: *Neurotomia* nerwu zębowego dolnego mogła by być wykonaną jako operacja podskórna; była też tak opisaną, lecz o ile mi wiadomo niebyła jeszcze nigdy próbowaną na żywym. Przy mocno otwartych ustach wyszukuje się brzeg przedni wstępującej części żuchwy; na dwie linie na wewnątrz od środka tego brzegu wkłuwają się mocno wgięty (*concav*) tenotom i posuwa się na całku tyłowi, po czem ostrze obraca się ku kości i nerw się przecina. Skoro tylko ostrze dotyka kości można być pewnym że nerw jest przecięty. Ocenia tę operację następującymi słowy: Sposób ten oprócz tego że jest niepewny, jest jeszcze bardzo niebezpieczny, albowiem nerw

językowy bardzo łatwo może być przecięty, a nawet może bez przecięcia jego operacja nieda się nigdy wykonać.

W chirurgii ogólnej i specjalnej Bilrotha i Pithy, Otto Weber opisał metodę przecięcia nerwu od zewnątrz dodaje że i od wewnątrz t. j. z jamy ust nerw żębowy dolny mógłby być przecięty jakkolwiek operacja jest trudną z powodu bliskości nerwu językowego.

Wilh. Busch (Lehrbuch der Chirurgie) opisał przecięcie nerwu szczękowego dolnego od zewnątrz przez wypiłowanie kości powiada że operacja ta jako przyczyniająca znaczne zranienie powinna być zaniechana, lecz nerw ten może być przeciętym przed wejściem do kanału od strony jamy ust. Przecina się błona śluzowa na części wstępującej żuchwy, prowadząc cięcie od ostatniego zęba trzonowego ku górze nieco na zewnątrz od łuku podniebienio-językowego (arc. palato-glossus). Następnie tępą łopatką nerw językowy i mięsień skrzydlasty wewnętrzny oddala się od żuchwy, przyczem daje się widzieć biały nerw przeświecający przez cienką blaszkę kostną na początku kanału. Następnie idzie się dalej ku górze, aż się ukaże nerw przy wejściu do kanału i w tym miejscu przecina się go nożykiem wązkim lecz mocnym, mającym koniec zagięty aby łatwiej nerw przebiegający w rowku mógł być przecięty.“ Dalej autor ten mówi: „I w sposób podskórny operacja ta mogłaby być wykonaną ukłuwszy nożem przez błonę śluzową nieco powyżej ostatniego zęba trzonowego i przytrzymując się kości posuwając nóż aż do tylnego brzegu żuchwy, poczem nóż się wyprowadza i nerw się na kości przecina. Jednakże sposób ten niemoże być zalecany gdyż nie jest pewny, i łatwo może się

wikłać ze zranieniem części sąsiednich mianowicie nerwu językowego i tętnicy szczękowej wewnętrznej.

W innych podręcznikach chirurgii operacyjnej jak naprz. w dziele Sédillo't'a i Alf. Guérin'a nie znajdujemy zupełnie żadnej wzmianki o metodzie przecięcia nerwu zębowego dolnego od wewnątrz t. j. z jamy ust. Guérin oceniając metodę Warren'a, przy której odziela się mięsień żwacz i wytrepanowuje się kość aby dojść do nerwu, jako nader niebezpieczną, za jedynie możliwe miejsce w którym nerw zębowy może być bezkarnie przecięty uważa to gdzie nerw opuszcza kanał żuchwy i wychodzi na wargę i twarz.

Z przytoczonych tu ustępów rozmaitych autorów widzimy że neurotomia n. zębowego dolnego, w sposób w jaki u p. Piotrowskiego wykonałem nie była przez nikogo robioną, i że operacja ta w ogóle należy do niezmiernie rzadkich, a od strony wewnętrznej żuchwy chociaż była proponowaną, lecz jak się zdaje praktykowaną na żywych niebyła.

Niewiem czy ten sam los spotkał nie przecięcie lecz wycięcie nerwu (neurectomia v. resectio nervi intrabuccalis), za pomocą metody Paravicini'ego. Operacja robi się w następujący sposób, opis którego pożyczam od Emmert'a (Lehrbuch der Speciellen Chirurgie). Chory otwiera szeroko usta; między zęby trzonowe zdrowej strony wkłada się korek, kąt ust oddala się za pomocą tępego haczyka. Następnie robi się cięcie błony śluzowej wzdłuż przedniego brzoza części wstępującej żuchwy na trzy centymetry długie; cięciem tem odziela się w części mięsień skrzydlasty wewnętrzny od kości. Przez otwór wprowa-

dza się palec wskazujący aż do otworu szczękowego (foramen maxillare) gdzie nerw można ująć haczykiem. Następnie chwytą się nerw za pomocą szczypczyków z zasuwką i przecina się go najprzód przy otworze a następnie wyżej, tak żeby wyciąć kawałek mający 8 do 9 milimetrów długości.

Pod pewnym względem sposób ten najbardziej jest podobnym do tego, w który p. Piotrowskiego operowałem. Różnica główna jest ta że ja zrobiłem przecięcie, kiedy P a r a v i c i n i proponuje wycięcie nerwu. Przyznam się że zrazu miałem zamiar zrobić także wycięcie, lecz próby dokonane na trupie przekonały mnie że operacja ta jeżeli nie jest niemożliwa to nadzwyczajnie trudna. Nerw czyli część jego od dziury owalnej przez którą wychodzi z czaszki, aż do dziury szczękowej jest stosunkowo krótki a przy otwartych ustach dość znacznie napięty, i tem więcej szczęka dolna jest oddaloną od górną. Do operacji chory musi jak najbardziej usta otworzyć, przy czem nerw napina się jak najbardziej a zatem znajduje się w takim stanie w jakim niepodobna go ująć haczykiem a następnie szczypczykami ażeby ostatecznie wyciąć nożyczkami. Ujęty haczykiem nerw ten jak się przekonałem na trupie łatwiej się przerwie aniżeli da pociągnąć ku przodowi dla uchwycenia go szczypczykami. Jeżeli trudności takie przedstawia operacja wykonywana na trupie o ileż trudniejszą być musi na żywym. Nie wiem czy P a r a v i c i n i robił swoją operację na żywym, gdyż oryginalnego jego opisu nie miałem.

Jak w opisie sposobu P a r v i c i n i e g o tak w opisie sposobów podawanych przez innych autorów za pomo-

cą których nerw mógłby być przeciętym przed wejściem do kanału szczękowego przez proste przekłucie błony śluzowej a zatem sposobem podskórnym lub też przez większe nieco cięcie zrobione w błonie śluzowej, jak już nadmieniałem niezwrócono uwagi na wyrostek kostny ograniczający od przodu i dołu otwór i mojem zdaniem, służący za najważniejszą wskazówkę podług której jedynie chirurg może z pewnością oznaczyć położenie nerwu i swoje dalsze działanie uczynić pewnem. Bez odszukania tego wyrostka operacya będzie zawsze niepewną lub niebezpieczną, gdyż bardzo łatwem jest pomimo usiłowań albo nieprzeciąć nerwu żębodołowego, albowprzeciąć go z jednoczesnem zranieniem nerwu językowego.

Podany przez Busch'a sposób odszukania przebiegu i położenia nerwu przez odkrycie białego, przeświecającego przez kość sznurka jest śmieszny prawie. Przedewszystkiem nerw szczękowy nieprześwieca prawie zupełnie przez kość, a gdyby nawet przeświecał jak najlepiej to i tak nikt by go dojrzeć nie mógł operując tak głęboko w miejscu tak ciasnem i gdzie krew podczas operacyi ciągle ranę zalewa.

Z tego powodu uważam że najmniej dotkliwa dla chorego, pewna i najłatwiejsza dla operatora jest operacya którą u pana Piotrowskiego wykonałem i wyżej opisałem.

Co do skuteczności operacyi, to gdybym chciał wnioski wyprowadzać z przypadku opisanego, byłyby one jak najkorzystniejszymi i najbardziej zachęcającymi do naśladowania. Czy ów długotrwały i uparty nerwoból jest uleczony na zawsze (co zdaje się być wątpliwem), czy

tylko na pewien czas (co może jest prawdopodobniejszem), w każdym razie od 16 Czerwca r. z. upłynęło już ośm miesięcy, przez które p. Piotrowski po niezmiernych swoich cierpieniach cieszy się zupełnem zdrowiem. Gdyby nawet tylko na krótszy czas nerwoból był usunięty, gdyby chory trapiiony bózsennością i osłabiony głodem odzyskał po téj operacyi tylko chwilowo sen i możność przyjmowania pokarmów, to i tak w braku najzupełniejszym innych środków operacya jest usprawiedliwioną, chociażby ją wypadło co kilka miesięcy powtarzać. Ostrożnie wykonana niebezpieczeństwa niemoże żadnego przedstawiać. Jedyne niebezpieczeństwo mogłoby być skutkiem przecięcia tętnicy zębodołowej, którego to przecięcia uniknąć niepodobna. W przypadku jednak moim nie miałem kłopotu z krwotokiem. Tętnica nie jest tak znaczną aby krwotok mógł być większy i dłuższy. Przytem koniec jój górny który może krwawić, po przecięciu cofa się w górę między mięśnie skrzydlaste i zapewne światło tętnicy zaciska się. Stąd zapewne tak małe było krwawienie po operacyi. Zresztą w wypadku większego krwotoku lód trzymany w ustach, a może przez pewien czas wykonywany ucisk za pomocą palca wprowadzonego do ust, jak sądzę, byłyby wystarczającami dla powstrzymania płynącej krwi.

Warszawa, dnia 8 (20) Lutego 1871 roku.

KRYTYKA.

A N T I - K R Y T Y K A

odpowiedź

Dra Portnera

Profesorowi Janikowskiemu.

W zeszyeie II Pam. Tow. Lekarskiego Warszawskiego z r. b., ogłosił professor J a n i k o w s k i sprawozdanie z katalogu biblioteki Tow. Lek. Warszaw., ułożonego i wydanego przezemnie w r. 1869 kosztem Tow. Lek. Warszaw. Znając pana J. jako skrzętnego zbieracza notat bibliotecznych, który nader pilnie zasila polskie czasopisma lekarskie swemi artykułami, sądziłem, że skorzysta może ze sposobności, aby podać w tém sprawozdaniu niejakié wiadomości historyczne i bibliograficzne tyczące się ważniejszych i rzadszych dzieł, jak również samego księgozbioru naszego, zwłaszcza, że p. J. przez kilka lat pełnił obowiązki bibliotekarza Tow. Lek. Warsz.; nie wątpięm również, że wystąpi z krytyką sumienną i naukową co do systemu, jakiego się trzymałem przy układzie katalogu. Po przeczytaniu artykułu p. J, przekonałem się jednak, że pod pozorem sprawozdania ukrywa się i ny zupełnie cel,— zamiast naukowego ocenienia tak bogatego księgozbioru (księżnicy wedle p. J.) lekarskiego, występuje z pretensją osobistą, zamiast sumiennéj krytyki, wysilił się p. J. ua wynajdywanie błahych omyłek drukarskich.

Pół wieku upływa obecnie od czasu zawiązania się naszego Towarz. Lek. i powstawania naszej biblioteki; w ciągu tych 50 lat kilkunastu kolegów, zmarłych już i żyjących jeszcze obecnie, pełniło z kolei obowiązki bibliotekarza, każdy porządkował bibliotekę, spisywał tytuły dzieł, układał je wedle przedmiotów: jedni alfabetycznie, drugi chronologicznie i t. d., i każdy starał się ułożyć i wydać katalog. Napróżno jednak od 20 blisko lat upominali się członkowie Tow. Lek. Warsz. od swego bibliotekarza o ten klucz do biblioteki; każdy przyrzekał, starał się wedle swej możności, a w końcu uwolnił się od tych obowiązków zostawiając następnemu „już uporządkowaną bibliotekę“ (sic). Gdy w roku 1867 obrany zostałem bibliotekarzem T. L. W. nazywało się także, że p. J. poprzedni bibliotekarz, który w Sierpniu 1866 r. uwolnił się od tych obowiązków, zostawił „bibliotekę uporządkowaną“, i na posiedzeniu ogólnem Tow. Lek. Warsz. z dnia 28 Sierpnia 1866 r, złożył sprawozdanie ze stanu biblioteki T. L. W., z którego się okazuje, że takowa zawiera 2805 dzieł i 1303 broszur. Po dokładnem przejrzeniu naszego księgozbioru i sprawdzeniu ilości dzieł, przekonałem się jednak, że obliczenie p. J. wcale z rzeczywistym stanem nie było zgodne, gdyż ośmset kilkadziesiąt dzieł więcej (nie licząc wcale duplikatów i dzieł nowo do biblioteki przybyłych) nasza biblioteka wtedy posiadała. Tak doprowadził do porządku (!) p. J. bibliotekę Tow. Lekar. Wars., że niewiedział nawet o istnieniu blisko $\frac{1}{3}$ części dzieł więcej.

Mając na względzie straty, na jakie własność ogólna może być narażoną przy tak niedbałej kontroli i przyjrzawszy się zbliżona bogactwu naszego księgozbioru, postawiłem sobie za obowiązek wykazać zasoby tego pięknego zbioru i ułatwić każdemu pracującemu lekarzowi korzystanie z tak bogatej biblioteki, oraz poddać własność ogólną ścisłej kontroli. Cel ten dał się tylko osiągnąć przez wydanie katalogu.

Przystępując do tej mozolnej pracy, starałem się przede wszystkim zebrać dokładny spis tytułów wszystkich dzieł

i broszur w naszej bibliotece się znajdujących. Sporządzony przez moich poprzedników spis, obejmował około połowy dzieł naszego księgozbioru; tytuły dzieł i nazwiska autorów spisane były na kilku arkuszach, głównie zaś na pojedynczych kartkach, które w takim nieładzie pomieszane były, że nie tylko wedle chronologicznego (jak to marzył p. J.), ale i wedle żadnego systemu nie były ułożone, nietylko pojedyncze materye nie były oddzielone od siebie, lecz wszystkie kartki z tytułami dzieł, zmieszane i bezładnego podziału w pudełkach porozrzucane były. Musiałem więc przedewszystkiem sprawdzić te wszystkie tytuły, i uzupełnić spisanie blisko połowy dzieł, które nie były jeszcze objęte. Po ukończeniu w ciągu roku tej czynności przystąpiłem do oddzielenia pojedynczych gałęzi medycyny i przedmiotów, przyczem zdarzało się często, iż sam tytuł niedostatecznie określał treści i zmuszony byłem przejrzeć nie jedną książkę, aby upewnić się, w jakim dziale umieścić należy właściwie dzieło. Mając w ten sposób sporządzony spis książek, mogłem dopiero pomyśleć o układzie katalogu. Przyznać się muszę otwarcie, że wcale nie chciałem, jak to czynił p. J. *marzyć* o katalogu z cechą naukową, a to z dwóch powodów: nasamprzód, że samo tylko *marzenie* nie wystarcza (jak to widzieliśmy do roku 1869) do wydania katalogu, a powtórę napisanie naukowego dzieła bibliograficznego o tak bogatym księgozbiore, wymaga wiele ciężkiej i mozolnej pracy temu jedynie poświęconej, a mnie ani czas, ani okoliczności na to nie dozwalały. Ja sądziłem, że daleko praktyczniej postąpię, jeśli zamiast katalogu naukowego, do którego trzeba by było notat, komentarzy, skorowidzów i t. d., i któryby znowu zalegał półki biblioteki, ułożę i wydam katalog czyli spis książek w bibliotece Tow. Lek. Warsz. się znajdujących, któryby wykazał jasno zasoby naszego księgozbioru i ułatwił każdemu nie tylko wyszukanie w katalogu dzieł odnośnie do każdego przedmiotu i gałęzi medycyny, ale także wynalezienie danego dzieła w bibliotece za pośrednictwem numerów porządkowych. Że katalog wydany przezemnie w roku 1869 i ułożony wedle po-

wyższego programu dopiął swojego celu, przekonywa mnie ta okoliczność, bardzo pocieszająca, że od tego czasu liczba kolegów korzystających z biblioteki Tow. Lek. Warsz. znacznie się powiększyła i ciągle się pomnaża. Ten fakt jest jedynym dla mnie zadość uczynieniem za moją trzyletnią pracę nad katalogiem.

Do ogłoszenia powyższych szczegółów zniewoliły mnie niektóre ustępy, przytoczone w sprawozdaniu prof. J. Czułem się przede wszystkim zobowiązany wyjawić prawdziwy stan rzeczy wykazujący całą bezzasadność przypisku redaktora Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. o udziale prof. J. i Dra J. Br. w *ułożeniu* katalogu biblioteki Tow. Lek. Warsz. Każdy bowiem przyzna, że spisanie około 2000 tytułów dzieł nie jest ułożeniem katalogu biblioteki. Dalej prof. J. mówiąc o niedostatkach wydrukowanego katalogu, nadmienia, że zachowałem jego podział, tylko zmieniłem porządek chronologiczny. O jakim podziale i porządku mógł marzyć prof. J., kiedy kartki z tytułami dzieł tak były pomieszane, że nawet pojedyncze gałęzie medycyny i ważniejsze przedmioty nie były oddzielone, że musiałem blisko połowę tytułów dzieł dopisać, rozdzielić wszystkie według przedmiotów, i dopiero wtedy ułożyć je w taki sposób, aby katalog był użytecznym? Nawet w szafach biblioteki, przy późniejszym porządkowaniu znajdowałem największy nieład, dzieła traktujące o chirurgii umieszczone były między dziełami farmakologii, pojedyncze dzieła okulistyczne obok akuszerskich i t. d. Ja sądzę, że przyczyną takiego chaosu było to, że prof. J. zanadto marzył o katalogu z cechą naukową, nie powinien więc teraz przynajmniej ubolewać, że katalog utracił tę cechę. Prof. J. zadał sobie nadzwyczajną pracę, wypisał z katalogu nazwiska wszystkich autorów dzieł polskich, i wydrukował je w swoim sprawozdaniu wraz z odpowiednimi numerami katalogu. Jest to rzeczywiście dowód pilności i cierpliwości prof. J., ale niech nie sądzi, że ja zapomniałem o potrzebie skorowidza nazwisk wszystkich autorów katalogiem objętych. Zaraz po wydaniu katalogu sporządziłem ta-

ki spis i jeszcze w roku zeszłym na posiedzeniu ogólnem Tow. Lek. Warsz. prosiłem o upoważnienie mnie do wydrukowania tego spisu (zob. protokół 16 posiedzenia Tow. Lek. Warsz. z roku 1870) lecz z powodu braku funduszków w budżecie Tow. Lek. Warsz. na nadzwyczajne wydatki, wstrzymać się musiałem z wykonaniem mojego zamiaru.

Prof. J. w swoim sprawozdaniu wyraża zdziwienie, dlaczego na końcu katalogu umieściłem spis 369 rozpraw, przy których nie zachowałem porządku alfabetycznego i nie podzieliłem odpowiednio do przedmiotów, o których traktują. Otóż objaśniam prof. J., że od dawnego czasu posiadamy w naszej bibliotece z daru ś. p. Dra Zimmermana piękny zbiór rozpraw inauguralnych i konkursowych z wydziału lekarskiego Paryzkiego, które w liczbie 269 razem oprawione są bez porządku w 11-tu tomach. Nie chciałem pozbawić tych rozpraw pięknej ich oprawy, wydierać pojedynczo i oddzielnie umieścić stosownie do przedmiotów; gdybym zaś tylko w katalogu włączył je do rozmaitych działów i zostawił je zresztą razem w oprawie (co zwykle robiłem gdy parę tylko broszur było razem oprawnych), w takim razie byłoby niepodobieństwem na grzbiecie każdego tomu nakleić kilkadziesiąt numerów różnych, a zresztą nadzwyczaj utrudniałoby to wyszukanie w szafach wedle porządku numerów. Sądziłem, że podając oddzielnie spis tych rozpraw na końcu katalogu, pod tytułem: „Rozprawy treści rozmaitej tomów XI“, łatwo będzie każdemu w danym przypadku przejrzeć szczegółowo parę zaledwie kartek z tytułami tych rozpraw. Prof. J. nie zadowolnił się tem jednak i podał skorowidz do tych rozpraw, który tak *utrudnia* wynalezienie jakiej rozprawy, że można prędzej kilka razy przeczytać tytuły wszystkich broszur w 11-tu tomach zawartych, aniżeli wyszukać jedną tylko broszurę według „skorowidzu“ (!) prof. J. Szkoda było rzeczywiście drogiego czasu na tak nudną zabawkę!..

Profesor J. zarzuca mi niestaranność przy przeprowadzeniu korekty katalogu, albowiem podałem na końcu spro-

stawanie 36 omyłek druku. Niech prof. J. zastanowi się nad tem, jak trudnem i mozolnem jest u nas przeprowadzenie dobrej korekty w dziełach nawet polskich, niech mi wskaże chociaż jedno dzieło u nas drukowane, gdzieby żadnej omyłki drukarskiej nie było. Cóż dopiero powiedzieć mam o korekcie całego katalogu, który obejmuje około 15,000 nazwisk, kilkanaście tysięcy liczb, i kilkadziesiąt tysięcy punktów i przecinków, przyczem tytuły dzieł są w najróżnorodniejszych językach. Muie się zdaje, że najsurowszy ale sumienny krytyk nie może przy takich warunkach zarzutu robić, gdyby nawet było trzy razywięcej omyłek. U nas, gdzie prawie zupełnie brak zdalnych zecerów, prowadzenie korekty jest nadzwyczaj uciążliwe, i pomimo największej staranności ze strony poprawiającego zdarzają się omyłki z powodu niedbałości zecerów, zwłaszcza, odbitki do korekty drukowane są nadzwyczaj niestarannie i na bardzo lichym papierze, tak, że często niepodobna odróżnić *n* od *u*, lub *l* od *i* i t. d. Dlatego zdarzyło mi się również, że w omyłkach druku umieściłem niepotrzebnie poprawkę „*Ronssci*“ na „*Roussel*“; sądząc, że w tekście jest na końcu *l*, zmieniłem na *i*, zecer zaś wziął tę literę za *l*, którą w odbitce od *i* rozróżnić nie mogłem. Ktokolwiek miał sposobność, chociaż raz prowadzić korektę, wiedzieć powinien, wiele to starań musiałem dołożyć przy poprawianiu druku 14 arkuszy samych nazwisk, liczb i tytułów dzieł w różnych językach, i nikogo nie powinno dziwić sprostowanie 36 omyłek druku przy takiej *massie*. Jest to tylko przesada, a nie pedanterya, jeśli prof. J. wytyka w katalogu takie błache omyłki jak np. *D: in. (dissertatio inanguralis)*, lub że na str. 769 znajduje się niepotrzebnie punkt po wyrazie *Rob*. Przypomnę Prof. J. znane przysłowie polskie, wykażę *jemu* brak staranności przy korekcie. Niech przejrzy tylko jedną stronicę swojego sprawozdania (str. 98, zes. II P. T. L. War. z r. 1867) i znajdzie aż *siedem* omyłek, podobnież i na innych stronicach (zob. str. 85, 87, 88, 99, 100 i t. d.), a jednak całe to sprawozdania zaledwie parę kartek druku obejmuje, korektę sam osobiście prof.

J. prowadził i trzeba było w tym celu odbitki przesyłać aż do Krakowa!

Przy końcu swego sprawozdania użala się prof. J., że nie dano okładki książce tak poważnej, i że ją tak lichy dano zbroszurować, iż kartki są brzydtko podziurawione“. Co się tyczy okładek, to oświadczyć muszę, że Tow. Lek. rozesało katalog swoim członkom bezpłatnie, i byłoby niesłuszne z mojej strony narazić nasze szczupłe fundusze na zbyteczny jeszcze wydatek; radzę tylko prof. za 15 krajcarów kazać sobie oprawić swój egzemplarz. Co zaś do zbroszurowania, to prof. J. niesłusznie gani introligatora, gdyż wszystkie egzemplarze dobrze zeszyte, a bez porobienia dziur na bokach kartek dokonać tego niepodobna

Dr. Portner.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O ZATORACH (EMBOLUS) I ZAKRZEPACH (THROMBOSIS)

NA ZASADZIE NOWYCH BADAŃ I SPOSTRZEZEŃ

ułożony przez

Dra H. Meissner w Lipsku

spolszczył

Dr. Wszebor.

(dalszy ciąg)

(Dalszy ciąg spostrzeżeń klinicznych).—Leukaemia i zatory włosowate w różnych narządach u mężczyzny 21-letniego; icterus gravis ze stłuszczeniem krwi, licznymi krwotokami i infarktami u 40-letniego mężczyzny; ostry reumatyzm stawowy z powtarzającym się wyrzutem skórny i ostrem wrzodziejącym zapaleniem wsierdza u 40-letniego mężczyzny; dawna choroba serca, rozliczne objawy nerwowe, zatory w mózgu i nagła śmierć u kobiety 72-u

letniej;— Płasawica ostra, reumatyczne zapalenie wsierdzia wtrącone (intercurrents), i zatory mózgowe u dziewczynki 8½ lat (sposzczenie B o u c h u t, gaz. des hôpitaux 29 mai 1869); dawne skrzepy w sercu, objawy apoplektyczne, rozmięczenie mózgu, infarkta w śledzionie i nerkach u 69-cio letniej kobiety; zwyrodnienie lewej ściany serca, stan atheromatyczny i zatory w tętnicy wieńcowej serca (art. coronaria), infarkta w sercu i nerkach u mężczyzny 66-o letniego; zgorzel dobrowolna (gangraema spontanea) z licznymi infarktami w śledzionie, nerkach i mięśniach u kobiety 67-o letniej. (Thèse de Lefevre, Paris); cierpienia serca i zatory w krezkach (mesenterium) u 45 letniego mężczyzny; częściowe zбочenie umysłowe; rozliczne omamy (hallucinationes) z obłędem prześladowawczym, zaburzenia różnych centrów nerwowych i zawojów mózgowych na wypukłej stronie. (Aug. Voisin) w Zakładzie Salpêtrière u 40-o letniego mężczyzny; zakażenie ropne, liczne ropnie, zatkanie tętnic stawu kolanowego, poczynające się zmiany na powłoce chrząstkowej; zgorzel chrząstek nalewkowych (cart. arytaenoid.) zatory w gałązkach tętnicy tarczowej dolnej u mężczyzny 30-o letniego; rak wpustu (cardia) i wątroby, przedarcie się do żył wieńcowych żołądka (V. V. coronariae) i przeniesienie cząsteczek takowego do żyły wrotnej, u mężczyzny 35-cio letniego; gorączka tyfoidalna, zakrzep w żyły wrotnej, infarkty i ropnie w wątrobie, zatory i infarkty płucne, u chłopca 17-o letniego; złamanie ze zmiążdżeniem goleni, amputacja po wystąpieniu objawów wessania i śmierć u 32-u letniego mężczyzny; zwyrodnienie gruczołów krezkowych, ropień w wątrobie i infarkty nerwowe u 37-o letniej kobiety; rana głowy, liczne infarkty, ziarnistości tłuszczowe we krwi.

Z tego szeregu spostrzeżeń podajemy szczegółowięj następującece trzy wypadki Leukaemii, żółtaczkii (Icterus gravis) i raka żołądka i wątroby, szczególnie interesujące:

4) 21 letni mężczyzna, który w Listopadzie 1867 pierwszy raz zauważył obrzmienie brzucha, a w 8 tygodni później tamże spostrzegł obecność guza twardego, przy wieczornem poruszeniu gorączkowym i powtarzających się krwotokach z nosa, przybył do szpitala dnia 15 Października 1868 z wyraźną obrzmiałością śledziony; 2-go Listopada przystąpiło obrzmienie wątroby i puchlina ogólna, i przy kilkukrotnych napadach duszności, chory w 5 dni zakończył życie. Za życia stosunek białych ciałek krwi do czerwonych był jak 1 : 10. Przy badaniu zwłok, oba płuca, a zwłaszcza prawe, okazały się mocno przyrosłe, ciężkie, nacieczone, mało trzeszczące. Naczynia włosowe zatkanie koreczkami prawie wyłącznie z białych ciałek krwi złożonemi, nawet i naczynia drobniejsze po przecięciu dawały z siebie wycisnąć małe skrzepy, w części rozgałęzione, które gdzieniegdzie okazywały szczupłą ilość ściętego włókniaka i kilka krążków krwi czerwonych, a przeważnie złożone były z białych kulek krwi. W większych naczyniach można było znaleźć większe grupy krążków czerwonych pośród białego skrzepu. W lewym przedsionku serca był szarobiały skrzep, wagi połowy funta, i cokolwiek krwi czekoladowego zabarwienia; toż samo w innych jamach serca. Po ustaniu, krew rozdzielała się na trzy warstwy, z surowicy, białych i czerwonych ciałek. Warstwa z czerwonych krążków była o $\frac{1}{4}$ grubsza od warstwy ciałek białych, i zawierała w sobie jeszcze 3% białych kulek. Wątroba i śledziona znacznie powiększone; naczynia włosowe zatkanie białymi ciałkami; krew wątroby czekoladowo zabarwiona, zawierała liczne cylindryczne skrzepiki i bogatszą była w kulki białe, aniżeli krew z żyły próżnej; w naczyniach włosowych mózgu także liczne zakrzepy, nigdzie jednak ani wynaczynień ani infarktów.

5) Więcej wynaczynień i infarktów przedstawiał zmarły na żółtaczkę 21 letni mężczyzna. Od 10 dni chory, zdawał się z początku cierpieć na prosty tylko katar żołądka, z zatrzymaniem żółci i objawami nerwowemi (alcoholismus), gdy w dwa

dni po przyjęciu, wystąpiła nagle silna gorączka (przeszło $+41^{\circ}$ C.), silne zażółcenie skóry, mocne majaczenia przy prawie zupełnej nieobecności składników żółci w moczu, które to objawy wnioskowość dozwalały o istnieniu ostrego żółtego rozmiękania wątroby. Następnego dnia dołączyły się do poprzednich objawów krwotoki z kiszki stolcowej, jamy ustnej i uszowej, a następnej nocy wśród spączki i drgawek nastąpiła śmierć. Przy badaniu zwłok, wbrew oczekiwaniu wątroba okazała się prawidłową, niezmnieszoną, przewody żółciowe wolne, komórki niezmnieszone, naczynia nie zatkane; przeciwnie za to w błonie sluzowej kiszki liczne wynaczynienia, które pod drobnowidzem okazywały zmienione ciała krwi i kryształki kwasu margarynowego. W płucach niezliczone infarkty, nigdzie zaś grubsze skrzepy; najdrobniejsze tylko naczynia i kapillary zatkane tłuszczowami kryształkami. Krew wewnątrz i zewnątrz naczyń znajdująca się niewyjąźnie płynna, czerwone krążki prawie rozpuszczone, niewyraźne, z bardzo licznymi kryształkami tłuszczowami i kropkami tłuszczu. Chemiczne badanie krwi wykazało 5% tłuszczu i 0,185% cholestearyny.

6) 53 letni chory, przed 8 laty upadł na prawą stronę klatki piersiowej, bez żadnych wszakże trwałych następstw tego obrażenia, w ostatnich zaś czasach wystawiony był na liczne niewygody i prywacye. Od 2-ch miesięcy cierpiał na brak apetytu i ból w żołądku, zwłaszcza po jedzeniu, stolec miał zaparty, był bardzo osłabiony, wychudły i anemiczny. Na zasadzie tych objawów, przy przyjęciu chorego w d. 22 Marca 1867 r., rozpoznanie ustanowiono i zalecono dyspepsyę na dyetę mleczną; gdy jednakże po przyjęciu pokarmów stałych bóle w żołądku stawały się coraz gwałtowniejszemi, musiano przyjąć istnienie zwężenia wpustu (cardia) a gdy w miesiącu Maju przyłączył się wywiad ogólny (marasmus) i żółto-słomkowe kahektyczne zabarwienie skóry, nie można było wątpić o rozwijaniu się tamże nowotworu rakowego, jakkolwiek żaden guz wymacać się nie dawał. Wkrótce nastąpiło mocniejsze obrzmienie wątroby

i puchlina kończyny dolnej lewej, i 15 Sierpnia nastąpiła śmierć przy objawach wyczerpania sił (iuanitio). Badanie pośmiertne wykazało w dolnej trzeciej części przełyku (oesophagus) stwardnienie które u wpustu przechodziło w guzowatość obrączkową, wielkości jaja kurzego, przez którą zaledwie mały palec dawał się precisnąć. Wątroba była powiększoną, zasianą licznymi guzikami rakowemi wielkości ziarna soczewicy, grochu a nawet orzecha, i zlepioną z żołądkiem za pomocą grubej błony rzekomej, w której mieścił się rodzaj torbieli wypełnionój gęstą ropą. Guz rakowy składał się zwłóknistego podścieliska w którym umieszczone były komórki rakowe okrągłe i wrzecionowate; też same pierwiastki histologiczne wchodziły także w skład guzików w wątrobie, jako też w rozchodzących się od nich gałązkach żyły wychodzących z guza rakowego wpustu, gdzie spowodowały utworzenie się licznych zakrzepów. Świadczyło to bez żadnój wątpliwości za rozszerzeniem się raka przez przeniesienie się cząsteczek nowotworu po rozgałęzieniach żyły wrotnej. Utworów rakowych nie było w innych narządach, jakkolwiek zdaniem F e l t z'a możebnem jest by rak po za obrębem żyły wrotnej rozchodził się do innych części ciała.

Wszystkie powyżej przytoczone wypadki obserwowane były z nielicznymi wyraźnie odznaczonymi wyjątkami, na Klinice Strasburgskiej.

— Obok powyższej gruntownej pracy F e l t z'a godne zajmuje miejsce dzieło Emila B e r t i n, także uwieńczone¹⁾. Pod formą, krytycznego opracowania zatoru, dzieło to podaje całkowitą nauką tego przedmiotu, i zawiera więcej znanych już fak-

¹⁾ Etude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artérieux; ouvrage qui a obtenu le prix en 1868, à la Soc. Imp. de Bordeaux, Paris 1869, Adr. Delahaye, Montpellier, C. Couloi. 8, 492 pp. 2²/₃ tal.

tów, aniżeli doświadczeń i spostrzeżeń samego autora; dla tego ograniczyć się tu możemy do podania w krótkości jego treści i uwydatnienia niektórych bardziej interesujących szczegółów.

Po wstępie hystorycznym w pierwszym rozdziale, w którym autor oddaje zupełną słuszość zasługom niemieckich badaczy, a zwłaszcza Virhowa w obec rozczeń pierwszeństwa stawianych przez autorów angielskich i francuzkich, przechodzi Bertin, w drugim rozdziale do bliższego określenia pojęcia zatoru i broni zdania pierwszy raz wypowiedzianego przez Virhowa, a potępionego przez Ball'a i innych, że przy prawidłowem działaniu serca i braku zaburzeń w naczyniach i tkankach, spontaniczne pierwotne krzepnięcie krwi w tętnicach jest niemożliwym. Trzeci rozdział zajmuje się pathogenezą zatorów. Z ciał składających zatory wymienia Bertin pomiędzy innymi cząsteczki na zewnątrz naczyń wykształconych nowotworów (patrz wyżej Feltz), hydatydy, powietrze atmosferyczne i gazy krwi. Nagła śmierć po wejściu powietrza do żyły nie może zależeć od zatrucia krwi, albo od nadmiernego rozdęcia lub porażenia serca, a tylko od zatoru płucnego włosowatego. Przyjście do skutku tego ostatniego Bertin objaśnia kulistością (Sphäricität) którą to właśnie gazy sprężyste posiadają w dalekim wyższym stopniu (?) aniżeli krew, i która przy podatnych ściankach naczyń włosowych powoduje powstawanie w nich kulistych wydęć powyżej i poniżej których światło się zamyka. Z powodu przenikalności tkanek zjawisko to jest przemijającym i dla tego po śmierci stwierdzić się nie daje. Bertin uważa za przyczynę krzepnięcia krwi, wszystko to co zmianę materji we krwi utrudnia. Według niego włóknik nie jest składnikiem odżywczym, a tylko produktem rozrobu tkanek, który w krwi utrzymuje się w stanie płynnym dla tego że jak inne jej części składowe ulega jeszcze przemianie materji i nim zakrzepnie nową ilością włóknika zastąpionym zostaje; jeżeli przeto zasta-

pienie to jest wstrzymanem w skutek czy to zatrzymania krwiobiegu, czy to spraw zapalnych, czy też zmian chemicznych w samej krwi i t. p., to krzepnięcie łatwo wewnątrz naczyń przyjść może do skutku. Uwagi co do kształtu skrzepów, warunków ich odrywania się jako też działających okoliczności przy umiejscowieniu się cząsteczek zakrzepów, są ogólnie już znane; lecz statystyczne dane co do ich zatrzymywania się w pewnych miejscach i ich przyczyn i t. d., przedstawiają szczególniejszy interes.

Na 156 niewątpliwych wypadków zatoru, w 8-u badanie zwłok nie było dopełnionem, w 6-u ciała zatorowe z zewnątrz dostały się do naczyń krwionośnych, w 1-ym istniał zator tylko w żyłę wrotnej; pozostałe 141 wypadków, obejmują 66 wypadków zatorów płucnych i 77 wypadków zatorów tętnicznych, w 2-ch razach obie formy były połączone. Wypadki powyższe ze względu na przyczyny rozdzielają się jak następuje:

		Zatory tętnicy płucnej	Zatory innych tętnic ciała
Mechaniczne przyczyny	Rheumatismus. . .	1	6
	Choroby serca . . .	3	62
	Rozszerzenie prze- wodu Botalla . . .	2	2
	Gorączka zapalna . . .	1	—
	Zapalenie naczyń . . .	4	—
	Guzy i zmiany w tkankach	4	—
	Zwyrodnienie i za- palenie aorty	—	7
	Tętniaki.	—	2
		<hr/>	15

		Zatory tętnicy płucnej	Zatory innych części ciała	
Mięszane przy- czyny	{	Obrażenie traumatyczne	6	—
		Choroby połogowe . . .	11	8
		17	8	
Przyczyny dy- skrazyjne	{	Chloroanämia . . .	5	5
		Marasmus	1	2
		Rachitis	2	—
		Choroba Brighta . .	3	2
		Rak	7	3
		Gruźlica	13	—
		Typhus	5	—
		36	12	
Przyczyny nieokreślone		7	3	

W 66-u wypadkach zatorów płucnych punktem wyjścia zatoru było: 3 razy górna część ciała (2 razy żyły mózgowe, 1 raz v. innominata), 11 razy średnia część ciała (2 razy Duct. Botalli, 7 razy prawa połowa serca, po 1 razy v. renalis sin. i azygos), 48 razy dolna część ciała (v. sacralis media 1 raz, v. iliaca commu. lub jej rozgałęzienia z prawej strony 4 razy, z lewej 6 razy, obustronnie lub bez podania strony 4 razy, v. iliaca externa lub jej gałęzie z prawej strony 4 razy, z lewej 7 razy, obustronnie lub bez podania strony 14 razy); w 4 wypadkach okolica nie została podana, lub też niedokładnie.

W 11 wypadkach płuco prawe było zajęte, w 8 lewe w 47 oba (lub nie podane które); w 1 wypadku sam tylko prawy zraz, w 1 górny, w 11 dolny, w 53 wypadkach sam tylko główny pień lub grubsze gałęzie tętnicy płucnej, albo też bliższe szczegóły nie były podane.

Te statystyczne dane stwierdzają z jednej strony, iż zatory pochodzą częściej z dolnej połowy ciała gdyż tam najłatwiej przy-

chodzi do ich powstania, z drugiej strony, że zatory przeważnie udają się do dolnych zrazów płucnych, gdyż gałęzie tętnicze dla górnych zrazów przeznaczone odłączają się od pnia pod kątem prostym, tak że ulegając swojemu ciężarowi gatunkowymi łatwiej rozchodzą się do dolnych gałęzi,

Na 77 wypadków zatorów tętnicznych, w 11 punkt wyjścia ich był w większych tętnicach (1 raz *Carotis primitiva*, 8 razy *Aorta*, 2 razy *Ductus Botalli*), 64 razy w lewym sercu (4 razy w przedsionku, 12 w komórce, 10 razy na zastawkach aorty, 24 razy na zastawce dwudzielnej, 9 razy na zastawkach z lewej strony bez bliższego oznaczenia), 2 razy punkt wyjścia nie był podany. Miejsca w których się owe zatory zatrzymały były w 34 razach kończyny (*aorta abdominalis* 3 razy, tętnice górnych kończyn 10 razy, z prawej strony 4 razy, z lewej 6) tętnice dolnych kończyn 21 razy (z prawej strony 13 razy, z lewej 8), w trzewiach 31 razy (tętnica wieńcowa serca 3 razy, *art. coeliaca* raz 1, *art. coron. stomachi* 1 raz, *art. hepatica* 1 raz, *art. splenica* 6 razy, *art. mesent. sup.* 9 razy, *art. mes. inf.* 1 raz, *art. renalis* 9 razy), mózg 56 razy, mianowicie przednia część 45 razy (*Carotis primitiva dextra* 1 raz, *sinistra* 2 razy, *carotis cerebralis dextra* 1 raz, *sinistra* 6 razy, *art. Sylvii dextra* 5 razy, *sinistra* 23 razy, *art. ophthalmica dextra* 2 razy, *sinistra* 4 razy, *art. cerebr. anterior sinistra* 1 raz), w tylnej części 9 razy (*art. basil.* 7 razy, *vertebralis* 2 razy), w różnych częściach mózgu 2 razy.

Zatem zatory tętnicze rzadziej biorą swój początek w komórkach (lubo z lewej komórki dwa razy częściej niż z przedsionka), częściej na zastawkach (na zastawce dwudzielnej, dwa razy częściej niż na zastawkach półksiężycowych aorty) mianowicie tak często jak na wszystkich innych razem wziętych okolicach serca. Miejsce zatrzymania się zatoru zależy od czysto mechanicznych momentów. Przeważne zatrzymywanie się w m - zgu, tem się łatwo tłómaczy, że skrzepy pochodzące z zastawek

sercowych, tak są drobne najczęściej, że dopiero w mniejszych mózgowych tętniach, po za *Circulus art. Willisii* mogą wywołać objawy bardziej na uwagę zasługujące, nie zaś w tętnicach kończyn. Zatory są częstsze w przedniej połowie mózgu niż w tylnej, gdyż większość zatorów udaje się do tętnic dogłowych, a mniejszość tylko do prawie wstecznie przebiegających tętnic kręgowych (*art. vertebrales*); wreszcie zatory zatrzymują się przeważnie w lewej połowie mózgu, gdyż prawie wszystkie zatory które się dostaną do tętnicy dogłowej pierwotnej lewej, udają się do mózgu, podczas gdy zakrzepy zapędzone do tętnicy bezimiennej (*ar. anonyma*) w części tylko udają się do mózgu, w części zaś do tętnicy podobojczykowej (*art. subclavia*). Że lewa kończyna górna częściej jest siedliskiem zatorów, aniżeli prawa, objaśnia się tem że lewa tętnica podobojczykowa bezpośrednio z aorty powstaje, podczas gdy prawa dopiero z tętnicy bezimiennej odchodzi; *Bertin* nie tłumaczy dla czego prawa dolna kończyna częściej jest zajęta, niż lewa. Kolejność tętnic podług częstości zatorów jest następująca: *art. Sylvii*, *carotis interna*, tętnice kończyn górnych i dolnych, *art. splenica* i *renales*, *carotis externa*, *art. mesenterica*.

W 4-ym rozdziale *Bertin* opisuje objawy wywołane przez zatory. Nie podziela on teorii *Virhow'a* co do gnilnych zatorów i zakażenia gnilnego. Podług niego periemboliczne ropnie są raczej przypadkowym następstwem zatkania naczyń; nie są one uwarunkowane szczegółowemi właściwościami zatoru (*Virhow, Panum*), lecz zależą od samych tkanek w śród których zator się zatrzymał. Za tem przemawia już ta okoliczność, że płuca i wątroba są jedynemi narządami w których zatrzymane zatory takie działanie drażniące okazują. podczas gdy rozmiękczenia w mózgu, infarkty w innych wewnętrznych trzewiach, zgorzel kończyn zależą jedynie od zamarcia tkanek. Oba te narządy mają wspólny podwójny krwiobieg, tętnica płucna i żyła wrotna donoszą krew żylną, czyn-

nościową (functionelles Blut) przeciwnie art. bronchiales i art. hepatica, przeprowadzają krew jasno-czerwoną, odżywczą. Przy zatkaniu tych ostatnich tętnic, tak samo jak przy zatkaniu innych tętnic, następuje zgorzel (która wprawdzie przy zatorach tętnic oskrzelowych jeszcze obserwowaną nie była), przy zatkaniu zaś czynnościowych naczyń następuje zapalenie na około żył i ropienie. Bertin wszakże nie objaśnia tego zjawiska, tak jak Virchow, drażniącym wpływem zatoru na tkanki pomimo wstrzymanego krwi dowozu wskutek zatkania naczyń, lecz przyjmuje istnienie rzeczywistego przekrwienia, jako momentu usposabiającego do zapalenia. W płucach istnieją liczne połączenia pomiędzy naczyniami włosowatymi tętnicy płucnej i tętnic oskrzelowych, tak że przy wstrzymanym dowozie w jednej z nich następuje przypływ zastępczy przez drugie; tym sposobem krew tętnicza dostaje się do błony śluzowej pęcherzyków płucnych w miejsce krwi żyłnej prawidłowej, i jest przyczyną podwyższonego odżywienia i usposobienia do zapalenia, nawet gdy ciśnienie krwi w naczyniach nie uległo podwyższeniu. Tak samo przy zatorach żyły wrotnej, krew jasna tętnicy wątrobowej kompensacyjnie zastępuje miejsce na wpół-żyłnej krwi żyły wrotnej, i tym sposobem podaje powód do zadrażnień wątroby. We wszystkich innych narządziach w następstwie zatorowego zatkania naczyń występuje brak odżywienia tkanek i ich sucha zgorzel. Objawy są bardzo rozmaite stosownie do siedliska i właściwości dotkniętych tkanek i z tego też powodu np. infarkty mózgowie z ich rozmiękłym środkiem i infarkty innych narządów twarde jądro mające, jakkolwiek w rzeczy identyczne, uważane były jednakże za całkiem odmienne sprawy. Zasługują mianowicie na uwagę zaburzenia odżywcze zezwyrodnieniem amyloidalem i stłuszczeniem połączone, mające miejsce w naczyniach poniżej miejsca obliterowanego i które powodują następcze wynaczynienia (infarkty haemorrhagiczne) podczas gdy samo powiększone napięcie w okolicy zgorzeli nowego ogniska zwykle nie powoduje żadnego wynaczynienia.

Przekrwienie na okole części obliterowanej jest jednym z objawów w ogóle powiększonego ciśnienia krwi, jak Prevost i Cottard i sam Bertin) doświadczeniami wykazali, jest w sąsiedztwie obliteracji najznaczniejsze.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

1) Przez tętnicę sztuczną, 2 razy na 2 gałęzie się rozdzielającą i mającą 4-y ujścia sobie równe, przepływa płyn pod jednostajnym ciśnieniem czterema strumieniami równie mocnymi; po zatkanie jednego z ujść, strumień ujścia najbliższego jest najsilniejszy, podczas gdy siła dwóch dalszych jest także zwiększoną, ale w mniejszym stopniu.

Nekrologia.

W ostatnich czasach, nauka poniosła dwie dotkliwe straty przez śmierć dwóch znakomitych klinicystów, mianowicie Prof. Dokt. *F. Niemeyer'a*, autora znanego powszechnie dzieła o Patologii i terapii i Prof. Dok. *Oppolzera* w Wiedniu.
