

Wychodzi zeszyta-
mi miesięcznemi.

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

PAMIĘTNIK

Redakcyja przy ulicy
Nowy - Świat
Nr. 1247 61.

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

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 2.

Sierpień

1871.

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 10-e, z dnia 16 Maja 1871 r.

Prezes kol. Brodowski.

TREŚĆ. . Przyjęcie protokołu.— II. Korrespondencya. — I. Przywitanie,
kol. Pogorzelskiego.— IV. Kwestya oddziałów.

1. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytania
przyjęty.

1L Nadesłano:

1) Ueber den Einfluss des Höhenklimas von Dr. J.
Schreiber in Aussee.

2) Protokół 25-go posiedzenia Towarzystwa Lekarzy
Pskowskich z dnia 27-go Lutego 1871 r.

Pam. T. L. W. LXVI.

3) Wiadomość o śmierci Jana v. O p p o l z e r, członka korespondenta naszego Towarzystwa, przez rodzinę zmarłego zakommunikowaną.

III. Prezes wita kol. P o g o r z e l s k i e g o, który pierwszy raz, jako członek czynny Towarzystwa jest obecny na posiedzeniu; i Dra G a w r o Ń s k i e g o z Włocławka, przybyłego jako gość.

IV. Następnie zawiązała się dyskusya co do potrzeby oddziałów w łonie Towarzystwa istniejących. Jedni z kollegów, a między innemi P r e z e s, byli zdania, iż od czasu utworzenia oddziałów, cały interes rozpraw naukowych przeszedł do tychże, tak, że posiedzenia ogólne utraciły tak na liczbie uczęszczających kollegów, jak i na ilości i ważności podniesionych kwestyi; inni kolledzy, do których należeli kolledzy J o d k o, K o s i Ń s k i i W s z e b o r utrzymywali, że istnienie oddziałów nie przeszkadza bynajmniej żywości rozpraw na posiedzeniach ogólnych, że te z oddziałów które nie miały warunków bytu de facto już nie istnieją, że był czas kiedy posiedzenia oddziałowe jak i ogólne były jednocześnie bardzo ożywione, i że dla podniesienia interesu posiedzeń ogólnych, należy się raczej odwołać do dobrej woli i chęci członków by częściej zechcieli robić komunikacye naukowe, aniżeli związać oddziały czynne w pojedynczych specjalnościach nauki lekarskiej.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

Posiedzenie II-e, z dnia 6 Czerwca 1871 rok.

Prezes. Kol. B r o d o w s k i.

TREŚĆ. I. Przyjęcie protokołu.— II. Korrespondencya.— III. Sarcoma medullare bulbi oculi—kol. S z o k a l s k i.— IV. Przepuklina udowa uwieziona—kol. K o s i ń s k i.— V. Carcinoma medullare anthri Highmori—Dr. T e i c h.— VI. Obranie na członka honorowego kol. S m i e l s k i e g o.

Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęty.

II. Nadesłano:

1) Protokoły posiedzenia 26 i 27-go Towarzystwa Lekarzy Pskowskich z d. 6 i 20-go Marca 1871 r.

2) Drukowana odezwa Komitetu trzeciego zjazdu rosyjskich naturalistów w Kijowie zapraszająca uczonych do udziału w pracach tegoż zjazdu który się odbędzie od 20 do 30 Sierpnia b. r.

3) Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego od N. 13 do N. 20-go z r. 1871.

4) Rocznik Ces. Kr. Towarzystwa Krakowskiego poczet 3 Tom XIX r. 1871.— Kol. P o g o r z e l s k i podejmuje się zdać sprawę Towarzystwu z rzezonego dzieła.

III. Kol. S z o k a l s k i okazuje preparat drobnowidzowy przedstawiający cząstkę nowotworu gałki ocznej lewej u chorej leżącej w Klinice profesora Ch a ł u b i ń s k i e g o. Przed dwoma laty, chora rzezona jeszcze była zupełnie zdrowa i udawała się do kol. D o b r z a ń s k i e g o dla poradenia się co do guzika, jaki jej wystąpił na gałce ocznej lewej

na górnej i zewnętrznej jej części. Już wówczas nic na to oko niewidziała i cierpiała na silne w niem bóle; kolega D o b r z a ń s k i proponował jej extyrpacją oka, na którą się wówczas nie zgodziła. Umieściła się zaś w klinice prof. C h a ł u b i ń s k i e g o z powodu choroby wątroby. W chwili kiedy ją kol. S z o k a l s k i miał sposobność zobaczyć, guzik czarny był wielkości grochu, źrenica w stanie normalnym, wysoki stopień osłabienia chorej nie dozwalał na badanie za pomocą wziernika ocznego. Wkrótce potem chora zmarła; kol. S z o k a l s k i pokazuje zebrany gałkę oczną wyjętą, w płynie M i l l e r a stwardniałą, na której przekonać się można, że siatkówka, prawie na całej swej przestrzeni odlepiona od naczyniówki, stanowi rodzaj sznurka idącego od głębi gałki ku przodowi. Pomiedzy siatkówką a naczyniówką massa nowego utworu, barwy jasnej żółto-szarej wypełnia prawie całą gałkę. Przy ciełe rzęskowem znajduje się massa ciemna, prawie czarna, która wypukła twardówkę na zewnątrz. Preparat przedstawiony pod drobnowidzem wykazuje obecność komórek wrzecionowatych, o wyraźnem jądrze, z których jedne zabarwione barwnikiem, drugie są bezbarwne i cechują nowotwór w mowie będący jako *Sarcoma melanodes fusi et parvi cellulare*.

Kol. P r e z e s widział raz jeden chorą w mowie będącą za życia a po śmierci badał jej zwłoki. Za życia można było wymacać palcami ogromne powiększenie wątroby, która sięgała brzegiem swoim dolnym na 3 do 4-ch palcy poniżej pępka, zwłaszcza też płąt lewy i na całej swojej powierzchni była gładka i twarda. Tak znaczne powiększenie wątroby należało odnieść do obecności nowotworu lubo natura tego ostatniego nie dawała się bliżej określić. Żółtaczka była niewielka, w jamie brzusznej znajdowała się mała ilość płynu, kończyny dolne były mocno zbrzękłe. Przy badaniu zwłok kol. B r o d o w s k i dowiedział się iż żółtaczka zwiększała się szybko, obrzmienie kończyn i ascites takż, oddech stawał się coraz trudniejszy i chora przy objawach asphyxii zmarła. Na

zwłokach kolega Brodowski znalazł przekrwienie wraz z obrzękiem płuc, wątrobę cztery do pięciu razy powiększoną i wazącą około dwudziestu funtów, powierzchnia prawej połowy płatu prawego ciemno-czerwona, dość gładka; na płacie lewym i większej części prawego okazywała się wyniosłość na $\frac{1}{4}$ ctm. nad powierzchnią wystająca, rozlana, biało-żółta. W tem miejscu na rozkroju pokazała się infiltracya wątroby w całej jej grubości, massą rdzeniową, dość spójną, wśród której tylko ślady dawnej budowy zrazikowej tu i owdzie pozostały, sama massa koloru biało-żółtawego, brudnego, gdzieniegdzie z odcieniem czerwonym czarno nakrapiana. W pozostałej części prawego płata, rozsiane drobne guziki białożółtawe dochodzące tu i owdzie wielkości ziarnka konopnego. W jamie otrzewnej niewielka ilość płynu. Na otrzewnej odpowiadającej przeponie i płatowi lewemu, guziczki wielkości grochu polnego i nieco większe osadzone na 1-iej do 4-ch szypułkach; tu i owdzie na otrzewnej kiszek i krezek podobne guziki, lecz mniejsze. Śledziona cokolwiek powiększona. Nieżyt chroniczny przewodu pokarmowego. Na jednej krokiewce komórki lewej serca, także guziczek krokiewkę zewsząd otaczający.— Gałkę oczną którą kolega Sekretarz stały okazał Towarzystwu, kol. Brodowski widział już po wyjęciu lecz nie rozkrojoną. Badając nowotwór wątroby za pomocą mikroskopu przekonał się, że to jest mięsak rdzeniowaty, drobno-wrzecionowato komórkowy (Sarcoma medulare fusi et parvi cellulare), punkta ciemniejsze tem się tylko różniły od reszty nowotworu, że posiadały w komórkach barwnik brunatny lub nawet czarny. W ogóle mięsak pierwotny jest rzadkim w wątrobie, lecz gdy przekonał się kol. Brodowski, że ma do czynienia miejscami z melano-sarcoma, doszedł do wniosku, że nowotwór w wątrobie może być pochodnym i był prawie pewnym, że gałka oczna wyłuszczone na zwłokach przez asystenta kol. Szokalskiego była siedliskiem nowotworu pierwotnego. Nie omylił się w swoich przypuszczeniach, jak o tem kolledzy mogą się przekonać przepatrując preparat

przedstawiony przez kol. Szokałskiego. Zmiany w wątrobie nie trwały od dawnego czasu i dopiero przed kilku miesiącami chora zaczęła się uskarżać na ból w boku prawym, nowotwór zaś w gałce powstał co najmniej przed 2 laty skoro chora przed 1 i pół rokiem z jego powodu zgłaszała się do Dra Dobrzańskiego o poradę, ciesząc się pod każdym innym względem jak najlepszym zdrowiem. Wypadek powyższy zdaniem kol. Brodowskiego zasługuje na szczególną uwagę pod względem praktycznym i naukowym.— Co do pierwszego: Naucza bowiem jak spieszyć się należy z wyłuszczeniem gałki ocznej dotkniętej mięsakiem czarnym. Kol. Brodowski przypomina sobie wypadek podobny który się wydarzył przed kilku laty, gdzie podobnejże natury nowotwór pierwotny w gałce ocznej już zanikł wraz z gałką, gdy w wątrobie zaczął się rozwijać takież sam następczy i stał się jak i w tym przypadku przyczyną śmierci.

Wypadki podobne stwierdzają, że nowotwory złośliwe mogą długi przeciąg czasu pozostać złem li tylko miejscowem, a tem samem odrzucają konieczność pierwotnej dyskrazji. Co się zaś tyczy wywodów naukowych te ściągają się do anatomii patologicznej i ogólnej patologii. Naprzód daleko prawdopodobniejszą jest skaza soków organizmu wskutek dostania się do nich, z pierwotnego nowotworu, wzmiankowanej istoty w postaci płynu. Utrzymują znowu niektórzy, że nowotwory złośliwe rozpowszechniają się li tylko za pomocą pierwiastków anatomicznych przenoszących się z miejsca na miejsce, bądź drogą naczyń limfatycznych i krwionośnych, bądź poruszając się, już to samodzielnie, już posłuszne prawom ciężkości.

W naszym wypadku nowotwór w wątrobie rozwijał się w pośród tkanki łącznej przeważnie zrazikowej, a więc towarzyszącej naczyniom odprowadzającym krew od wątroby. Nadto w niektórych miejscach widocznem było, że i inne tkanki wątroby podniecane były do czynności twórczych; komórki wątrobowe pomimo ucisku wywieranego na nie przez bujające pierwiastki mięsaka były gdzieniegdzie liczniejsze i

powiększone, miejscami zaś wśród komórek wrzecionowatych w mowie będącego nowotworu znajdowały się przeważnie powiększone komórki nabłonkowe w drobnych również powiększonych przewodach żółciowych tu i owdzie przedłużonych a więc pogiętych. Trudno więc przypuścić, aby istota podniecająca czynność twórczą, a po części i odżywczą, tak różnorodnych tkanek wątroby była uwięzioną, w pewnych li tylko przyniesionych tu zdaleka pierwiastkach anatomicznych nowotworu pierwotnego. Nadto kolega **B r o d o w s k i** zwraca uwagę na tę okoliczność, że gdyby w danym wypadku był rak wątroby, a nie mięsak, to bezwzględny zwolennik poglądów **W a l d e y e r** 'a na rozwój raków, niezawodnie złożyłby wszystką winę na przewody żółciowe. Co do kwestji dla czego nowotwór gałki ocznej dał powód do powstania podobnego nowotworu w tak oddalonym narządzie jakim jest wątroba z pominięciem innych tkanek bliżej położonych, ta może poniekąd znaleźć swoje wytłumaczenie w tej okoliczności, że w wątrobie krew wolniej przepływa będąc oddzieloną od serca jednym już uplotem naczyń włosowych, że ta zatem istota szkodliwa we krwi będąca ma sposobność dłużej obcować z tkankami wątroby składającymi.

Na zakończenie dodaje kol. **B r o d.**, iż w sercu znaleziony nowotwór miał zupełnie taką budowę jak w wątrobie, mieścił się wśród tkanki łącznej, pomiędzy włóknami mięśniowemi.

Kol. **M a j e w s k i** sądzi, że niewiadomo czy już przed dwoma laty nie tworzył się nowotwór w wątrobie, skoro wówczas oddzielnie tego organu nie badano.

Kol. **P r e z e s** zwraca uwagę, że przypuszczenie kol. **M a j e w s k i e g o** nie jest możliwe, gdyż w razie przeciwnym chora doświadczała by już dawniej cierpień, które by na wątrobę zwróciło uwagę. Stan ogólny musiałby się pogorszyć, śmierć nastąpiła by już dawniej, tymczasem dopiero na kilka tygodni przed śmiercią chora czuła się słabą.

Kol. **J o d k o.** Rok temu extyrpował podobną gałkę oczną t. j. **Melanosarcoma** który się w oczach jego tworzył i rosł

przez półtora roku. Silne bóle zmusiły do operacji. Dotychczas operowana jest zupełnie zdrową.

Kol. Szokalski taki sam wypadek miał przed dwoma laty.

IV. Kolega Kosiński odczytuje spostrzeżenie swoje przepukliny udowej uwięzionej, która pomimo operacji, w skutek szczególnych warunków, doprowadziła do śmierci. Spostrzeżenie to zamieszczone jest w dziale prac oryginalnych.

V. Kol. Teich przedstawia chorego którego historia jest następująca:

Pan Kramereńko dymisyonowany kapitan przybył do szpitala Dzieciątka Jezus do oddziału chirurgicznego, którym czasowo zawiaduję w zastępstwie Dra Orłowskiego dnia 16 Marca r. b. i przedstawiał stan następujący: policzek prawy wysadzony naprzód, równo kulisto zaokrąglony, skóra pokrywająca policzek, szczególnie pod okiem, mocno zaczerwieniona i w jednym miejscu wyraźnie wyczuć można fluktuację. Z tej samej strony oko jak również i połowa nosa wysadzone; utrzymuje chory, że prawie na to oko nie widzi. W jamie ustnej cała połowa prawa podniebienia kostnego zniszczona. Na błonie śluzowej powierzchni wypukłej wielkości kurzego jaja znajduje się owrzodzenie wielkości grosza, z którego wycieka dosyć obficie płyn wodnisty koloru brunatnego i nadzwyczaj cuchnący, otwieranie ust jak również połykanie utrudnione.

Chory doznaje silnych bólów w prawej połowie głowy i twarzy, przeciwko którym użycie wszelkich narkotyków jest bezskuteczne. Osłabienie ogólne w wysokim stopniu wskutek bezsenności i niemożności przyjmowania pokarmów.

W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala tutajszego wykonałem resekcyę prawej połowy szczęki górnej z pozostawieniem brzegu kostnego podoczodołowego (margo infraorbitalis) w celu uniknięcia ectropium i opadnięcia, jak to zwykle bywa, całego oka na dół, co w tym wypadku można było złatwością zrobić, ponieważ kości szczęki tak były zniszczone,

że prawie wszędzie używałem nożyc kostnych *L i s t o n a*, zamiast piłki łańcuskowej albo dłuta i młotka.

Niestety *massy rakowate* tak na wszystkie strony rozprzestrzeniały się, szczególnie na *sinus frontalis*, że nie można było spodziewać się pomyślniejszego rezultatu operacji, jak tylko, uwolnienie chorego na krótki czas od strasznych bólów, albo głodowej śmierci. We dwa miesiące po operacji, chory na żądanie opuścił szpital z raną na policzku prawie zabliźnioną, zadowolony ułudnem wyleczeniem się. Niedługo jednak złośliwy nowotwór zaczął grozić swemi symptomami regeneracji, i obecnie można wyczuć w jamie ustnej na wszystkich brzegach po operacyjnych zgrubienie i stwardnienie rakowate szybko powiększające się i zaczynające chorego bólami w rozmaitych okolicach twarzy i głowy niepokoić.

Kol. B r o d o w s k i (prezes), badał rzeczony nowotwór i uznał go za *carcinoma medullare*. Widzimy z wypadku powyższego, że i częściowe odcięcie nowotworu takiego przynosi ulgę i przedłuża życie. W tym wypadku punktem wyjścia nowotworu jest błona śluzowa wyściełająca *anthrum Highmori*.

VI. P r e z e s donosi, iż z powodu otrzymanego urzędowego zawiadomienia, że tajny radca, *Dr. Med. i Chirurgii Ś m i e l s k i*, zawiadujący głównym wojskowo-lekarskim zarządem i prezes komitetu naukowego lekarsko-wojskowego, obchodził w dniu 14 Maja 1871 roku jubileusz swojej 50-cioletniej działalności lekarskiej, przesłał mu telegrafem w dniu tym, z powodu tej uroczystości, powinszowanie, jako członkowi korespondentowi naszego Towarzystwa. Obecnie przedstawia go na członka honorowego, na co towarzystwo jednomyślnie przystaje.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

Posiedzenie 12-e, z dnia 4 Lipca 1871 roku.

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

TREŚĆ: I. Przyjęcie protokołu.— II. Korrespondencya.— III. Sprawozdanie z Rocznika Towarzystwa Naukowego Krakowskiego— kol. P o g o r z e l s k i.—IV. Wyznaczenie delegacyi do sprawdzenia rachunków kassy wsparcia.—V. Cisticercus w tkance łącznej podskórnej na szyi—kol. K o s i Ń s k i.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

1) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Kaukaskiego z roku 1871 i 1861/2, Nra 21, 22, 23, 1 i 2.

2) Protokół uroczystego rocznego posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego z dnia 5 Kwietnia 1871 roku.

3) Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego.

4) List Dra J a n s s e n s ' a z Brukseli z podziękowaniem za obranie na członka korespondenta naszego Towarzystwa.

II. Kol. P o g o r z e l s k i, odczytuje wypracowane przez siebie sprawozdanie z Rocznika Tow. Naukowego Krakowskiego T. XIX, które pomieszczone zostanie w dziale krytyki „Pamiętnika“.

IV. Do sprawdzenia rachunków kassy wsparcia wyznaczoną została delegacya złożona z koll. A p t e g o, J o d k i, L e b i e d z i Ń s k i e g o, L i b c h e n a i N o w a k o w s k i e g o.

V. Kol. K o s i ń s k i donosi, że przed trzema tygodniami pamiątka w wieku lat 16 przybyła do niego się radzić co do guza jaki nosiła na przedniej części szyi. Guz ten umieszczony na wysokości chrząstki obrączkowej, był wielkości małego jaja gołębiego, u wierzchołka był zaczerwieniony i chęłbocący, u podstawy twardy, ruchomy, nie zrosnięty z chrząstką, o czym się przekonać było można przez przesuwanie guza palcami, jak równi ż przy ruchach krtani które się mu nie udzielały.

Od dawna w miejscu tem istniał guzik niewielki, lecz przy badaniu przed niedawnym czasem podrażniony, zaczął boleć i powiększać się. Kol. K o s i ń s k i sądził, że ma do czynienia z cystą zawierającą nabłonek, cholesterynę i ropę, i radził operować guz dla zapobieżenia utworzeniu się długotrwałej przetoki. Otworzył guz, wypłynęła ropa rzadka i krew; przy pociskaniu wystąpiło ciało okrągłe, szkliste, wielkości dobrego grochu z jednym punkcikiem białym jak w cisticercus. Badanie drobnowidzowe przekonało go, iż rzeczywiście był to cisticercus, który jak wiadomo jest nadzwyczajną rzadkością w miejscu obserwowanem. Wypalił ściany wewnętrzne ropnia i po 2-ach tygodniach zagojenie było zupełne.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

POSIEDZENIE ODDZIAŁU BALNEOLOGII

z dnia 15 Maja 1871 roku.

Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjętym został.

Kol. P l ą s k o w s k i dzieli się wiadomością dotyczącą wód mineralnych w Stokliszkach i Birsztanach otrzymaną od p. Dra E r m i n i o A n d r i o l i, który w 1859 zamieszkiwał w okolicy tych zdrojowisk.

Wody mineralne Stokliszkie znajdują się w gubernii Wileńskiej powiecie Trockim w odległości 50 wiorst od miasta Trok i trzech wiorst od miasteczka Stokliszek. Wody te do piero od roku 1847 są znane publiczności lekarskiej. Główny źródł w Stokliszkach zwany siarczanym, stanowi studnia o drewnianem zrębie, głębokości 5 sążni, średnicy 10 arszynów. Woda w znacznej obfitości przyływa do tego źródła za pomocą rur z dwóch źródeł, jest ona przezroczysta, słabo zielonkowa, bez zapachu, smaku alkaliczno-gorzko-słonego. Przed urządzeniem studni woda wydawała mocny zapach siarki, który teraz zniknął; siarkowodor pochodził tylko od rozkładu istot organicznych. Temperatura 10 do 12° R. Rozbiór chemiczny jakościowy wykazał następujące składniki: kwas węglany, siarczan sody, chlorek sodu, węglan wapnia, siarczan magnezyi, chlorek magnezu, tlenek żelaza rozpuszczony w zna-

cznej ilości kwasu węglanego. Działanie jej lekko rozwalniająca i nieco pobudzająca.

Drugi źródło słony w odległości 30 kroków od poprzedzającego przedstawia studnię z drewnianym zrębem. Woda w nim przezroczysta, bez koloru i zapachu, smaku słonego, temperatura 12° R.. Części składowe też same co w źródle pierwszym ale w mniejszej ilości.

Zródło trzeci żelazny o 300 kroków od poprzedniego odległy ma wodę przezroczystą, smaku ściągającego bez zapachu. Powierzchnia wody pokryta czerwono-fioletową błoną. Oprócz siarczanów i chlorków zawiera w sobie w małej ilości węglan żelaza. W celu leczniczym głównie używa się woda z pierwszego z droju i okazuje się skuteczną w reumatyzmie, artrytyzmie; żołądkach, przewlekłych skórnych wysypkach etc.

Birsztany, wioska w gubernii Wileńskiej o 16 wiorst od Stokliszek oddalona posiada zdrojowisko, którego woda słonogorzka, prawdopodobnie zawiera mniej siarczanów i chlorków jak Stokliszka.

Wody Niemonajckie, niedaleko miasteczka Niemonaje nad brzegiem Niemna zawierają składniki też same co zdrojowisko w Stokliszkach, ale w daleko mniejszej ilości.

Pan *Karpiński* donosi, o rozpoczęciu rozbioru chemicznego wody w łaźniach przy ulicy Grzybowskiej. Dotychczasowa praca nad analizą wody poczerpniętej z głębi studni wykazuje bardzo mało żelaza, a wiele manganu. Pan *Karpiński* robi przypuszczenie, czy sole ziemne nie rozpuściły owej znacznej ilości manganu z rur żelaznych zanurzonych w studni; co jest bardzo możliwe.

Kol. *Przewodniczący* podnosi kwestyę kąpiele mineralnych sztucznych; w rozprawach przyjmują udział pp. *Karpiński*, *Sommeri* *Pląskowski*.

Ze względu na to, że kąpiele i wody mineralne sztuczne są różne stosownie do tego z jakiej pracowni pochodzą i że dla celów naukowych i praktycznych rzeczą jest niezbędną, aby przepisy sporządzania mineralnych kąpiele były jednolite.

Kol. Przewodniczący proponuje, aby Towarzystwo zajęło się tym tak ważnym przedmiotem i dla naradzenia się zaprosiło pp. Weinberga, Wyszomirskiego, Bystrzyckiego, Jeżewskiego, Tarłowskiego, Różyckiego, jako specjalistów obeznanych z praktyczną stroną tej kwestyi.

Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie z dnia 12 Czerwca 1871 r.

Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjętym został.

Przewodniczący powitawszy przybyłych łaskawie na posiedzenie panów Wyszomirskiego, Weinberga, Bystrzyckiego i Rosenzweiga, wyłącza przyczyny jakie go skłoniły do zaproszenia ich do współudziału w pracach Towarzystwa.

A mianowicie: 1) zważywszy, że wody i kąpiele mineralne sztuczne przedstawiają różne własności fizyczne, stosownie do tego z jakiej pochodzą fabryki; 2) że woda sodowa i selcerska, której użycie u nas jest tak rozpowszechnione, jest różnej dobroci, szczególnie od czasu pojawienia się fabrykantów pomniejszych i pokątnych, czyby więc nie udało się podciągnąć wyrabianie wód i kąpielei mineralnych sztucznych pod ogólne naukowe prawa; 3) już od r. 1824 istnieją u nas instytuta wód mineralnych w ogrodach Saskim i Krasieńskich, przy których są stali lekarze, a jednak dotąd niema wcale sprawozdań naukowych o skutkach leczenia temi wodami; że sprawozdania takie są wielkiej wartości dla nauki jak i dla samych instytutów, o tem rozwodzić się nie ma potrzeby.

Czyby więc niemożna skłonić panów lekarzy ordynujących przy wodach mineralnych sztucznych do ogłoszenia corocznych sprawozdań dotyczących skutków leczniczych tych wód.

P. W y s z o m i r s k i w odpowiedzi na pierwsze dwie kwestye Przewodniczącego wygłasza, że od 1824 r. w którym udzieloną została koncessya na wyrób wód mineralnych sztucznych podług metody S t r u v e g o, b. Rada Administracyjna wydała osobne przepisy, podciągnęła wyrób wód pod formy obowiązujące; corocznie składane były analizy, podług których wody miały być przygotowywane. Przed otwarciem pory leczniczej jak również w pewnych nieoznaczonych terminach władza lekarska zawsze odbywała ścisły przegląd i rozbiór stężonych roztworów, z których za dodaniem wody przepędzonej ostatecznie wody się urządzają; zdaje się więc, że publiczność lekarska równie jak i cierpiąca ma dostateczne gwarancye, że wody przez instytut przygotowane są dobre i w zupełności stanowią nauki odpowiadają. Co się tyczy rozbioru chemicznego tych wód, to już L e s i Ń s k i wydał odpowiednią broszurę.

Kol. B y s t r z y c k i komunikuje, że w swym zakładzie wyrabia wody podług przepisów H a g e r a z uwzględnieniem składników odkrytych w wodach naturalnych przez najnowsze poszukiwania.

Kol. P r z e w o d. zastanawiając się, że jedni wyrabiają wody mineralne podług przepisów przez Rząd zatwierdzonych, inni podług metody H a g e r a, inni podług najnowszych badań; wnioskuje, że nie ma żadnych prawideł stałych obowiązujących; jest więc zdania, że tak dla korzyści fabrykantów jak i dobra publiczności należy koniecznie ogólne stałe, wszystkich obowiązujące przepisy wyrobu wód mineralnych sztucznych ogłosić z uwzględnieniem najnowszych odkryć, gdyż tam gdzie przepisy przez Rząd zatwierdzone nie są wystarczające, mamy prawo na drodze nauki zrobić uzupełnienie. W końcu kol.

Przewodniczący odczytuje nadesłany przez p. Karpíńskiego szemat dotyczący tej kwestyi.

P. Weinberg wyjaśnia, że Struve nie dał przepisów stałych dla każdej wody z osobna, podał on tylko zasady ogólne, których przy wyrobie wód mineralnych sztucznych trzymać się należy. Każda woda mineralna sztuczna robi się podług najświeższej analizy dokonanej przez powagi naukowe; mając taką analizę uskuteczniają się podług metody Struvego stechiometryczne wyrachowania ilości ciał, które przez wzajemne na się oddziaływanie dane składniki tworzyć powinny. W końcu p. Weinberg przyrzeka przygotować na przyszłe posiedzenie opis rozbiórów chemicznych, podług których wyrabiają się wody mineralne sztuczne w Instytucie jego własnością będącym.

Kol. Rozenzweig w odpowiedzi na trzecią kwestyę podniesioną przez Przewodniczącego wygłasza, że on jako lekarz ordynujący przy wodach, może dać sprawozdanie tylko z kilkudziesięciu chorych przez siebie leczonych; naturalnie sprawozdanie takie będzie bardzo niewyczerpujące, proponuje więc aby skłonić lekarzy opiekujących się innymi choremi używającemi kuracyi wodnej, iżby ci sprawozdania na ręce jego składali, wtenczas bowiem dopiero możnaby ułożyć zupełny obraz ruchu chorych w porze leczniczej i wyciągnąć odpowiedni wniosek.

Na tem posiedzenie ukończono.

Sprawozdawca Kośmiński.

ODDZIAŁ PSYCHIATRYI, MEDYCYNY SĄDOWEJ I CHOROÓB
NERWOWYCH.

Posiedzenie 42, z dnia 22 Maja 1871 roku.

Obecni: Kol. R o t h e, kol. P l a s k o w s k i, kol. H o y e r
prof. S t r u v e, kol. L u b e l s k i, kol. G o d
s o b e l, kol. J. F. N o w a k o w s k i, kol. C h o
m ę t o w s k i, kol. T a c z a n o w s k i.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzające-
go posiedzenia, kol. P r z e w o d n i c z ą c y proponuje, aby
dyskusyą nad przedmiotami przedstawionemi na poprzedzają-
cem posiedzeniu przez prof. S t r u v e, odłożyć do jednego
z następnych posiedzeń. Trudno bowiem nie posiadając odbi-
tek z pracy prof. S t r u v e, które dopiero po upływie pewne-
go czasu będą mogły być dostarczone, przeprowadzić wyczer-
pującą dyskusyą, nad przedmiotem zawierającym tyle różno-
rodnych i ważnych kwestyi.

Kol. L u b e l s k i sądzi, że w ogóle trudno nam będzie
przeprowadzić dyskusyą; nie możemy bowiem zebrać materya-
łów statystycznych z innych źródeł jak Dr. O e t t i n g e n,
musimy więc ograniczyć się, na uwagach co do ogólnej ten-
dencyi dzieła.

Prof. S t r u v e zwraca uwagę, że wiele z podniesionych
kwestyi, w ścisłym stoi związku z psychiatryą, w tem też kie-
runku dyskusya przeprowadzoną być powinna.

Na wniosek p r z e w o d n i c z ą c e g o postanowiono
odroczyć dyskusyę, nad przedmiotem przedstawionym na po-

przedniem posiedzeniu przez prof. S t r u v e, aż do chwili dostarczenia odbitek.

Kol. C h o m ę t o w s k i, odczytał wyjątek z przygotowanego przez siebie rękopismu, mającego wejść do składu biblioteki umiejętności lekarskich, wydanej staraniem Redakcyi „Gazety Lekarskiej“. W wyjątku odczytanym przez kolegę C h o m ę t o w s k i e g o, mieści się wykład działania prądów galwanicznych na nerwy; czyli fizyologja nastroju elektrycznego (Elektrotonus) oraz prawa drgań. Wyłożywszy ogólne pojęcia działania prądu galwanicznego na nerwy, kol. C h o m ę t o w s k i, podał opis zjawisk tężca P f l ü g e r a wskutek działania prądu, następnie zastanawiał się nad zmianami, jakim ulegają tak własności elektryczne nerwu, jak i pobudzalność jego, pod wpływem prądu stałego; opisał więc zjawiska nastroju elektrycznego, oraz hipotezę Du Bois-Raymond'a, tłumaczącą wzmiankowane zjawisko nastroju elektrycznego. Następnie zastanawiał się nad wpływem prądu galwanicznego, na pobudzalność nerwów, opisał doświadczenia B e t z o l d a i P f l ü g e r a odnoszące się do tego przedmiotu, podał prawa drgań dla nerwów ruchowych, wyjaśnił prawa R i t t e r a czyli alternatywę V o l t y, następnie opisał prawo M a r i a n i n i e g o albo R i t t e r - P f a f f a, a nareszcie prawo V a l e n t i n o. Dalej zajął się wyjaśnieniem kurczu tonicznego R e m a k a, a na zakończenie wyłożył prawo drgań, dla nerwów czuciowych i zmysłowych.

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

PRACE ORYGINALNE.

PRZEPUKLINA UDOWA UWIEŻIONA

OPERACYA, ŚMIERC

W SKUTEK OSTREGO ZAPALENIA OTRZEWNEJ.

Sp o s t r z e ż e n i e

Pra Dra Kosińskiego,

Czytane na posiedzeniu ogólnem z dnia 6 Czerwca 1871 roku.

Chcę zakommunikować Sz. kollegom przypadek *herniotomii*, który wydarzył mi się przed paru tygodniami w szpitalu Dzieciątka Jezus. Przedstawia on wiele rzadkich i nader ciekawych szczegółów. 24 zeszłego Maja podczas wizyty klinicznej byłem proszony przez kolegę *B en i e g o* do chorej, która 23 Maja została przyniesioną do jego oddziału. Stan jej był następujący:

Józefa Barańska licząca lat 50 wieku, miernej budowy ciała, nieotyła, twarz i ręce miała blade z odcie-

niem sinawym, wzrok błędny, wyrażający niespokój i mocne cierpienie, ciepłota całego ciała b. niska, szczególnie kończyny były zimne, oddech częsty i przyspieszony, puls niemożna zupełnie wymacać. Brzuch rozdęty, za dotknięciem bolesny, perkusya wszędzie jednostajna dość jasna, ton jednak dość wysoki, z prawej strony w okolicy podbrzuszej ton nieco tępszy, znaczniejszej ilości wysięku w jamie otrzewnej nie można było wyczuć. W okolicy kanału biodrowego, z prawej jak i z lewej strony przepuklina, z prawej nieco mniejsza niż z lewej, wielkości gołębiego jaja, dość miękka, jakby chełbocąca, ruchoma pod skórą, lecz niedająca się odprowadzić, niebolesna. Przepuklina lewa nieco większa, także miękka, skóra na niej barwy normalnej, łatwo się przesuwająca i ujmująca w fałdy; niedaje się ona także odprowadzić, i wyczuwa się przytem jakby bez zawartości, gdyż jak wspomniałem żadnej twardości ani naprężenia jak to ma miejsce przy uwięzionej przepuklinie nie było. Chora uskarżała się jednak na ból tej przepukliny, który się od przyciskania, zwiększał. Chora pomimo stanu fatalnego, jak to wyżej opisałem, i graniczącego z agonią, była najzupełniej przytomną na umyśle. W części z jej opowiadania w części zaś od obecnego w szpitalu kolegi Z d z i e ń s k i e g o, który dnia poprzedniego chorą oglądał w domu i do szpitala przysłał, dowiedzieliśmy się następujących szczegółów: przepuklinę prawą miała chora od 15 lat i nigdy ona żadnych przypadłości jej nie sprawiała, nigdy chora nie nosiła paska, i nieuważała żeby kiedy guz zniknął. Zawsze był tej samej wielkości, a próby odprowadzenia nieudawały się nigdy. Z lewej zaś strony spostrzegła guz

przed kilku laty i ten z początku zmniejszał się i powiększał, lecz w ostatnich kilku latach także pozostawał stale w jednakowym stopniu i niedawał się odprowadzić. Chwilami występowały dość ostre bóle i zwykle mijały bez żadnych następstw. 23 Maja z rana w wigilję przybycia do szpitala, Barańska uczuła że guz znacznie się powiększył i zaczął być bolesny, co ją skłoniło do probowania odprowadzenia. Po pewnych usiłowaniach, guz rzeczywiście się zmniejszył, lecz ból stał się gwałtowniejszym i rozciągał się po całej okolicy podbrzuszej, szczególnie z lewej strony. Jednocześnie z bólem w przepuklinie i w brzuchu, wystąpiły wymioty, zawartość których była przeważnie żółć ze śluzem. Stolce były tylko bardzo małe, ze znacznem nadymaniem się chorej, co jej powiększało niezmiernie ból w brzuchu. Przytem gorączka niewielka, bezsenność zupełna, pot co chwila występujący na czoło i twarz.

Stan chorej jak opisałem wyżej, gdym ją pierwszy raz widział trwał już zapewne od kilku godzin, gdyż kol. B e n n i przyszedłszy do szpitala na godzinę przedemną, znalazł chorą już w takim samym położeniu.

Trudnem było zadaniem zdać sobie dobrze sprawę z czem właściwie mieliśmy do czynienia. Widocznem było to, że chora miała objawy uwięzionej przepukliny, lecz nie mogliśmy w chwili badania, znaleźć tych objawów wyraźnie. Samo się przez się rozumie, że tylko o uwięzieniu przepukliny lewej, mogła być mowa. Prawa niezdawała się mieć żadnego związku z obecnym stanem chorej.

Opisane jednak wyżej ciężkie zmiany funkcjonalne (brak pulsu i mocno obniżona ciepłota ciała) nieodpowiadały bynajmniej tak niedługo trwającemu uwięzieniu przepukliny w zwyczajnym porządku rzeczy, zresztą i obiektywnych objawów uwięzienia, w samej przepuklinie, jak powiedziałem wyraźnych nie było. Zrobiłem więc dwa przypuszczenia: 1) albo po odprowadzeniu pętlicy кишки która była w przepuklinie, pozostało uwięzienie wewnątrz jamy otrzewnej zależne od tej pętlicy lub niezależne od niej; albo 2) pętlica pozostaje w przepuklinie lecz przeszła w gangrenę i skutkiem tego przepuklina straciła swoją elastyczność i twardość, a przedstawia się miękką, zawartość zaś wylała się do jamy otrzewnej. Jak w pierwszym tak i w drugim razie objawy ogólne mogły tylko zależeć od gwałtownego i nagłego zapalenia otrzewnej i nagłego porażenia nerwu sympatycznego. Miejscowym stanem кишки niemogliśmy sobie takiego stanu ogólnego tłumaczyć.

W obec takiego przypuszczenia, niewiele można było oczekiwać dobrego od operacji. Skąd inąd jednak uważałem, że chora gdy ją tak zostawimy, jest stracona i że, jeśli drugie przypuszczenie nasze jest prawdziwe, herniotomia z utworzeniem może sztucznego odbytu (*anus praeternaturalis*) jeszcze może pomyślnie wpłynąć na polepszenie stanu chorej. W każdym razie sądziłem, że zrobiwszy operację wyjaśni się lepiej dyagnoza, a może to nam wskaże jak mamy dalej postępować z pewnością skutkiem. Byłaby więc w tym razie herniotomia niejako operacją w celu dyagnostycznym wykonaną,

za którą ewentualnie mogłaby nastąpić laparotomia. Tylko zrozpaczony stan chorej w jakim się Barańska znajdowała, mógł do takiego działania nas upoważnić. Obecni koledzy B e n n i, Z d z i e ń s k i i C i u n k i e w i c z byli mojego zdania.— Chorą chloroformować nie mogliśmy ze względu na niezmierny upadek sił, operacya zatem bez chloroformu była dokonana. Po zrobieniu cięcia skóry, tkanki podskórnej i powięzi powierzchownej, doszliśmy do worka, który nam się wydał bardzo zgrubiałym. Z należąną ostrożnością otworzyłem go szeroko przy czem zaczęła wypływać zawartość kałowa, z gazami, jakby prosto z kiszki pochodząca. Kiszki jednak niebyło w worku. Ściany worka były tak grube, że łatwo można było uważać je jako utworzone z otrzewnej zrośniętej ze ścianą kiszki. Worek był nie wielki, wewnętrzna jego powierzchnia mocno zaczerwienioną, trudno więc było odróżnić czy jest błoną surowiczą czyli błoną śluzową. Podobniejszą się zdawała do błony śluzowej. Kol. B e n n i bez wahania się sądził, że utworzoną została kiszka. Do otworu kanału biodrowego, wprowadziłem z worka mały palec ręki z łatwością, (inny niewchodził) i wyczułem końcem jego w jamie brzusznej błonę niegładką jakby strzępiastą i zrazu przyjąłem to za kiszkę (powierzchnię peritonealną) pokrytą wysiękiem włóknistym i to kolegom obecnym oświadczyłem. Zbadawszy jednak worek przecięty, grubość niezwykłą ścian, podobieństwo wewnętrznych powierzchni do błony śluzowej z większem prawdopodobieństwem gotów byłem przyjąć, że kiszka była ściśle z workiem zrośniętą, i

razem z nim przeciętą, że zatem palec mój wchodzi do światła kiszki i wyczuwa strzępiastą pomarszczoną błonę śluzową. Ciecz żółto-brudna, ze strzępami i wyraźnym zapachem kału, wypływała przez otwór w ilości dość znacznej; nie wpłynęło to jednak na zmniejszenie objętości brzucha, ani też na zmniejszenie bólu.

Dla ułatwienia wypływu wstrzyknęliśmy do otworu kilka uncyi letniej wody, która wnet wyszła napowrót i prędko ani woda, ani kałowa ciecz niewychodziła zupełnie; brzuch zaś pozostawał wzdęty z odgłosem zawsze tępszym po prawej stronie.

Cały ten stan, jak każdy łatwo zrozumie, był i po zrobionej już operacji, ciemny i trudny do stanowczego rozpoznania, wszystko pozostało na samych tylko przypuszczeniach. Sądziliśmy zatem, że jeżeli przeciętym jest tylko sam znacznie zgrubiały worek, musi być w kiszce gdzieś otwór przez który massy fekalne wylały się do jamy otrzewnej i przez cięcie wydostają się na zewnątrz. Obecność kału w jamie otrzewnej musiałoby spowodować gwałtowne rozlane zapalenie otrzewnej. Objawów peritonitidis acutissimae wprawdzie nie brakło.

Jeżeli zaś z przecięciem worka była przeciętą i kiszka, to w takim razie trzeba było przypuszczać, że zrośnięcie worka z kiszką istnieje od dawna, i ta część kiszki która się w worku znajdowała niemogła być powodem uwięzienia, gdyż otwór kanału biodrowego, był dość znaczny, a przytem niewidzieliśmy w błonach przypuszczalnej kiszki, żadnych oznak grożącej gangreny czyli właściwie w chwili operacji niebyło uwięzienia. Jednak jak wyżej widzieliśmy massa fekalna niewydzielała mi

tak jak to bywa po przecięciu kiszki, celem utworzenia sztucznego odbytu. Trzeba więc była przypuszczać jakieś uwięzienie wyżej i uwięzienie niezależne od przepukliny biodrowej. Chora jednak nam wyraźnie mówiła, że w dzień przybycia do szpitala przepuklina mocno się powiększyła i po usiłowaniach odprowadzenia, udało się jej to, lecz jednocześnie wystąpiły mocne bóle. Wszelkie więc pozory, że była przepuklina uwięziona i była odprowadzona, lecz że to objawów uwięzienia niezniosło.

Nieuważałem żeby było jeszcze co do robienia. Niemiałem nadziei utrzymania życia chorej więcej po operacji jak przed operacją, przeznaczwszy jej środki pobudzające, ranę okrywszy mokrym kompresem. W ośm godzin po operacji chora zmarła.

Autopsję dokonaliśmy nazajutrz i przedewszystkiem otworzyliśmy przepuklinę lewą o której wiedzieliśmy, że przez kilkanaście lat nieulegała nigdy żadnym zmianom. Otworzyliśmy w sposób jak się hermiotomia robi. Po otworzeniu worka przepuklinowego wylało się może z pół uncji cieczy płynnej żółtawej, lecz pętlicy kiszki niebyło, otworu do otrzewnej wiodącego również nieznaleźliśmy. Była więc to cysta napełniona cieczą surowiczą i jak dalsze poszukiwania pokazały utworzona z błony otrzewnej. Nieulegało wątpliwości, że cysta ta była istotnie kiedyś workiem przepuklinowym, którego szyjka się zacisnęła, zarosła i jama worka w ten sposób, zupełnie się oddzieliła od jamy brzusznej.

Po otworzeniu jamy brzusznej znaleźliśmy całą powierzchnię otrzewnej pokrytą ropiasto włóknistym wy-

siękiem; pętlice jelit posklejane z sobą za pomocą tego wysięku. W zagłębieniach brzucha ciecz surowiczo-ropiasta; w jamie miednicy, a nawet i w jamie brzucha z lewej strony płyn kałowy pomieszany z wysiękiem wspomnianym. Sieć również poprzyklejana do jelit. Po rozklejeniu jelit co z łatwością się dało zrobić, i zbadaniu okolicy pachwinowej lewej ze strony jamy brzucha pokazało się, że jelita nie tylko że nieznajdowały się w kanale biodrowym (operowanym) lecz nawet nieprzylegały wcale do otworu biodrowego (annulus cruralis) przez który palec z łatwością można było wprowadzić do przeciętego worka przepuklinowego, i przez który ciecz kałowa znajdująca się w jamie otrzewnej wyciekała na zewnątrz. Wyraźnem tedy było, jak to podczas operacyi zrazu sądziłem, że jelita wcale w worku nie było, lecz, że jest gdzieś w kiszkiach otwór przez który ciecz kałowa wypływa najprzód do jamy otrzewnej, a stamtąd do worka przepuklinowego i na zewnątrz. Jakoż w istocie w kiszce biodrowej znaleźliśmy otwór wielkości 10 groszy, okrągły o brzegach równych, przez który błona śluzowa jakby się wypuklała na zewnątrz. W okół otworu w odległości pół cala od jego brzegów znajdował się sino-czerwonawy krążek utworzony skutkiem podcieku krwi, co świadczyło o wywieranem w tem miejscu ucisku za życia. Nieulegalo wątpliwości, że ucisk ten mógł mieć miejsce podczas uwięzienia w kanale biodrowym i rzecz cała w taki sposób dawała się tłumaczyć, że istniała przepuklina uwięziona, nastąpiła miejscowa gangrena i przedziurawienie kiszki, płyn fekalny wylał się do worka przepuklinowego, następnie zaciśnienie ustąpiło; jelito cofnęło się do jamy otrzewnej w której na-

turalnie skutkiem obecności masy kałowej powstało śmiertelne peritonitis.

Przypadek ten jako nader rzadki zasługuje na szczególną uwagę i pokazuje jak jest nieraz trudnem rozpoznanie powikłań przepukliny podczas operacji, a nawet po zrobieniu takowej. A s t l e y C o o p e r mówił, że niema dwóch przepuklin biodrowych zupełnie podobnych do siebie, i chirurg przystępujący do operacji herniotomii powinien zawsze mieć się na baczności i być przygotowanym na jakąś niespodziankę. W istocie pod względem samych warstw które wypada przeciąć zanim się dojdzie do uwięzionej kiszki, najdokładniejsza znajomość anatomii okolicy kanału biodrowego nie wystarcza na to aby można było licząc je tylko śmiało operować; raz znajdujemy worek przepuklinowy zaraz pod pokładem tłuszczowym, drugi raz musimy na sondce żłobkowanej przeciąć kilka blaszek powięzi. W opisanym wypadku mieliśmy trudności w rozróżnieniu worka od samego jelita, które mniemaliśmy, że było z workiem zrosnięte.

SPRAWOZDANIE
Z PRZYPADKÓW GYNIJATRYCZNYCH
w roku 1870
OPERACYJNYM SPOSOBEM LECZONYCH

W SZPITALU ŚWIĘTEGO DUCHA W WARSZAWIE.

przez

Dra L. NEUGEBAUERA

Lekarza ordynującego w tymże Szpitalu.

Z kobiet w 1870 do oddziału mną zawiadywanego Szpitala Świętego Ducha w Warszawie na kurację przybyłych, 82 okazały się dotkniętymi cierpieniami płci niewieściej właściwemi.

Same cierpienia i ruch odpowiednich chorych w szpitalu były następujące:

RODZAJ CIERPIEN	Liczba osób leczonych	Z tychże leczonych	
		Wyszło ze Szpitala	Umarło
1 Bładaczka, (Chlorosis) . . .	2	2	—
2 Zapalenie jajników, (Oophoritis)	3	3	—
3 Przeistoczenie już to torbielakowe już to rakowe jajników, (Degeneratio ovariorum cystomatosa et carcinomatosa)	5	5	—
4 Krwistek pozamaciczny (Haematocele retrouterina) . .	3	2	1
5 Krwistek maciczny, oparty na przyrodzonej atrezyi pochwy, (Haemometra ab atresia congenita vaginae), w następujących dwóch gatunkach:			
a) jako krwistek maciczny zwyczajny czyli prosty, (Haemometra simplex) .	1	1	—
b) jako krwistek jednostronny, dotyczący jednej tylko połowy macicy dwujamiastej, (Haemometra unilateralis uteri bilocularis) .	1	1	—
6 Krwotok maciczny, (Metro-rhagia)	5	5	—
7 Katar macicy, (Metrocatarrhus).	10	10	—
8 Zapalenie tkanki łącznej o-			

RODZAJ CIERPIEN	Liczba osób leczonych	Z tychże leczonych	
		Wyszło ze Szpitala	Umarło
koło macicznej, (Parametritis).	5	5	—
9 Polipy macicy, (Polypi uteri).	3	3	—
10 Włókniaki śródmiąższowe macicy, (Fibromata intraparenchymatosa uteri).	2	2	—
11 Rakowiec i rak macicy, (Epithelioma et carcinoma uteri).	6	6	—
12 Przegięcie macicy ku tyłowi, (Retroflexio uteri)	1	1	—
13 Wypadnienie macicy, (Prolapsus uteri):			
a) bez powikłania	1	1	—
b) powikłane z przyrodzonym wycisowaniem pęcherza moczowego, (Prolapsus uteri socia exstrophia congenita vesicae urinariae)	1	1	—
14 Śluzotok pochwy i cewki moczowej, (Elytrouethroble-norrhoea)	1	1	—
15 Torbiele pochwy, (Cystides vaginae)	1	1	—
16 Ścieśnienie bliźniaste pochwy, (Stenosis cicatricosa vaginae).	3	3	—
17 Przetoki moczowe, (Fistulae urinariae):			
a) przetoka pęcherzo-maciczna, (Fistula vesico uterina).	1	1	—

RODZAJ CIERPIEN	Liczba osób leczonych	Z tychże leczonych	
		Wyszło ze szpitala	Umarło
b) przetoka pęcherzo - pochwowa, (Fistula vesico vaginalis) i przetoka pęcherzo-macico-pochwową powierzchowną i głęboką, (Fistula vesico-uterovaginalis superficialis et profunda)	20	19	1
18 Polip brodawkowaty cewki moczowej, (Polypus papillomatosus urethrae) . . .	1	1	—
19 Ropień sutki, (Abscessus mammae).	1	1	—
20 Rak sutki, (Carcinoma mammae)	3	2	1
21 Połóg, (Puerperium) . . .	2	2	—
Wszystkiego	82	79	3
		82	

Z wyliczonych w powyższej tabeli chorych leczym 34 na *drodze operacyjnej*.

Rodzaje operacji, stosunek liczbowy chorych operowanych i zakończenie operacyjnego leczenia były następujące:

Rodzaje wykonanych operacji	Liczba chorych operowanych	Z tej liczby	
		Wyszło ze szpitala	Umarło
1 Przekłucie torbieli jajnikowych, (Paracentesis cystidum ovaricrum) . . .	2	2	—
2 Rozszerzenie niekrwawe jamy macicy, Dilatio incruenta cavi uteri) z następnem wstrzyknięciem nalewki jodowej do tejże jamy	1	1	—
3 Wycięcie polipów macicznych, (Exstirpatio polyporum uteri)	3	3	—
4 Odcięcie galvano-kaustyczne części pochwowej macicy, (Amputatio-galvanocaustica portionis vaginalis uteri)	2	2	—
5 Operacja krwisteku macicznego, (Operatio haemometrae)	1	1	—

Rodzaj wykonanych operacji	Liczba chorych operowanych	Z tej liczby	
		Wyszło ze szpitala	Umarło
6 Rozszerzenie krwawe pochwy bliźniasto ścieśnionej, (<i>Dilatatio cruenta vaginae cicatricibus coarctatae</i>) . .	3	3	—
7 Operacja torbieli pochwy (<i>operatio cystidum vaginae</i>).	1	1	—
8 Zaszycie częściowe pochwy, (<i>consutio partialis vaginae</i>) dokonane celem usunięcia wypadnienia macicy u chorej dotkniętej zarazem przyrodzonym wycięciem pęcherza moczowego . .	1	1	—
9 Operacja przetoki moczowej, a mianowicie:			
a) przetoki pęcherzo-pochwowej (<i>Operatio fistulae vesico-uterinae</i>).	1	1	—
b) przetoki pęcherzo-pochwowej i przetoki pęcherzo-macico-pochwowej, (<i>Operatio fistulae vesico-vaginalis et vesico-utero-vaginalis</i>) . .	17	16	1
10 Wytepienie polipa brodawczakowego cewki moczowej			

	Rodzaje wykonanych operacji	Liczba chorych operowanych	Z tej liczby	
			Wyszło ze szpitala	Umarło
	wej, (Extirpatio polypi papillomatosi urethrae) . .	1	1	—
11	Odjęcie piersi zrakowacialej, (Amputatio mammae carcinomatosae).	2	2	—
	Wszystkiego	34	33	1
			34	

Bliższe szczegóły wypadków operacyjnie leczonych były następujące:

I. *Przekłucie torbieli jajnikowych*, (Paracentesis cystidum ovarialium).

Z chorych dotkniętych torbielistem przeistoczeniem jajników, żadna nie kwalifikowała się do owariotomii. Dwom z nich zaś istniejący torbielak jajnikowy z powodu mocnego rozrostu swego sprawiał tyle dolegliwości zwłaszcza pod względem oddychania, że aby sprawić chorym ulgę zmuszonym się widziałem uciec się do przekłucia torbie'a. To też ta operacja chwilowy w tych razach miała skutek.

II. *Rozszerzenie niekrwawe jamy macicy (dilata-
tio incruenta cavi uteri) z następnem wstrzyknię-
ciem nalewki jodowej do tejże jamy.*

Sposobu tego leczenia użyłem z pomyślnym skutkiem u dziewicy 26-letniej, która będąc dotkniętą małym włókniakiem śródmięszowym macicy (fibroma intraparenchymatosum uteri) wskutek tego cierpienia już od dwóch lat prawie ustawicznie, już to silniej, już to mniej krwawiła. Najrozmaitsze środki krew tamujące wewnętrzne jak i zewnętrzne, jakie u niej zastosowałem, niewyłączając nawet wstrzyknięcia podskórnego ergotyny (Rp. Extracti secalis cornuti, spiritus vini rectificati ana scrup. 1, Glycerini puri aquae destilatae ana scrup. 4. M. D. S. Po 10 kropeł do każdego wstrzyknięcia) nic zgoła nie pomogły, i dopiero po rozszerzeniu jamy macicy za pomocą laminarii i kilkakrotnie powtarzanem wstrzyknięciu nalewki jodowej do jamy macicy krwotok w zupełności ustał. W niejaki czas chora miała regularność swoją należyte i pozostała po niej także wolną od krwawienia, tak, że jako wyleczoną z tego cierpienia wypisaną być mogła.

Co do wspomnianych wstrzyknięć podskórnych ergotyny, to nadmieniam tu zresztą potocznie, iż wstrzyknięć dosyć często używałem i używam zwłaszcza przy krwotokach macicznych, ze skutkiem jednak bardzo różnym; raz bowiem krwotok niemi szybko zostaje wstrzymany, w innych zaś razach najmniejszego one wpływu na cierpienie to nie wywarierają. Zdaje się, że kwalifikują one

się głównie tylko przy tak zwanych krwotokach prostych (metrorrhagia simplex) od wad organicznych niezależnych, a przeważnie na zwolnieniu tkanki macicy opartych.

III. *Wytypienie polipów macicznych* (Exstirpatio polyporum uteri).

Dwie z trzech chorych, na których operację tę wykonałem, miały *małe* tylko *polipy śluzowe*, czyli *gruczolakowe szyi macicznej* (polypi mucosi s. adenomatosi colli uteri): obudwom uciąłem małe te polipy prosto tylko nożyczkami, ani u jednej z nich, ani u drugiej nieznaczna ta operacja żadnego znaczniejszego krwawienia za sobą nie pociągnęła.

Trzecia zaś chora dotknięta było *polipem większym* natury *włókniakowej samego ciała macicy* (polypus fibromatosus corporis uteri). Polip ten ostatni miał postać owocu figowego, grubość dwóch centymetrów z szypułą blisko centymetr grubą, leżał wolnym swym końcem w ustach macicznych przez niego rozepchniętych, a szypułą osadzony był na górnej przedniej ścianie, jamy ciała macicy, był przytem miękkawy i barwy czerwonej. Towarzystwo mu od dziewięciu miesięcy ustawicznie trwające już to silniejsze, już słabsze krwawienie z macicy. Odjąłem nowotwór ten przez odgniecenie go za pomocą pętli drutowej i narządu M a i s o n n e u ' a do przewiązania. Krwawienia po operacji u-

stały. Chora zdrową szpital opuściła. Polip odjęty ważył trzy drachmy.

IV. *Odjęcie galwanokaustyczne części pochwowej macicy* (amputatio galvanicaustica portionis vaginalis uteri).

Operację tę wykonałem na kobiecie dotkniętej *prze-stoczeniem rakowcowem rzezzonej części macicy*.

Chora, kobieta lat wieku 48 licząca, odbyła trzy porody prawidłowe i po ostatnim z tych porodów, w ciągu ostatnich sześciu lat trzykrotnie poroniła. Od roku dotknięta była wysiękaniem rzadkiego ślaza z kanału rodnego. Od pięciu miesięcy nie miała już regularności, ale na przybyciem do szpitala, które miało miejsce w d. 22 Kwietnia (1870 r.) dotknięta została zrazu bardzo silnym krwotokiem który tymczasem wkrótce sam przez się znowu ustał. Cierpienie chorej, rzezzone przeistoczenie rakowcowe części pochowej macicy, przedstawiało się w postaci guza kalaflorowatego postaci grzyba o nodze bardzo krótkiej i stosunkowo cienkiej. Sam guz miał szerokości dziesięć centymetrów, a grubości pięć centymetrów; krótka, okrągła szypuła jego zaś, złożona z części nasadowej części pochwowej macicy była gruba tylko na trzy centymetry. Stan ogólny chorej był dość dobry.

Samą operację wykonałem w dniu 29 rzezzonego miesiąca przy asystencyi kolegów *G r o ë r a* i *J. K w a ś n i e w s k i e g o* za pomocą pętli galwanokaustycznej *M i d d e l d o r p f a*.

Celem użycia tej pętli rozszerzyłem chorej pochwę zwiernikiem moim trójramiennym. Założenie pętli platynowej na szypułę guza znacznej objętości tegoż było nieco trudne, przepalenie zaś samej szypuły odbyło się z łatwością. Krwawienia przy operacji oprócz tego, które miało miejsce przed ściąganiem pętli platynowej na około szypuły guza, wskutek potrzebnego ujęcia i utwierdzenia guza hakami ostremi i kleszczykami haczykami, żadnego nie było, a również i po odjęciu już guza chora od niego pozostała wolną.

Rana galwanokaustyczna zamieniła się wkrótce na dołek ropiejący i tak szybko się zagoiła, że chora już w dniu 12 kwietnia jako wyleczoną ze szpitala wypisaną być mogła.

V. Operacja krwisteku macicznego opartego na przyrodzonej nieprzenikliwości pochwy, (Operatio haemometrae pendente ab atresia congenita vaginae).

Operację tę wykonałem na jednej tylko z dwóch wyżej wymienionych chorych krwistekiem macicznym dotkniętych, u drugiej bowiem nie było dostatecznego do niej wskazania.

Co do tej chorej, którą operowałem, to historia jej choroby była następująca:

Józefa K., żona urzędnika, lat wieku 17 licząca, wzrostu niskiego, wątko zbudowana, blondynka, w dniu

10 Września (1871 r.) do szpitala przyjęta, wiek dziecięcy przepędziła w ogólności zdrowa. Gdy wszelako wstąpiła w wiek dojrzewania, nie przyszło u niej do odchodów miesięcznych i takowe i nadal nadaremnie u niej wyczekiwano. Miasto tego, mając już lat 17, pewnego dnia a mianowicie w dniu 8 Marca r. 1870, została zrazu dotkniętą silnym bólem w brzuchu i okolicy lędźwiokrzyżowej, rozpromieniającym się z owych okolic ciała w dolne kończyny, aż po kolana. Zarazem czuła od tejże chwili utrudnienie stolca i ból w głębi miednicy przy oddawaniu stolca, tudzież bardzo częsty popęd do puszczenia moczu. Objawy te trwały dzień i noc i po czterech dopiero tygodniach ustąpiły. W dwa jednak już tygodnie ponowiły się na nowo, ale teraz tylko tydzień. Od tego zaś czasu powtarzały one się nadal przy każdym powrocie po tygodniu.

Takiem cierpieniem dotknięta wyszła ona w dniu 10 Lipca za mąż, w stanie jej zdrowia nic atoli przez to się nie zmieniło, odchodów miesięcznych, jak nie było, tak nie było, boleści zaś wyż wspomniane, i dolegliwości co do oddawania stolca i często powtarzające się parcie na mocz jak poprzednio, tak i teraz co cztery tygodnie regularnie się powtarzały. Ale co gorsza, mąż chorej, mężczyzna zdrowy i silny, przyszedł do uznania, że nie była fizycznie uzdolnioną do związku, jaki z nią zawarł, jednem słowem znalazł ją *atretyczną*.

Śledząc ją wyczułem przez ścianę jej brzuszną guz okrągły, twardawy, nieco fluktuujący, który leżąc poza kośćciami łonowymi i ścianą brzuszną, z jamy miednicy wznosił się do jamy brzusznej, aż do wysokości około dzie-

sięciu centymetrów (trzech do czterech cali). Guz ten był postaci kulistej, zakończył się jednak ku górze wydatnością zupełnie twardą postaci ciała nieciążarnej macicy i wielkości nieco znaczniejszej od wielkości tegoż ciała u kobiety nieciążarnej. Był on mało albo wcale nie poruszony, leżał nie zupełnie pośrodkowo, ale znajdował się raczej większą częścią swej masy w prawej połowie jamy brzusznej, przy dotknięciu nieco bolał. Oglądanie części płciowych zewnętrznych wykazywało, iż części te, zewnętrznie bardzo nieznacznym zarostem pokryte były i w ogólności słabo rozwinięte. Ujście pochwy opatrzone było szczątkami rozdartej słabo wyształconej błony dziewiczej, która okazała się istnieć w liczbie podwójnej, gdyż były zarazem i dwa ujścia pochwowe. Dwa te ujścia pochwowe, rozgrozdzone przegrodą na cztery milimetry grubą, do żadnych jednak nie prowadziły kanałów, jakich z nich byłoby się można domyśleć, ale przedstawiały się tylko jako dołki o ślepych dnach, nie głębsze nad półtora centimetra.

Aby się dowiedzieć jak się zachowywała pochwa powyżej opisanych co dopiero dołków ślepych i jaki był stosunek jej do macicy, a raczej guza, który czułem przez ścianę brzuszną, w którym domyśleć się już mogłem macicy krwią rozdętej, śledziłem chorą jeszcze i przez kışkę stolcową. Śledzenie to pokazało mi, iż wyżej opisany guz był istotnie niczem innym jak macicą. Czuć go mogłem również jak przez ścianę brzuszną, tak samo i przez kışkę rzeczoną, jako rodzaj twardej, nieco fluktuującej kuli, która wielkością równała się mniejwięcej głowie ośmiomiesięcznego płodu. Kula ta zstępowała tak głęboko na dół do jamy miednicy, że odległość jej od den

owych dwóch dołków ślepych, które przedstawiały ujście pochwy, wynosił nie więcej jak trzy centymetry, od wspomnianych zaś dołków do dolnego odcinka guza prowadził pasek nie gruby, substancyi twardawej, który leżąc między kiszka stolcową a pęcherzem, był niczem innym jak właściwą, ale niedotworzoną i niewydrażoną pochwą.

Stan ogólny chorój był zupełnie dobry, gorączkowała ona bowiem nieco, ale z resztą miała apetyt i spała dobrze. W dniach 1 do 8 Września miała ona ostatni napad wyżej opisanych peryodycznych dolegliwości.

Chora przeto dotknięta była następującem powikłaniem cierpieniem: pochwa w samym swoim ujściu podwójna, w dalszem ciągu była niedotworzoną i niewydrażoną, macica zaś, pojedyncza, była znowu należycie wydrażoną. Chora jednak jakkolwiek nigdy nie miała odpływów miesięcznych wydzielała przecież, i to jak przypuścić wypada, już od samej chwili ukazania się u niej owych peryodycznych boleści w dole brzucha, ze ścian jamy macicy krew miesięczną, ale krew ta z powodu zamknięcia pochwy odpływać na zewnątrz nie mogła i zebrała się więc w jamie macicy. Z tąd ogromne one boleści w chwilach odpowiednich powtarzającej się regularności, ztąd guz ów fluktujący w podbrzuszu i jamie miednicy znajdujący się, który był niczem innym jak macicą rozdętą krwią miesięczną, zebraną w jej jamie. Jednem słowem chora dotknięta była *atresją pochwy* (atresia vaginae) i zarazem w skutek téj atrezji, *krwistekiem macicznym* (haemometra).

Zaradzić kalectwu temu nie można było inaczéj jak na drodze operacyjnej.

To też w dniu 16 Września przy asystencyi kolegów

Groëra, Kwaśniewskiego, Tyrchowskiego i Darewskiego do operacji chorój przystąpiłem.

Ułożywszy ją w tym celu jak do litotomii, po wprawieniu ją w sen chloroformowy, rozszerzyłem podwójne jej ujście pochwowe za pomocą dwóch czterozębowych haków ostrych, w odpowiednie ściany wbitych, które w ręce asystujących kolegów do trzymania oddałem, trzeci asystent metalowym kateterem męzkim w cewkę moczową i pęcherz wprowadzonym, też cewkę i pęcherz odciągał ku spojeniu kości łonowych; sam nakoniec wprowadziłem palec wskazujący lewej mojej ręki do kiszki stolcowej, by pod jego kontrolą robić cięcia jakie celem zniesienia atrezji były potrzebne.

Po takich przygotowaniach rozciąłem nasamprzód krótką przegrodę rozgradzającą dwa ujścia pochwowe za pomocą nożyczek, następnie dno dwóch ślepych zatok, stanowiących dwoma ujściami pochwowemi a przecięciem owęj przegrody zamienionemi już na zatokę pojedynczą, rozciąłem nożykiem w kierunku poprzecznym.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRYTYKA.

SPRAWOZDANIE

Z ROCZNIKA CESARSKO-KRÓLEWSKIEGO TOWARZYSTWA

NAUKOWEGO KRAKOWSKIEGO,

Poczet III. T. XIX.

Czytane na posiedzeniu ogólnem Towarzystwa dnia 4 Lipca 1871 r.

przez

p. Ludwika Pogorzelskiego.

Rocznik cesarsko-królewskiego Towarzystwa Naukowego Krakowskiego poczet III. Tom XIX, zawiera wiele pięknych prac z dziedziny zoologii, botaniki, geologii, chemii, matematyki wyższej i medycyny.

Z pomiędzy dziewiętnastu artykułów w powyższym tomie Rocznika zawartych, niektóre tylko traktują o medycynie i o tych zamierzam pomówić, pomijając inne jako nie będące w bezpośrednim z nią związku.

Tu najprzód zasługuje na uwagę praca Dra J z y d o r a K o p e r n i c k i e g o, pod tytułem: *Anatomiczno-antropologiczne postrzeżenia nad murzynem.*

Przedmiotem poszukiwań pośmiertnych był murzyn nazwiskiem Ali-Mardżjan, lat 35, pochodzący z północnej Afryki. Dzieckiem jeszcze będąc, kupiony został w Konstantynopolu przez hospodara wołoskiego Ghikę, wyrósł na jego dworze, następnie przebywał na dworze znakomitych panów w Bukareszcie.

Ostatniemi czasy widywano go włóczącego się bez służby po ulicy i szynkowniach. W Maju 1866 r. gwałtownie zachorował i w kilkanaście godzin po przywiezieniu do szpitala — zmarł.

Badanie pośmiertne zwłok dopełnił autor. Okoliczność ta posłużyła mu do zebrania ważniejszych cech charakteryzujących rasę murzyńską, porównania swych postrzeżeń z obserwacjami uczonych, którzy się tym przedmiotem zajmowali, wreszcie do wypowiedzenia własnych myśli i uwag w rozprawie „Anatomiczno-antropologiczne postrzeżenia nad murzynem.”

Powyższa praca przedstawia nam się jako z dwóch części złożona. W pierwszej z nich podaje autor treściwy obraz tego wszystkiego co było godnem uwagi przy oględzinach zwłok i rozczłonkowaniu ciała. Opisuje więc budowę ciała, zabarwienie skóry i jej rozmaite odcienia w różnych okolicach, porost włosów, tkankę łączną podskórną, tłuszcz, mięśnie, krew. Następnie przechodzi do organów wewnętrznych, bada mózg i błony mózgowe, zastanawia się nad grubością nerwów podając tablicę gdzie zestawione obok siebie wymiary grubości prawie wszystkich znacniejszych nerwów wspomnianego murzyna i pewnego Wołocha.

Daliej bada organa znajdujące się w klatce piersiowej i jamie brzusznej, części płciowe zewnętrzne, przyrządy organów zmysłowych, wreszcie ocenia wielkość i kształt ręki i stopy. W opisie tym żadnej nie napotykałem wzmianki o budowie, formie i zewnętrznym wyglądzie czaszki; okoliczność ta jednak wydaje mi się ważną, we względzie antropologicznym.

Przytoczywszy zmiany anatomiczne w ogólności na zwłokach znalezione, w dalszym ciągu podaje autor najważniejsze cechy wyróżniające organizm murzyna z pomiędzy innych rasywości; a mianowicie:

Niewieście kształty ciała (pełne, zaokrąglone), czarność skóry i jej różne odcienia na rozmaitych częściach, charakter włosów i ich porostu, obfitość tkanki podskórnej oraz murzynom tylko właściwy kolor tłuszczu (żółty), szczupła massa mózgowia (1,105 grammów) stosunkowo do niej grubsze nerwy; kobiecy kształt krtani, niższe położenie pępka (odległy od dołka sercowego na 18 cent. od łona zaś na 13), wielkie rozmiary wątroby, niezmiernie rozwinięte organa płciowe zewnętrzne (długość prącia w stanie obwisłym 14 Ctm. a 4 $\frac{1}{2}$ grubości) kształt i kolor oczu, kształt uszu i nosa, mało wydatna wyniosłość na kłębie palucha a ztąd ręka płaska, wreszcie krótkość wielkiego palca u nogi.

Z dopiero przytoczonych cech charakteryzujących rasę murzyńską nie zgodziłbym się na jedną z nich, a mianowicie: na powiększenie wątroby. Prawda że w danym wypadku rozmiary jej były znakomicie zwiększone gdyż przedstawiała 45 ctm. długości, 22 szerokości, 16 $\frac{1}{2}$ ctm. grubości, ważyła 2 kilogramy i stykała się ze śledzioną, czy jednak była w stanie normalnym?

O tem pozwalam sobie wątpić.

Sam bowiem autor podaje, że wątroba była stłuszczoną, woskowo-żółtawej barwy. Dodajmy i tę okoliczność, że wspomniany murzyn niewątpliwie nadużywać musiał napojów wyskokowych, a skłonniejsi będziemy przyjąć, że w danym wypadku wątroba musiała być patologicznie zwiększoną. Czy jednak stale się to powtarza u wszystkich murzynów i czy można to uważać za cechę rasową?

W drugiej połowie rozprawy zastanawia się autor nad ważniejszymi kwestjami pod względem antropologicznym, a mianowicie: co do koloru blizn, co do barwnika tak obficie znajdującego się u murzynów, co do ukształtowania, rozwoju i wagi

mózgowia, przytaczając najnowsze prace w tym względzie w Londynie i Paryżu dokonane.

Zabarwienie blizn u murzynów przedstawia kwestyą sporną. Autor z danej obserwacji przychodzi do wniosku zgodnie ze spostrzeżeniami p. *Simont*, który przez długi czas studyował rasę murzyńską w Senegalii, że blizny u murzynów po upływie pewnego czasu przyjmują zabarwienie skóry otaczającej, niezależnie od zewnętrznych wpływów klimatycznych.

Następnie mówi o naturze samego barwnika i przyjmuje 2 oddzielne rodzaje: jeden żółty (ikteryczny), drugi czarny (melanotyczny). W dalszym ciągu zastanawia się nad stosunkiem tegoż barwnika do gruczołów nadnerkowych. W danym wypadku przy zupełnym zaniku lewego gruczołu nadnerkowego, a znacznem zmniejszeniu prawego, nie obserwowano téj obfitości barwnika, jak to zwykle ma miejsce u rasy murzyńskiej. Okoliczność tę u naszego murzyna, tłumaczy autor wpływem warunków, pośród których znajdował się murzyn od dzieciństwa. Przytacza też postrzeżenia *Pruener-Beya*, *Brown-Sequarda*, prof. *Broca* z których jednak nie można żadnych pewnych wyciągnąć wniosków.

Rozprawę swą zakończy autor dołączeniem dwóch tablic z których jedna podaje wymiary ciała wspomnianego murzyna a druga wymiary jego szkieletu z takimiż wymiarami przez *Dra Prunera-Beya* na 25 szkieletach murzynów dokonanemi.

Przeczytawszy powyższą pracę *Dra Kopernickiego*, jeżeli zwrócimy uwagę na szczegółowo podane wymiary ciała i szkieletu, na sposób badania naczyń przez nastrzyknięcie w celu dokładniejszego oznaczenia stosunków anatomicznych, gdy wreszcie przypomnimy sobie, że badania te były robione w improwizowanym prosektorium w obec upałów dochodzących 38° R., musimy oddać słusność mozolnej i sumiennej pracy autora.

Następnie spotykamy pracę *Dra Lucyana Rydla* pod tytułem: *Wyjaśnienie niektórych zjawisk jaskry* (Glaucoma) *ze stosunków anatomicznych i zasad fizjologicznych.*

Pracę tę poznaliśmy już dawniej, dlatego ją pomijam przechodząc do następnej.

Kilka słów o wartości niektórych nowszych badań chłonnic w powszechności, tudzież o naczyniach limfatycznych krtańi przez Prof. Dra Tejchmanna. System kapilarny naczyń chłonnych ostatniemi dopiero czasy zwrócił uwagę uczonych. Autorowi należy się zasługa, gdyż on pierwszy umiejętnie zajął się ich śledzeniem, owoce swój pracy ogłosił w Lipsku 1861 r. pod nazwą: *Das Saugadersystem vom anatomischen Standpunkte*, i w niej wskazał metodę badania.

Nikt już dziś nie wątpi, że jedynym środkiem dla badania naczyń limfatycznych jest nastrzykiwanie. Otóż prof. T. kładzie nacisk, aby to nastrzykiwanie było dokonywane z całą ścisłością do chłonic, gdyż w przeciwnym razie massa rozplywa się między tkankami, powstają tak zwane wynaczenia, które całkiem zmieniają obraz rzeczy i prowadzą do mylnych rezultatów.

Co do początku naczyń chłonnych najpierwsi fizyologowie nie zgadzają się między sobą.

Autor w niniejszej pracy tłumaczy, że powodem owych niezgodnych rezultatów było nieściśle, nie należyte przeprowadzenie doświadczeń. Naprzód bowiem jedni nastrzykiwali na los szczęścia, innym wydało się że nastrzykiwanie ręczną strzykawką niemałej wymaga wprawy i postarali się czynność uprościć za pomocą sztucznej maszynki. Niektórzy uważali znowu barwniki ziarniste za niedostateczne i zaczęli używać barwników w wodzie rozpuszczalnych, które jak wiadomo, przy zwiększonym ciśnieniu, z łatwością przesiakają przez ściany naczynia i zabarwiać mogą sąsiednie tkanki.

Z powodu więc rozmaitych metod badania powstały różne teorie i przypuszczenia o początku naczyń limfatycznych.

Ludwig uważa szpary Henlego, w tkance łącznej za początek naczyń limfatycznych, His i Frey przyjmują kanały bez ścian w tkance łącznej, samą zaś tkankę łączną uważają Ludwig, Toms, Mac-Gilawry, Zawary-

ki n za tkankę limfonośną, której pojedyncze włókienka stanowią tylko przegródki. W obec różności poglądów professor T. śmiało wypowiada swe zdanie, że najdrobniejsze naczynia limfatyczne, posiadają własne swe ściany, niektóre z nich nawet opatrzone nabłonkiem, i objaśnia, że owe błędne rezultaty wspomnianych fizjologów ztąd powstały, że po największej części mieli do czynienia z ekstrawazatami, czyli że wynacznienia sztuczne uważali za same naczynia limfatyczne. Dalszy ciąg pracy jest dopełnieniem dziełka o chłonicach wydanego przed 10 laty, w którym jak sam autor wspomina dla nawału pracy, zaledwie w kilku słowach o naczyniach limfatycznych krtani napomknął. Tu więc mówi autor, że błona śluzowa krtani posiada liczne naczynia limfatyczne, które tworzą delikatne siatki, że te naczynia również jak krwionośne przedstawiają odrębne kanały mające swe ściany bez żadnych otworów.

Nabłonka w nich pomimo starannego poszukiwania nie można było wyśledzić. W dalszym ciągu podaje przebieg naczyń limfatycznych w różnych okolicach krtani, i za pomocą nastrożykiwań dowodzi, że wyłączną ich siedzibą w krtani jest błona śluzowa.

Powyższa praca wykonana z całą ścisłością i znajomością metody badania stanowi ważny przyczynek dla nauki o naczyniach chłonnych w ogólności, a w szczególności dla naczyń limfatycznych krtani, gdyż dotąd co do początku naczyń limfatycznych w pojedynczych przyrządach mało dokładnych posiadamy postrzeżeń.

Najczynniejszym był prof. Dr. Biesiadecki. Spotykamy w owym Roczniku kilka prac jego oddzielnych a mianowicie:

Badania co do sposobu w jaki tworzą się pęcherzyki i odradza się przybłonek na pletwie żaby.

Arnold i Heller badali rozwój nabłonka, śledząc sprawę zablizniania na żywych żabach. Według Arnolda komórki nabłonkowe powstają w skutek sprawy bruzdkowania (Furchungs process) z pierwotworu t. j. z produktu wypocinowego istniejących komórek nabłonkowych i skóry.

Heller widział dzielenie jąderka na 2 części a następnie podział treści komórki. Białym zaś ciałkom krwi w całej sprawie odradzania nie przypisuje żadnego znaczenia. Rezultaty przez nich otrzymane nie zgadzały się między sobą, dla tego też autor przedsięwziął nowe poszukiwania w tym względzie. Doświadczenia robił na pletwie żaby, takowe szczegółowo opisuje, jako też metodę badania.

Śledząc przebieg odradzania się nabłonka uwzględnia czy warstwa śluzowa w całości czy też częściowo została od skóry oddzieloną. Profesor Biesiadckiego obserwował zwykle że po 6 godzinach występowały ciała białe z naczyń z razu w tkaninach skóry a następnie na jej powierzchni—zjawiało się w nich podłużne jądro a po upływie 24 godzin miejsce pozbawione nabłonka pokrywało się kilkowarstwowym pokładem komórek. W dalszym ciągu zastanawia się nad powstawaniem komórek barwnikowych między nowo wytworzonymi komórkami nabłonka i sposobem ich rozmnażania.

Drugą pracę prof. Biesiadckiego stanowi: *Przyczynek do anatomii patologicznej kiły w jelitach* (Syphilis intestiuorum). Podaje tu autor 3 przypadki zmian patologicznych w kiszkach cienkich spowodowanych przymiotem.

Przypadek I. Mężczyzna silnie zbudowany lat 51, żadnych ciężkich chorób nie przebywał, w ogóle, dobrem cieszył się zdrowiem. Przybył do szpitala z objawami wiądu rdzenia pa-cierzowego (Tabes dorsualis) prócz tego z wyraźnymi wtórnymi cechami przymiotu i w krótkim czasie życie zakończył. Badanie pośmiertne: W dolnej części jelita czczego i w całym jelicie biodrowym w miejscach odpowiadających gruczołowi Peyer'a nacieczenia masą szaro-żółtawą do 2" długie, pierścieniowate, obejmujące wszystkie warstwy. W pośrodku każdego tak zmienionego miejsca znajdował się wrzód wielkości centa, podługowaty, ułożony na miejscu odpowiadającym gruczołowi Peyer'a, Dno tych wrzodów utworzone przez zgrubiałą, zewnętrzną część błony podśluzowej było gładkie z brzegami ostro wzniesionymi nakształt wału.

Otrzewna pokrywająca wspomniane miejsca powleczonea była wrzekomą błonką. Rozgałęzienia naczyń limfatycznych przepełnione zgęstniałą limfą a w punktach zbieżnych tychże naczyń spostrzegano drobne guziczki.

Poszukiwanie mikroskopowe wykazało, że owe naciekle ogniska we wszystkich warstwach przepełnione były tak zwanymi komórkami wypocinowemi, gdzie niegdzie niezmiennymi a po większej części zawierającemi tłuszcz drobno-ziarnisty. Dno wrzodu tworzyła zbita tkanka łączna. Zgrubienia otrzewnej również pochodziły od nacieku komórkami wypocinowemi. Przytoczywszy powyższe zaburzenia, sam autor stawia sobie pytanie, czy zmiany w kiszkiach znalezione uważać należy jako spowodowane przymiotem, czy też u indywiduum syfilitycznego wywołane zostały jakąś inną przyczyną.

Podobne zmiany mogłyby pochodzić od gruźlicy, durzycy brzusznej, białaczki (Leukaemia), lub kataru kiszek, takowe powody szczegółowo autor rozbiera i po wykluczeniu wszelkich możliwych przyczyn przychodzi do wniosku że w danym wypadku zmiany znalezione w kiszkiach musimy uważać jako spowodowane przymiotem. Rozpoznanie swe usprawiedliwia zarówno wywodem choroby (anamnesis), jako też wyraźnymi objawami téj choroby na błonie śluzowej pod firmą lepieży (plaques muqueuses) a na skórze wyraźnymi stwardnieniami (tubercula syphilitica), oraz łuszczycą na dłoniach i podeszwach (Psoriasis palmaris et plantaris).

Następne dwa przypadki dotyczyły noworodków z których jeden liczył dni 13, a drugi 10, obadwaj przyszli na świat z wyraźnymi objawami bąblicy przymiotnej (Pemphigus syphiliticus). W kiszkiach cienkich obserwowano zmiany jak u dorosłego mężczyzny. Prócz tego u pierwszego noworodka stwardnienia guziczkowate (gnmmata syphilitica) w żołądku, u drugiego w płucach i w wątrobie charakterystyczne zmiany właściwe przymiotowi.

W dalszym ciągu swój pracy, przytacza autor opisy podobnych wypadków Forster'a, Roth'a Eberth'a Schott'a i wielu innych i porównywa ze swemi obserwacjami.

Powyższą pracę notujemy z przyjemnością, gdyż zmiany przymiotowe kiszek rzadziej nam się zdarza spotykać i ogłoszone obserwacje w tym względzie nie są zbyt liczne.

Następna praca prof. Biesiadckiego nosi tytuł:

O nowej zatoce otrzewnej w której mogą powstawać przepukliny wewnętrzne, tudzież o torbielach, które uchodzić mogą za przepukliny pachwinowe.

Dotąd przyjmowano powszechnie trzy zatoki otrzewnej (fossae peritonei) w których powstawać mogą przepukliny wewnętrzne t. j. zatokę dwunastnico-czczową (fossa duodeno-jejunalis, międzyesową (f. intersigmoidea), i pozakątnicową (f. subcoecalis).

Autor jako czwarte miejsce podaje jamę biodrową gdzie z powodu nieodpowiedniego wykształcenia górnej części powięzi biodrowej (fascia iliaca) otrzewna może się wsuwać pomiędzy też powięź i mięsień biodrowy. Wspomina autor, że zdarzyło mu się obserwować 6 przypadków tego rodzaju przepuklin z których 3 szczegółowo opisuje.

Przypadek I. Wiktorya S., lat 30 zmarła na zapalenie ropiaste płuc.

Otwór w powięzi biodrowej lewej był wielkości talara. Okrężnica zstępująca w miejscu przejścia na jelito esowate wsunięta była do jamy biodrowej lewej (fossa iliaca sinistra) na 2".

Zajmującym też w tym przypadku była torbiel, wielkości małego jaja kurzego stercząca z wewnętrznego otworu kanału pachwinowego do jamy miednicy, o ścianach przezroczystych, płynem wodnistym wypełniona. Podobna torbiel wychodziła z otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego, skierowana ku wielkiej prawej wardze w miejscu gdzie zwykle znajdują się przepukliny pachwinowe. Płyn torbieli zewnętrznej pozwalał się przenieść do torbieli wewnętrznej.

Przypadek II. Katarzyna D., lat 80 zmarła na gruźlicę 1 Lipca 1870 roku.

W tym razie otwór prowadzący do zatoki po za powięzią biodrową leżący, był wielkości dwóch talarów a w nim kawałek pętli okrężnicy (diverticulum) wsunięty. Prócz tego zatoki

międzyesowa i pozakątnicowa były wykształcone, a po lewej stronie przepuklina pachwinowa wewnętrzna.

Przypadek III. Józef K., szewc, lat 66 zmarł na zapalenie płuc.

W dole biodrowym po obu stronach zatoki, do lewej wsunięta pętla okrężnicy zstępującej na 1". Zatoka międzyesowa i pozakątnicowa — rozwinięte. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu, że choć otwór do zatoki prowadzący był niewielki, to pomimo tego cała pętla była wsunięta.

Opisawszy szczegółowo te 3 przypadki wykazuje dalej autor, że jak we wszystkich przepuklinach tak i w danym wypadku istnieją znamiona prawdziwej przepukliny a mianowicie: że otwór do przepukliny prowadzący znajduje się w powięzi biodrowej, że worek przepuklinowy stanowi otrzewna wiotką tkanką do powięzi biodrowej przyczepiona, treść zaś przepukliny stanowi dolna część okrężnicy zstępującej.

W dalszym ciągu swój pracy zastanawia się autor do jakiego rodzaju zaliczyć tę przepuklinę, do wewnętrznych czy też do zewnętrznych. Ponieważ przepuklina ta w obserwowanych przez autora wypadkach nie wystąpiła po za jamę brzuszną przeto zalicza ją do przepuklin wewnętrznych. Dodaje jednak że w niektórych wypadkach przy rozluźnieniu wiotkiej tkanki łącznej wiążącej mięsień biodrowy z powięzią biodrową, przepuklina ta mogłaby się zsunąć ku dołowi wzdłuż mięśnia biodro-łędźwiowego (m. iliopsoas) aż pod wiąz P o u p a r t ' a i przedstawiałyby wtedy przepuklinę udową zewnętrzną. Powyżej opisaną przez siebie przepuklinę nazwał autor biodrowo - pozapowięziową (hernia iliaco - subfascialis). W dalszym ciągu rozbiera autor przyczyny powstawania wspomnienj przepukliny.

Co się tyczy torbieli o której w przypadku I była wzmianka, autor objaśnia, że w przewodzie pachwinowym znajduje się wypustka otrzewnej (processus vaginalis peritonei), która u zarodka żeńskiego sięga do zewn. otworu kanału pachwinowego jako wyrostek N u c k a (processus N u c k i i), który zazwyczaj zanika i przedstawia u kobiety wiąz N u c k a

(ligam. N u c k i i). W danym wypadku wyrostek N u c k a nie zarósł się i przewód pachwinowy przedstawiał kanał do koła wysłany otrzewną. Wiąz obły (ligam. teres) przechodził przez kanał pachwinowy i kończył się na dnie ślepem wyrostka N u c k a i tam tworzył małe torbieleki sterczące do jamy tegoż wyrostka. Jedna z tych torbieli znacznie się zwiększyła a nie mogąc się pomieścić w kanale pachwinowym występowała z niego otworami na zewnątrz i wewnątrz pod formą guzów.

Uwzględnienie torbieli w podobnych razach jest ważne, ma to bowiem praktyczną wartość, mianowicie przy operacjach uwieczonych przepuklin pachwinowych.

Czwartą z kolei pracę prof. B i e s i a d. stanowią: *Dwa przypadki wad utworowych serca.*

W niniejszej pracy podaje autor 2 przypadki wad rozwojowych serca, które z powodu rzadkości zasługują na wzmiankę.

Przypadek I. Wyrobnik lat 27, obszerne próchnienie kości biodrowej, przerodzenie mączkowate wątroby i nerek, puchlina ogólna.

W prawej komórce serca mięsień walcowaty do 3^{'''} gruby a 11^{'''} długi łączył przegrodę komórek z przednią ścianą prawej komórki, a rozciągał się od przodu i dołu ku tyłowi i ku górze. Mięsień ten walcowaty uważa autor za nieprawidłowo przebiegający mięsień sercowy (trabecula), który powstał nie z powodu zmian chorobnych, ale z przyczyny, nieprawidłowego związku w tworzącem się sercu płodu.

Zmian patologicznych na wsierdziu nie było żadnych. Komórka prawa, mianowicie jęj sciana przednia, w niektórych miejscach była cieńszą nad pół linii, potrzeba więc było dla umocnienia owego mięśnia walcowatego, któryby łączył ścieńczałą ścianę z przegrodą komórek. Wreszcie mięsień ów przebiegał nieprawidłowo w $\frac{1}{3}$ części górnej, co wszystko razem przemawia za wadą pierwotnego rozwoju.

Przypadek II. Wyrobnik 30 letni, cierpiał na gruźlicę płuc i chorobę B r i g h t'a.

Serce przedstawiało następną wadliwość: Nitka ścięgnięta grubości cienkiego drutu, gładka, łączyła zastawkę otwo-

ru jajowatego z kilkoma nitkami ścięgnistemi zostawki dwudzielnej. Czy były jakie objawy za życia ze strony serca, nie wiadomo, gdyż karta szpitalna nie objaśnia.

Autor i w tym przypadku twierdzi, że takowa nieprawidłowość musiała powstać przy pierwszym zawiązku serca i należy ją również uważać za wadę rozwojową, nie zaś za zmianę patologiczną, gdyż wsierdzie żadnych śladów przebytej choroby nie przedstawiało. Na poparcie swego zdania przytacza autor badania Baera, Rathkego, Meckela, Webera, Valentinera, Köllikera i swoje własne, i dowodzi, że w 3 miesiącu życia płodowego dwie wspomniane powyżej zastawki są w bezpośredniej z sobą styczności — a więc usprawiedliwia możliwość powstania wady rozwojowej w danym wypadku. Obie te wady rozwojowe były niższego stopnia, nie pociągnęły żadnych wyraźnych zaburzeń w krążeniu, a godne uwagi, jak to już wspominałem z powodu swjej rzadkości.

Na ostatek spotykamy pracę profesorów Rosnera i Biesiadeckiego pod tytułem: *Przyczynek do anatomii pierzchnicy wypocinowej czerwonej* (Lichen exsudativus ruber).

Prof. Rosner podaje że w r. 1866 przybył na kurację do kliniki młody człowiek, dobrze odżywiony, z wysypką całego ciała z wyjątkiem skóry na głowie i częściach rodnych. Wysypka składała się z drobniutkich guziczków blado-czerwonych wielkości ziarna prosa, a po zlaniu się tychże, skóra przedstawiała się czerwoną, zgrubiałą, suchą i cienkimi łuskami pokrytą. Najwyraźniej te zmiany występowały na rękach i nogach.

Powyższe cierpienie skórne rozpoznane zostało jako pierzchnica (Lichen benignus). Wspomniony chory po użyciu stosownych środków jako uleczony opuścił klinikę i przez półczwarta roku dobrem zdrowiem. We Wrześniu 1870 r. znów przybył do kliniki z objawami na skórze powyżej opisanemi.

Chory ten poddany został ścisłej obserwacji klinicznej, której wynikiem było następane postrzeżenie. Że guziczki pierzchnicy łagodnej z początku są bardzo drobne, wielkości główki od szpilki, a powiększając się dochodzą do wielkości ziarna

prosa, gdy guziczki pierzchnicy czerwonej raz powstałe wcale się nie zmieniają ani pod względem formy ani też wielkości. Guziczki pierzchnicy łagodnej są bardzo powierzchownie ułożone i dlatego też zgrubienie skóry ogranicza się do warstwy powierzchownej, gdy zgrubienie skóry w przebiegu pierzchnicy czerwonych dalego głębiej sięga. W pierwszej nie ma także owego napięcia skóry co według H e b r y ma być charakterystycznym dla pierzchnicy czerwonych.

Dla śledzenia zmian anatomio-patologicznych wycięty został kawałek skóry z uda. Badanie mikroskopowe wykazało następujące zmiany:

Brodawki skórne w środkowym zakłębieniu guziczka były wąskie i krótsze. Warstwa śluzowa (rete mucosum Malpighi) odpowiadająca zmienionym brodawkom o wiele była węższa niż w otoczeniu wklęsłości guziczka, jako też węższa niż w skórze prawidłowej. Wyniosłość,— będąca główną częścią guziczka pierzchnicowego a otaczająca w kształcie wału wspomnianą powyżej wklęsłość, przedstawiała brodawki wydłużone i znacznie szersze, warstwę śluzową nad temiż brodawkami także szerszą. Właściwa skóra (corium) przedstawiała następujące zmiany:

W środku guziczka, w miejscu odpowiadającym zanikowi brodawek, miadzra skóry w całej grubości była zmarszczona, a włókna tkanki łącznej gęsto skupione. Naczynia krwionośne— wąskie, próżne, lub zaledwie dostrzegalne.

W obwodowej części guziczka występowały zmiany jak to bywa w największej liczbie chorób wypocinowych. Naczynia krwionośne były rozszerzone; i im dalej od środkowego czyli zanikłego miejsca guziczka, tem obficie występowały drobne wyznaczniki, przedstawiające się jako kupki czerwonych komórek. W dalszym ciągu swjej pracy uwzględnia autor zachowanie się włosów, torebek włosowych, gruczołów potowych i łojowych. Włosy przechodzące w bliskości zanikłej części guziczka były zupełnie prawidłowemi. Jeden włos przedstawiał rozszerzenie torebki, inny znów rozstrzępienie korzenia. W ogóle zboczenia pod tym względem były całkiem nieznaczne, zaś zboczenia co do gruczołów potowych i łojowych—były prawie żadne.

Zestawiwszy zmiany anatomo - pa'ologiczne znalezione w danym wypadku z opisami pierzchnicy wypocinowój czerwonej (Lichen exsudativus ruber) przez Hebrę i Neumanna podanemi, zwraca uwagę autor, iż zmiany przezeń obserwowane o wiele były łagodniejszymi. Tak więc zarówno obserwacya kliniczna, jako też badaniem mikroskopowem stara się autor wykazać, że obserwowaną przezeń forma pierzchnicy nie możemy uważać ani za Lichen serophulosus, ani też za zwyczajną pierzchnicę wysiękową czerwoną (Lichen exsud. ruber) ale należy przyjąć formę oddzielną, której udzielił nazwę Lichen benignus. W ogóle co się tyczy pierzchnicy wysiękowej czerwonej wiemy; że jest chorobą bardzo rzadką, że przeważnie występuje u mężczyzn pomiędzy 20 i 35 rokiem życia, że wreszcie jest chorobą absolutnie śmiertelną.

Powyższa obserwacya ze ścisłością kliniczną przeprowadzona zmienia dotychczasowe pojęcia nasze o pierzchnicy wysiękowej czerwonej i pozwala w samym początku cierpienia na rokowanie co do życia chorego.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zjazd lekarzy i przyrodników w Poznania.

W Przegl. Lekarskim czytamy następujące ogłoszenie:

„Ważne względy spowodowały wydział gospodarczy do odroczenia drugiego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich do przyszłego roku. Donosząc o tem, proszę szanownych współuczestników Zjazdu, aby raczyli zawiadomić mnie w którym czasie życzą sobie aby Zjazd do skutku przyszedł czy w drugiej połowie Lipca, czy też w pierwszej Października. Do większości zdań objawionych zastosuje się wydział prawny.

Poznań d. 24 Czerwca 1871 r.

Dr. M a r e c k i, prezes wydz. gosp.

„Szanowne redakcje pism lekarskich i innych polskich uprasza, się aby łaskawie raczyły doniesienie to w ramach swoich umieścić.“