

# BARWIKOWICA \*)

(*Retinitis pigmentosa*)

## I CHOROBY PAMIĘCI, WOLI I MOWY.

Opracował

K. NOISZEWSKI.

Nieprawidłowe zabarwienie siatkówki spotykamy niezmiernie często. Sposób zabarwienia i nasilenie bywa różnym. Czasem tylko tło bywa jakieś szare, to znowu czarne jak atrament plamy leżą przy tarczy i na osi zrenu (widzenia) — plamce żółtej, pozostawiając resztę siatkówki niezajętą. Innym razem dno oka wygląda jak skóra tygrysa czarno cętkowana. — Niektórym barwиковicom (zwyrodnieniom barwиковym) towarzyszą zmiany chorobowe naczyńki: wydma przytarczowa (garbiec czyli górniak tylny) (*staphyloma posticum*) i miejscowa utrata przybłonka barwиковego. Otóż gdy przy jednych formach barwиковicy (zw. barwnиковego) prawie zawsze występują znaczniejsze zmiany naczyńki, przy innych znowu prawie nigdy takowych nie bywa. Wiadomo, że zejściem częstym chorób naczyńkiowych bywa utrata barwika, albo wystąpienie jego nieprawidłowemi kupami w siatkówkę.

Drugą formę barwиковicy (zw. barwnиковego), zwykle zwaną *retinitis pigmentosa* tłumaczą rozrostem przybłonka barwиковego, jakkolwiek badania drobnowidzowe (ALT *Compend. hist. d. Auges*) nie przemawiają zatem wy-

---

\*) Stosownie do życzenia autora pozostawiamy język jego bez zmiany. Ponieważ jednak wiele wyrazów, choć bardzo malowniczych i trafnie w duchu języka uchwyconych niezupełnie byłoby zrozumiałemi dla czytelnika, przeto powszechnie używane terminy dołączamy przy takich wyrazach w nawiasie.

(P. Red.)

Pam. T. L. t. 83, Z. II.

12

rażnie: nowotworzone komórki nie zawierają barwiku, przynajmniej pierwotnie. Co do mnie stawiałem sobie często pytanie dla czego w oku zupełnie zdrowym nie widać zupełnie barwiku. Jeżeli temu przyczyną są warstwy siatkówki, to czemu nie pozwalając nam widzieć warstwy barwikowej, z utratą téjże pozwalają tak dokładnie nawet widzieć tło naczyńówki. Postaramy się na to odpowiedzieć w końcu niniejszego opracowania.

Już oddawna zauważono, że barwikowice (zw. barwnikowe), mianowicie t. zw. *retinitis pigmentosa* jest wyrazem często bardzo ważnych zbroceń w czynnościach mózgu. Zauważono, że *retinitis pigmentosa* towarzyszy głuchoniemocie, idiotyzmowi, ale, o ile mi wiadomo, nikt dotąd nie badał chorób pamięci przy tém cierpieniu. Zrobiłem dotąd 69 spostrzeżeń barwikowicy (zw. barwnikowego) różnych form i objawy zaniku pamięci występowały często tak wybitnie, iż zdaje się nie pozostaje wątpliwości o bardzo ważnym znaczeniu patagnostycznym *retinitis pigmentosa* w chorobach pamięci.

W teoryjach pamięci po dziś dzień panuje wielki zamęt. Postrzeganie pierwotne (kolory) i nabyte (kierunek) BERKELEY'a, pamięć jako widzenie w czasie lub TAINÉ'a wiara w chwilowy realny byt wyobrażanych rzeczy są dla naszego opracowania zupełnie nieprzydatne. Praca prawdziwego przyrodnika powinna być jasną, wypadną z nagromadzonego materiału spostrzeżeń i doświadczeń. Pamięć dla nas jest bierną — błonową, lub czynną — mięśniową: czuję dotknięcie i czuję, że dotykam. A więc w pierwszym wypadku zapamiętam owo dotknięcie, w drugim zapamiętam skurcz pewnych gromad owych mięśni + dotknięcie.

Każde dotknięcie jest obrazem: na skórze, siatkówce, błonie bębenkowej. Każdy skurcz mięśni jest wyrazem woli. Mamy zatem pamięć obrazów i wyrazów. Wyraz jest obrazem woli. Po polsku „wolić“ znaczy wybierać coś. I rzeczywiście wyraz jest zawsze albo obrazem w o l i

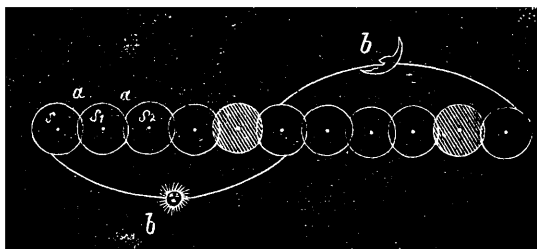
wybijającą — odruchy świadome; albo woli raz na zawsze wybranej t. j. uznanej raz na zawsze za najlepszą — odruchy nieświadome; wiadomo bowiem, że każdy odruch dzisiaj nieświadomy był pierwotnie świadomie ćwiczonym. Pierwsze możnaby nazwać rozumowemi, — drugie umnemi. Jak odruchy nieświadome całkiem przechodzą w zarząd pamięci, tak odruchy świadome, wybierające się z pośród wielu innych niepotrzebnych — zależą od woli, a tylko pośrednio od pamięci, gdyż pamięć obrazów i wyrazów koniecznie musi wpływać na wybór tego lub innego odruchu, albo téj lub owéj kolei odruchów.

Gromadę mięśni jednocześnie się kurczącą i złączoną w jedność jednym ośrodkiem woli lub pamięci przyjmujemy za człon. Jednoczesne skurcze dwóch gromad mięśniowych o różnych ośrodkach muszą być uważane za osobne człony, naprzykład chodzić i kręcić papierosa. Ale téż kilka członów może być połączonych w jednoskurczu jakimś nowym środkiem wyższego rzędu, naprzykład jednoczesne podnoszenie dwóch rąk przy piłowaniu. Połączenie kolejne kilku członów nazywać będziemy szłonieniem, naprzykład kolejne kurcze palców w gammie.

Człony woli zwykle nie są dokładne i grzeszą nadmiarem odruchów: „nie tylko ręką, ale językiem, twarzą i nogą porusza dziecko uczące się pisać“. (LEWES. *Problems of life and mind*. Str. 57). Jak widzimy, nie są więc to jeszcze człony, ale tylko gromady mięśniowe, które następnie ćwiczeniem zostaną wyosobnione. Jedną więc z części składowych woli jest moc odosobnienia, która téż następnie staje się pamięcią. Nie wsze obrazy i wyrazy dochodzą do naszej świadomości i pozostają w pamięci. Dochodzą tylko te, które zwróciły naszą uwagę. A i części jednego obrazu nie jednako mają nasze zmysły. Każdy obraz ma swój ośrodek, który ima się naosną częścią zrenu (widzenia) — plamką żółtą. Za najmniejszym poruszeniem głowy lub oka ten ośrodek się posuwa, a wraz z tém po-

wstaje i nowy obraz, bo nowy mający ośrodek. Były zaś ośrodek obecnie się znajduje już w części obwodowej obrazu. Tak tedy obrazy spajają się bokami. Jeden i tenże przedmiot może jednocześnie wrazić się w różne części naszego ustroju. Naprzykład rzeka: ruch i barwa dla wzroku, szum fal i plusk dla ucha; wilgoć i świeżość dla powonienia; mokrość i zimno dla dotyku. W gruncie zaś rzeczy wsze to razem stanowi jeden obraz, a tylko każdy z naszych zmysłów specjalizuje go. Włożywszy rękę w dzwon i ręką czujemy dźwięk, ale już tylko jako drżenie powietrza (Tyndal). Uderzywszy oko, czujemy podmiotowe uczucie światła. Obrazem tedy zwać będziemy całość z odczucia przez ustrój z pewnym utkwieniem w danej chwili, t. j. z zwróceniem uwagi szczególnie (wyłącznie) na pewną część całości lub nawet na pewny punkt jego. Wraz z nowym utkwieniem (ośrodek całości) powstaje i nowy obraz (całość). Ponieważ w następnym całości pozostają części z uprzedniego całości, więc owa to pozostałość jest spójnym, łączącym całości pomiędzy sobą w przestrzeni i czasie.

Kolej obrazów i wyrazów zaszłych jednocześnie z trwaniem jakiegoś innego obrazu, (który uczestniczył w tych samych całościach), utrwała się wraz z nim w pa-



mięci i podporządkowuje jemu. Te długo trwające obrazy, jako stałe całej kolei całości — służą często miernikami czasu. Takimi miernikami są: dzienne trwanie obrazu słońca, kilkonocne trwanie którejs z odmian księżyca.

Wśród tej niezmierniej ilości obrazów tylko niektóre bywają wybitne — świadome, ale i wybitne i niewybitne, i świadome i nieświadome wiążą się pomiędzy sobą w jeden nierozzerwalny łańcuch, którego ciągłość przerywa się wraz z życiem. Tylko epileptycy mają w tym łańcuchu braki.

Rys. 1. przedstawia szematycznie ów ciąg obrazów, spojonych bokami i połączonych w gromady stałemi obrazami słońca i księżyca.

*S* oznacza utkwienie (ośrodek całowrazu); *a* — spoje. Ciemniejsze kółka — wybitne, bardziej świadome i co za tém bardziej pamiętne obrazy; *b, b* — stałe części wszystkich całowrazów — mierniki czasu.

Pamięć jest to zdolność zachowania śladów od obrazów świata zewnętrznego i wyrazów naszej własnej woli.

Dwa ogólne prawa rządzą pamięcią:

- 1) Prawo tożsamości.
- 2) Prawo styczności.

Pierwsze polega na tém, że poruszają się też same i tak samo włókna nerwowe, które już raz w téjże liczbie i w tymże stopniu poruszane były.

Drugie polega na tém, że część ośrodkowa (utkwienie) jednego całowrazu stanowi część obwodową drugiego. Styczność takowa będzie inoczesną. Jednoczesną styczność zaś mają części jednego obrazu <sup>1)</sup>. Jak już wspomnieliśmy czas trwania jednego całowrazu ciągnie się tak długo, aż się zmieni utkwienie uwagi.

Rozróżniałem przy badaniu chorych następujące cztery rodzaje pamięci:

1) Pamięć tożsamości <sup>2)</sup> albo pamięć bezpośrednia (poznanie).

<sup>1)</sup> Jak widzimy w tożsamości zawiera się też styczność.

<sup>2)</sup> A jest A. Ta pomarańcza jest tą pomarańczą. Tak, ale tylko dla tego, że zawiera wszystkie też same cechy. Gdyby zaś znalazł inną, mającą zupełnie też same cechy nie tylko stałe, ale i przy-

Nie zależy ona ani od uprzednich całowrazów ani się wiąże ze stałymi obrazami. Potrzebuje ona tylko powtórzenia zjawiska. Przypomina ona bardzo geometryczne prawo zetknięcia się figur równych. Podniesiony wówczas do świadomości zapomniany obraz na mocy prawa współczesnej styczności ujawnia różnice między pierwszym a wtórym wrażeniem zjawiska. Tu należy pamięć osób, przedmiotów i miejsc. Na dowód, że pamięć takowa wymaga tylko zetknięcia, służyć może znany wypadek (CARPENTER *Mental Physiology*) podany według RIBOT'a (Choroby pamięci).

„Młody człowiek wybrał się z przyjaciółmi na wycieczkę do zamku w hrabstwie Essex, którego, o ile pamiętał, nigdy jeszcze nie widział. Zbliżając się do bramy wjazdowej, doznał takiego wrażenia, jak gdyby już znał tę miejscowość; zdawało się mu, że widział już kiedyś tę bramę; przypomniał sobie, że wtedy jacyś ludzie siedzieli w zamku na górze, a na podwórzu na dole stały osły. Zdziwiony dowiedział się od matki, że mając zaledwie szesnaście miesięcy, został on przywieziony w koszu na osle podczas wycieczki; że pozostawiono go na podwórzu wraz z osłami i ze służbą, podczas gdy starsi udali się na górę do zamku, aby tam zjeść coś“. — Przypomnienie to jest opartem tylko na prawie tożsamości, gdyż jakkolwiek 16-to miesięczne dziecko odbiera wrażenia, nie mają one u niego świadomej ciągłości. Dla nas ważnym bardzo jest w tym przykładzie, że człowiek ów poznał i to, czego obecnie nie było t. j. osłów i służbę. Dowodzi to jaknajzupełniej prawa styczności, współczesnej w jednym obrazie <sup>1)</sup>).

---

padkowe, wówczas i inna pomarańcza mogłaby zostać tą pomarańczą. Każdą rzecz imamy jako sumę pewnych przymiotów i nie więcej.

<sup>1)</sup> CHARCOT podaje ciekawy przypadek, gdzie chory raptownie utracił zdolność pamięci znajomych twarzy. Znajome osoby wydawały

2) Na prawie styczności współczesnej całowrazu polega drugi rodzaj pamięci: P a m i ę ć z n a k ó w , p o m n i k ó w i n a z w . Obecność części przypomina całość. Naprzykład zawiązany węzełek za ukazaniem się budzi całowraz chwili zawiązania go. Jakiś zapach przypomina nam obrazy z dzieciennych lat, któreśmy byli zupełnie zapomnieli. Pomieszany zapach jodełki i woskowanej podłogi wyzywał u mnie zawsze obraz domu méj ciotki, chociaż byłem tam mając zaledwie 4-ry lata.

Do całowrazu pewnej chwili wprowadzamy jakiś znak lub nazwę. Zjawisko, wyzywające owo wrażenie, może się odmienić, może się nie powtórzyć, ale znak lub nazwa jest niezmienną i za ukazaniem się na mocy prawa pamięci styczności współczesnej budzi ślady dawnych wrażeń. Ludzie niezmiernie wczesnie zaczęli korzystać z téj zdolności naszego umysłu, tworzyć znaki, nazwy i pomniki. Z naszego poglądu takim pomnikiem będzie zarówno zarąbka lub nacięcie na drzewie, które robią dzicy dla zapamiętania dróg, jak i posągi bogów, zwycięstw lub wielkich ludzi. Kamień lub figura budzi w nas z koniecznością prawa fizycznego pewne stałe do nich przywiązane obrazy.

Tożsamo nazwy — czepią się one przedmiotów, wyosabniają je i przypominają nam wtedy nawet, gdy widzimy je po raz pierwszy.

3) Już wspominaliśmy, że całowraz zmienia się wraz ze zmianą utkwienia uwagi. Pozostaje jednak w następnym całowrazie wiele z uprzedniego. Ztąd przypomnienie jednego całowrazu przypomina nam i te, które zawierają w sobie jakies części przypomnianego. Jest to prawo styczności różnoczesnej. Pamięć ta jest niezmiernie ważną, gdyż pozwala nam wiązać nasze wspomnienia, tworząc z nich nieprzerwany łańcuch od urodzenia się naszej świadomości aż do jéj śmierci. Pamięć tę nazwaliśmy p a

---

mu się zupełnie obcemi. Toż samo ulice i domy. Sam siebie nie poznawał w zwierciadle.

mięcią kojarzeń albo pamięcią ciągłości<sup>1)</sup>. Dwa są sposoby przypominania tego rodzaju: albo idziemy wstecz od obrazu do obrazu, aż dojdziemy do potrzebnego nam; albo, jak też bywa zwykle, chcąc przypomnieć zapomniany obraz cofamy się wstecz do jakiegoś dobrze pamiętanego całowrazu i szukamy wśród śladów najbliższej z nim skojarzonych obrazów. Następnie nie znalazłszy tam, cofamy się znów dalej lub przeciwnie, postępujemy trochę naprzód do jakiegoś silniej wrażonego obrazu i postępujemy tak samo. Czynnością tą poruszamy ogromną ilość zapomnianych obrazów, które występują już w pewnej ciągłości do utrzymanych dotąd w pamięci i przy którymkolwiek z nich znajdujemy nakoniec potrzebny obraz.

TAINE szczególnie jasno wyłożył ten sposób przypominania.

4) Następstwu w przyrodzie odpowiada naśladowość wrażeń. Jakkolwiek całowraz jest rzeczą, która się w zupełnej całości nigdy nie powtarza, to jednak pojedyncze wraży (części całowrazu) mogą się często powtarzać. Przyczém pewne wrażenia następują zawsze i zawsze po innych. Naprzykład najprzód widzimy chmury, potem deszcz; najprzód słońce zachodzi, potem następuje noc. W codziennym życiu to się z wie z w y c z a j e m. Takie zwyczaje ma niebo: kolejność wiosny, lata, jesieni i zimy; poranku, południa i wieczora. Mają takowe zwyczaje rośliny i zwierzęta. Ma każdy człowiek swój zwyczaj szczególny, każdy naród obyczaje ogólne. Pamięć z w y c z a j ó w niezmiernie nam ułatwia przypominanie. Wypadki przytoczone przez KUSSMAUL'a, gdzie chory używał noża zamiast łyżki, czyli tak

---

<sup>1)</sup> Dzieci, odznaczające się nawet wielką pamięcią tożsamości, zwykle bardzo słabą mają pamięć skojarzeń. 2-letnia dziewczynka B. raz pokazany przedmiot zapamiętywała na zawsze; zapominała jednak zwykle, gdzie co przed chwilą położyła i nie prosi nigdy zabawki, której obecnie nie widzi.



zwana *aprawia*, jest właśnie chorobą tego rodzaju pamięci. Pamięć ta zwykle nazywa się wiedzą. Mówi się: znam tego człowieka, tę książkę, ale — wiem, że koń biega, ptak lata. Poznanie wymaga obecności przedmiotu; wiedza wymaga tylko pamiętania o nim. Poznają tego człowieka, wiem o tym człowieku. Wiedza jest to pamięć stosunków pomiędzy rzeczami; poznanie jest pamięcią samych rzeczy. Często spotyka się osoby przepominające coś w swych zwykłych zajęciach.

Tak tedy mamy: pamięć tożsamości, pamięć pomników (znaków), pamięć ciągłości i pamięć następstwa albo zwyczajów.

Wszystkie te rodzaje pamięci stosują się i do wyrazów. Pamięć kolejności zgłosek w wyrazie należy do pamięci następstwa albo zwyczajów; jest to pamięć szklenia.

„Opowiadałem pewnego dnia o odwiedzinach w szpitalu i pragnąc nazwać mego towarzysza Dr. BASTIAN, wymówiłem najprzód nazwisko Dr. BRIUTAN, poprawiając się natychmiast na nazwisko Dr. BRIDGES, aż nareszcie zdołałem wymówić istotne nazwisko. Nie myliłem się co do osoby, ale niedokładnie zastosowałem gromady mięśni, potrzebne do wymówienia nazwiska. Głoska B. stanowiła element wspólny wszystkim grupom; ona też posłużyła do przypomnienia wszystkich trzech nazwisk“ (LEWES. *page 128*). Rzecz godna uwagi, że szczególnie często zapomina się część słowa po przystawkach: wy, na, prze, za i t. d. Na przykład niezmiernie często słyszeć się daje: „Proszę wy . . . tego, zamiast wybrać, wydać, wyjąć“. Przyczyną tego jest zapewne, że bardzo wiele słów kojarzy się z temi przystawkami.

Zapoznanie pojedynczych brzmień (zapominanie tożsamości wyrazowej) trafia się też dosyć często. Pewny włościanin rosyjski po przebyciu gorączki tyfusowej utracił pamięć j o t y i w słowach opuszczał ją regularnie: padu (= pajdu), nadu (= najdu).

Zapominanie liter i wyrazów musimy odróżniać od niemocy tychże (choroby woli).

Ta ostatnia wyraża się zwykle t. zw. jąkaniem. Jąkanie może być tkowe (spółgłoskowe—tką nazwaliśmy gromadę mięśni w jeden człon ujętą ośrodkiem nerwowym, a stanowiącą zaporę prądowi głosu<sup>1</sup>). Tką (spółgłoską) jest tylko samo zetknięcie części mównych, a wcale nie żadne szmery, jak to przesądza LANDOIS, (*Lehrbuch d. Physiolog. d. Mensch.* str. 637), gdyż samo tarcie części mównych nawet najsilniejsze (naprz. tarcie warg o siebie, lub języka o podniebienie) nie daje żadnego pochwycić się dla ucha dającego szmeru.

Szmer zaś ów powstaje wówczas, gdy o owo zetknięcie uderzy choć najbliższy prąd głosu (= tchu drgającego). Dla tego to jąkający się na pewnych tkach żadnego wówczas głosu nie wydają.

Różnica pomiędzy ogłoskami (samogłoskami) polega jak wiadomo na ustawieniu jamy ustowej. Głos, dobywający się z głośni, dopiero w ustach przybiera cechy odmiennych samogłosek. Stąd to pochodzi, iż człowiek z niewładnymi głosowemi strunami jeszcze może wyszeptać różne ogłoski (samogłoski). Jakość zatem ogłoski zależy od **p o w i e r z c h n i o g ł o s u w u s t a c h**. Nazwy te zdają się nam lepiej tłumaczyć robienie głosek.

Jąkanie na ogłoskach jakkolwiek rzadsze bywa jednak, polega ona zwykle na krótszem powtarzaniu w głosce ogłoski osobno od tki; np.: *człowiek(y) zaachodził(y)*. (Łotyszaniek patrz niżej). Taki rodzaj jąkania jest jakby śpiewem i zwierzęta zawsze go używają. Ciągną one bardzo ogłoski, np. gołąb' *kuuur*, kogut *kuukuu ree kuuu*, krowa *muuu* itd. Jąkanie sylabowe polega na powtarzaniu krotnem jakiejś sylaby np. człowiek — wiek, widział — dział.

Jąkanie zatem jest to samoskurcz pewnego członu mowy, razowy lub krotny.

Tkę każdą i ogłoskę każdą tworzą gromady mięśniowe, w skład których wchodzi wiele pojedynczych mięśni, mających każdy swój ośrodek osobny w omózgu, które to ośrodki łączą się i do innych układów niż mowa, np. całowanie, ssanie, płucie, kaszlanie. Pomiedzy członem ogłoskowym, a tkowym jest zasadowa różnica. Ogłoska otwiera jamę ustową dla głosu, tka opór mu stawi i prąd jego nazad zwraca. Tamta jest ruchem odsiebny, ta dosiebny.

Podmiotowe uczucie naszój woli zawsze wyraża się ruchami odsiebnymi. Przypomnijmy wyprostowaną postawę władców, monarchów i każdego człowieka w chwili, gdy przejmuje się uczuciem godności osobistój. Przeciwnie u idyotów przewaga ogromna mięśni dosiebnych. Chyli się każden człowiek, czując pokorę lub zwątpienie.

Na pobud ustrój odpowiada prądem głosu dotyczącym jedną z tek (zapór głosu), która w ten sposób jakby zamienia sobą ów przedmiot, cośmy go dotknąć chcieli. Zapora zatem czyli tka jest wyrazem przez ustrój owego zewnętrznego pobudu, inaczej powiedziałbym nazwą jego. Ogłoska zaś jest wyrazem podmiotowój woli Ja. Ogłoska jest więc podmiotem, tka przedmiotem, a zwykła głoska jest połączeniem członu dosiebnego z odsiebny — przedmiotu z podmiotem.

Początkowie musi podmiot panować nad przedmiotem. I rzeczywiście w krzyku zwierząt, w śpiewie ptaków, w gwarach dzikich widzimy niezmierną przewagę ogłosu nad tkami. Mieszkańcy wyspy Sandwich mają zaledwie 7 tek (spółgłosek), narzecze *hauajskie*, Maosi z Nowej Zelandyi 10 tek, a mieszkańcy wyspy Tonga do 15-stu tek, w dyalekcie wysp Hawai: *hooiaiooi* znaczy świadczyć MAX MIL. II. str. 78. Inaczej w Indzie i Słowie: Ogłos tutaj sprowadza się do najmniej, a liczba tek jest największą. W każdym razie jednak i podmiot jest częścią niezmiernie ważną w mowie, a ogłoska z naciskową ogłoską jest tak

samo główną w wyrazie, jak główny wyraz w zdaniu, a główne zdanie w omówieniu.

Ustęp ten zmuszony byłem podać dla wytłumaczenia metody badania podanych niżej wypadków chorobowych.

---

Wsze barwikowice (zwyrodnienia barwikowe) odnośnie do warstwy przybłonka barwikowego można podzielić na od-barwikowice (*Chorioiditis pigmentosa*, *Staphyloma posticum*) i do-barwikowice (*retinitis pigmentosa*). W pierwszych za punkt wyjścia przyjmujemy sam przybłonek barwikowy lub inne warstwy naczyniówki, w drugich same elementa zarodowe siatkówki. Rozróżnić wzornikiem te dwie formy łatwo. Odbarwikowice występują zawsze nieksztatnie: to plamkami grubowarstwowymi przy tarczy lub na plamce żółtej, to jako obwód tarczy lub granicy wydmy (garbca v. górniaka tylnego) przytarczowej, to znowu jako nieregularne zabarwikowienia przy obnażeniach tła naczyniówki.

Zupełnie inaczej przy Dobarwikowicach: nigdy tutaj tło naczyniówki się nie obnaża (chyba w formach mieszanych) a samo zabarwikowienie bywa układowym i często bardzo systematycznie rozplanowanym.

Rozróżniam następujące formy Dobarwikowicy:

1) Pasowa lub planowa (*pigmentitis systematica*) składa się ze świetlnych pasków podłużnych i poprzecznych, kątowymi kupkami barwiku otoczonych, a zbiegających się ku tarczy jak ulice miasta ku rynkowi. Świetlne paski stanowią nici, mienione tło siatkówki.

2) Promienista (*pigm. radialis*) różni się tylko nadzwyczajną cienkością smug świetlnych i ich przeważnie podłużnym kierunkiem.

3) Proszysta, rozsiana (*disseminata*) tło siatkówki jakby ciemnym piaskiem przysypane, a pomiędzy groma-

dami pruszynek światlejsze miejsca normalnej błony zrennej.

4) Oczkowa przypomina zupełnie proszystą, różni się zaś tylko t $\acute{e}$ m, że świetlne miejsca mają formę ściśle ograniczonych krągłych świetlnych oczek, ciemnym t $\acute{e}$ m otoczonych.

5) Mieszana, zawierająca jednocześnie kilka form.

6) Ukryta (*p. latens*) przejawia się tylko charakterystycznym z $\acute{w}$ ężeniem pola widzenia i niedowidem wieczornym (kurzoślepem).

Nr. 393. Hirsza Chelcer, lat 20. Dobarwikowica obooczna pasowa. Ograniczenie ozrenu (pola widzenia). Niedosłep wieczorny (kurzoślepek). Chory sam uskarża się na wielki brak pamięci, która pogarsza się wraz z pogarszaniem się widzenia. Czytając, chory w pierwszej chwili widzi dobrze, ale wkrótce widzieć przestaje. Gdy następnie trochę odpocznie, to znowu zaczyna widzieć. Po dłuższym czytaniu robi mu się niedobrze i słabo. Upřednio wzrok i pamięć były zupełnie dobre.

Nr. 414. Chaja Feter, lat 25. Dobarwikowica proszysta. Skarży się na  $\acute{e}$ mienie w oczach. Gdy czyta, miesza się j $\acute{e}$ y w głowie i oczach. O. o. zr. (ograniczenie pola widzenia — Ndw. wiecz. (kurzoślepek). Pamięć osłabiona.

Nr. 485. Channa Świrska, lat 35. Oko pr. plamka rogówki, oko lewe granulacje. Dobarwikowica pasowa. Chora uskarża się na wielki brak pamięci. Często doszedłszy do kramy, zapomina po co przyszła. Przy mówieniu czuje trudność przy urabianiu głosek.

Nr. 507. Bere Hibrsan, lat 20. Dobarwikowica pasowa obooczna. Pamięć mocno osłabiona. Z początku zapytałem chorą o pamięć, na którą gdy się chora zaczęła bardzo skarżyć, rozpoznałem dobarwikowicę, którą t $\acute{e}$ ż wykrył wziernik.

Nr. 509. Kuszal Szur, lat 30. Zez rozbieżny ok. pr. Ogr. o. zr. Nied. wieczor. (ograniczenie pola widzenia, ku-

rzośle. Dobarwikowica proszysza. Pamięć bardzo osłabiona. Doskonale pamięta, co przeczytał lat temu kilka, ale nie pamięta, co przeczytał wczoraj. Położy coś i natychmiast zapomina gdzie. Osłabienie pamięci kojarzeń.

Nr. 540. Jankiel Berman, lat 52. Dobarwikowica pasowa. Od półroku pamięć znacznie osłabiona, od tegoż czasu gorzej słyszy.

Nr. 574. Katarzyna Jeleńska, lat 30. Jakobstad. Niedowład n. twarzowego lewego, niewład (porażenie) n. okoruchowego pr.: niewład (porażenie) zwieracza żrenicy, m. unoszącego gór. powiekę i m. dosiebnego téjże strony. Dobarwikowica mieszana. Pamięć i umysłowość mocno upośledzone. Chora niedawno przebyła zapalenie mózgu.

Nr. 265. Abraham Kapułowicz. Dobarwikowica pasowa obooczna. Niedozren (krótkowzroczność) ok. pr. i lew. — 10½ D. Czyta Nr. 1 Jaeg. Pamięć nazw i pomników osłabiona. Zawroty głowy.

Nr. 434. Anna Jaszewiczowa, lat 35. Kalkuny. Zakażenie zimnicze. Wziernikowałem w czasie napadu dreszczu. Dobarwikowica pasowa. Niedozren (krótkowzroczność), — 2 D. Pamięć kojarzeń mocno osłabiona.

Nr. 605. Józef Ginzberg, lat 27, Dynaburg. Dobarwikowica pasowa. Pamięć bardzo osłabła od lat 4-ch, od czasu jak przebył jakąś chorobę gorączkową z wysypką. Niedozren (krótkowzroczność) — 7 D.

Nr. 627. Arkadyjusz Awajew, lat 22, Petersburg. Przybył do mnie z tęczówkowicą (zapaleniem tęczówki) (*iritis*) ok. lew. 20 Sierp. 1886 r.

29 Sierpnia t. r. chory dostał lekkiego nerwowego dreszczu w całym ciele, doświadczając jednocześnie dziwnego uczucia: jak tylko ścisnął dłonie, albo brał coś w dłoń, natychmiast musiał się śmiać, co go samego mocno dziwiło, gdyż był to odruch bez żadnych idei śmiesznych.

6-go Października t. r. przy znaczném polepszeniu się ok. lew., w oku pr. zaczęła występować dobarwikowica

i zaczęły występować paski pigmentowe (barwnikowe) i choroboznaczne (patognomoniczne) zwiężenie ozrenu (pola widzenia). Chory od tegoż czasu zaczął się skarżyć na osłabienie pamięci, szczególnież zaś pamięci słuchu.

Muszą często kilka razy powtórzyć, nim on zrozumie o co chodzi, jakkolwiek doskonale słyszy dźwięki słów.

Podobnież czytając ustępy najłatwiejsze, przeczytuje je często po dziesięć razy, nie mogąc ich zrozumieć.

Ostatniemi czasy zauważył szczególną głuchotę głossek gardłowych: g, k, ch, tak iż w wyrazach czuje tylko ich braki. Dźwięki owe słyszy jako Spiritus asper w grece, jakkolwiek sam je dobrze wymawia. Zapoznanie słuchowe g, h, ch. Osłabienie pamięci tożsamości i pamięci kojarzeń.

Nr. 639. Anna Ziabie . . . , lat 15, Dynaburg. Uczennica gimnazyjum żeń. Pierwszy raz była 21-go Sierpnia 1886 r. Rozpoznałem poczynającą się dobarwikowicę. Pamięć zupełnie dobra, skarży się tylko na pewne męczenie wzroku, co tłumaczy obooczny przezren (nadwzrocność) + 2,5 D. 7-go Października t. r. przybyła z silném przekrwieniem tarcz obu n. wzr. Przy tarczy w kierunku odśrodkowym wzdłuż tętnicy tarczno-skroniowej zauważyć można smugę utworzoną z cieniuchnych pasków świetlnych utworzonych odpowiednio do niezmiernie delikatnych i małych prążków barwikowych. Paski owe przypominają swém ułożeniem i kierunkiem warstwę włókien nerwowych siatkówki. Odpowiednie postępowanie i pobyt w zaciemnionym pokoju w ciągu 2-ch tygodni, usunęły przekrwienie tarcz i ból skroniowy ale dobarwikowica zaczęła występować dobitnież.

Szczególnież jasno zarysowało się owe pasmo włókien, zdążające ku pozrenowi (*ora serrata*). Ograniczenie ozrenu (pola widzenia) choroboznaczne (patognomoniczne) dla dobarwikowicy wystąpiło obecnie. Na pamięć chora się

nie skarży, czuje jednak jakieś dziwne roztargnienie i nie-  
możność skupienia swych myśli <sup>1)</sup>).

Nr. 640. Ludmiła Gołubow, lat 12, Dynaburg. Lek-  
kie granulacje. Powieknica (zapalenie brzegów powie-  
kowych) kąтова (*Blepharitis angularis*). Dobarwikowica.  
Pamięć słabsza niż była. Wypadek ten jest pouczającym  
szczególniej z tego względu, że chora sama i otaczający ją  
zapewniali mię, że ma pamięć wyborną. Ale po chwilowém  
zastanowieniu chora dodała: rzeczywiście, ja daleko lepszą  
mam pamięć od moich koleżanek, a jednak dawniej (rok  
temu) o wiele miałam lepszą. Oprócz tego czuje pewną tru-  
dność przy wymawianiu ogłoski *u*. Znaczne ograniczenie  
ozrenu (pola widzenia).

Nr. 686. Marya Chochł . . . , lat 20, Poniewież. Spo-  
jówkowica (zapalenie łącznicy) (*conjunctivitis*) pr. ok., do-  
zren (prawidłowowzroczność) OD. lew. ok. Niedozren (krót-  
kowzroczność) 7,5 D. Chora zwykle używa tylko ok. pr.  
Dobarwikowica obooczna pasowa. Ograniczenie ozrenu  
(pola widzenia). Chora niegdyś miała b. dobrą pamięć, ale  
obecnie się uskarża na jęj postępujący zanik. Trudno jęj  
także wymawiać niektóre głoski mianowicie *r*, a szczegól-  
niej *b* i *m*. Bywa to jednak nie zawsze. Czuje w czasie  
wymawiania utrudnionego przy *b* i *m* jakieś nieprzyjemne  
uczucie w ustach, a przy *r* w języku. Osłabienie pamięci  
nazw. Osłabienie woli.

Nr. 688. Salomon Brajde, lat 21. Widze. Niedoz-  
ren (krótkowzroczność) obooczny — 10 D. Dobarwiko-  
wica pasowa. Zwężenie ozrenu (pola widzenia). Niedow-  
wid (uiedoślep) wieczorny. Chory utrzymuje, że uprzednio  
miał nadzwyczajną pamięć, a obecnie doszedł do takiego

---

<sup>1)</sup> Chora była u mnie znowu niedawno. Oczy ma zdrowe. *Retinitis pigmentosa* wybitna; chora teraz skarży się na bardzo znaczne osłabienie pamięci. Widocznie sprawa zanikowa torów odomózgowych — teraz dopiero zaczęła występować.



jój upośledzenia, iż, jak tylko odejmie oczy od książki, wnet zapomina co przeczytał. Osłabienie pamięci kojarzeń.

Nr. 694. Racha Sin, lat 18, Dynaburg. Powieknica rzęsowa (zapalenie brzegów rzęsowych powiek). Dobarwikowica. Ogr. ozrenu (pola widzenia). Skarży się, że przeczytane zapomina niezmiernie szybko. Uczuwa jakąś trudność w mówieniu, szczególnież trudno wymówić jój *b* i *r*. Bywa to jednak nie zawsze, uczuwa przed tém utrudnieniem mowy, lekki dreszcz nerwowy, oczy jój błyszczą, a ręce i nogi robią się słabsze. Osłabienie pamięci kojarzeń. Osłabienie woli.

Nr. 709. Zygmunt Wo...ski, lat 23. Petersburg. Student Instytutu Leśn. Granulacyje. Wydma przytarczowa (garbiec v. górniak tylny). Pr. ok. niedozren (krótkowzroczność) — 7,5 D., lew. ok. niedozren — 3½ D. Dobarwikowica mieszana. Pamięć ma bardzo dobrą; jednak obecnie jest ona znacznie słabszą niż była. Czuje trudność w wymawianiu odkrytych ogłosek; stara się je przeto pokrywać końcowymi tkami poprzedzających wyrazów. Inaczej musi się na nich jąkać (jąkanie ogłoskowe). Stosuje się to szczególnież do języków cudzoziemskich.

Nr. 720. Berta Chołorawska, lat 25, Dynaburg. Dobarwikowica. Pamięć mocno osłabiona. Czasem mówiąc, zatrzymuje się na jakiejś głosce, szczególnież na *i* i ciągnie: „iiii”. Osłabienie woli i pamięci kojarzeń.

Nr. 716. Zofija Fingerhut, lat 23. Dynaburg. Dobarwikowica. Ogr. ozrenu (pola widzenia). Pamięć osłabiona, szczególnież zapomina nazwy i imiona. Osłabienie pamięci nazw i pomników.

Nr. 724. Chaja Kil, lat 56. Wyszki. Dobarwikowica. Czuje trudność przy wymawianiu wargówek.

Nr. 730. Julija Ihnatowicz, lat 40. Smoleńsk. Dobarwikowica. Osłabienie pamięci kojarzeń.

Nr. 753. Judel Hercel, lat 26. Dynaburg. Granulacyje. Dobarwikowica pasowa. Zapomina imiona i nazwy. Czuje trudność przy urabianiu niektórych głosek,

szczególniej zauważył to dla *w*. Ograniczenie ozrenu. Wszędzie, gdzie była mowa o trudności w wymawianiu, wystąpiła takowa od czasu osłabienia wzroku. (Niedowid wieczorny. Ogr. ozrenu (kurzoślep — ograniczenie pola widzenia). Prędsze męczenie się wzroku).

Nr. 766. Marya Nikołajewa, lat 30. Wyszowska gmina. Zaćma ok. pr. w oku lew. zaćma obwodowa. Dobarwikowica przysta. Skarży się na bardzo wielki brak pamięci. W czasie mówienia czuje jakies „kołowacenie“ ust i języka, tak iż wymawiać może tylko z trudnością.

Nr. 776. Markus Aelszfan, lat 16. Dynaburg. Powieknica (zapalenie powiek) kątowa. Dobarwikowica przysta. Niemoc w języku przy wymawianiu R, a także osłabienie słuchu i pamięci kojarzeń. (Samogwałt).

Nr. 790. Frida Mozel, lat 17. Krasław'. Spojówkowa. Światłowstręt dzienny, światło lampi świec znosi dobrze. Dozren (prawidłowowzrocność) ok. lew. Niedozren (krótkowzrocność) — 5 D. oka pr. i niedowid (nie-doślep) tegoż oka. Dobarwikowica przysta. Chora od 3-ch tygodni zaczęła uważać, że gorzej słyszy i słyszane trudniej rozumie. Od kilku dni zaczęła uważać, że zapomina nazwiska mianowicie osób, które niedawno poznała. Czuje też jakąś niewytłumaczoną trudność przy wymawianiu. Szczególniej trudnym jest dla niej szczenie głoski *p* z innymi głoskami w wyrazie. Prosiłem chorą powtórzyć za mną kilka słów jak: praca, proszę, ptak, ścierp. Powtórzyła je wszystkie z łatwością, ale zauważyła: „to tylko dla tego, że powtarzam je za panem, samój byłoby mi to o wiele trudniej“. Osłabienie woli i pamięci pomników.

Nr. 798. Wasilij Jurjew Łotyszonek, Draja, lat 28. Ok. lew. niedowład m. prostszeo odsiebnego.  $V = \frac{20}{20}$   
ok. pr.  $V = \frac{20}{40}$  Dozren (prawidłowowzrocność) oboocz-

ny. Dobarwиковica pasowa. Na lewe ucho niesłyszny. Jąkanie się ogłoskowe. W dzieciństwie owo jąkanie się było bardzo znaczne, zaczęło ustępować, gdy chory zaczął się uczyć czytać. Jąkanie zawsze było tylko ogłoskowym t. j. zależało na ciągnięciu ogłoszek w sylabach nap. baaraaan. Pamięć ma obecnie słabszą, pisząc zatrzymuje się, nie mogąc napisać niektórych liter, mianowicie rosyjskich Я i Ч. Przytém i osobno trudniej mu pisać te litery, pisze więc je wolniej niż inne. W prędkim pisaniu bardzo to mu przeszkadza, a chociaż, wiedząc naprzód, iż w pewnym wyrazie spotka owe litery, stara się do nich zawczasu przygotować, nie na wiele jednak to się zdaje i zawsze musi się na nich zatrzymać czas jakiś. Zauważył to od lat 5-ciu. Jest to bez wątpienia rodzaj jąkania się w piśmie. Jąkanie się takowe w zakładach naukowych wcale wielką rzadkością nie jest.

Nr. 825. Ber Jegał, lat 50. Świadość. Dobarwиковica pasowa. Obraz wzornikowy jest typowo pięknym dla dobarwиковicy pasowej. Wolne od zabarwиковienia miejsca, wyglądają jakby wąskie tory zbiegające się od pozrenu (*ora serrata*) ku tarczy, łącząc się pomiędzy sobą przecznicami. Ma to widok planu miasta, gdzie wolne miejsca, to niby ulice i zaułki, a skupienia barwиковe niby domy i budynki. Wszystko to zaś razem zbiega się ku rynkowi — ku tarczy. Im dalej od tarczy, tэм ciśniejsze przestwory pomiędzy pasami, tэм równoleglój biegą one. Same zaś zabarwиковienia w tym jak i w innych wypadkach wcale są niezależne od przebiegu naczyń siatkówki. Naczynia widocznie przechodzą ponad poziomem zabarwиковień. Pasy owe czynią wrażenie cząsteczkowego zaniku pierwiastków zrennych (wzrokowych?) siatkówki (przypomnijmy sobie nieczulość części obwodowych siatkówki) z pozostawieniem innych części nietkniętými. Chory jest bardzo upośledzony na umyśle, tak iż prawie nie rozumie, co doń mówią.

Nr. 839. Wacław Syrewicz, lat 25. Druja. Jaglica. Dobarwikowica przyszsta. Pamięć słabsza.

Nr. 843. Ziabicka 2-ga, lat 18. Ob. ocz.  $\frac{20}{20}$  Snellena Dobarwikowica przyszsta. Lekkie jąkanie się. Trudność w zaczynaniu liter: *C. A. Z. M.* Właściwie trudność polega w niemocy zakręcania liter po kropce. Chora kilka razy robi kropkę nim ją zakręci. Litery kończące się kropką żadnej trudności jój nie robią, nap. P albo S. Jest to więc rodzaj jąkania się w piśmie, gdzie przejście od odruchu dla kropki do odruchu dla zakrętu jest mocno utrudnioném przez samoskurcz krotny mięsnioskładu dla kropki. Osłabienie woli.

Nr. 845. Riwa Szole, lat 17. Dynaburg. Plamka środkowa rogówki oka pr. Męty szkliski (ciałka szklistego) (*corp. vitreum*). Żyły siatkówki pokręcone. Rozpoznać barwikowicę niepodobna. Chora od 1½ roku czuje osłabienie pamięci: pozapominała słowa modlitw. Długo mówić nie może, wnet czuje przypływ do głowy i ból ograniczony, umiejscowieniem odpowiadający 3-mu lewemu zawojowi czołowemu.

Nr. 851. Dawid Pen. Dobarwikowica. Ograniczenie ozrenu (pola widzenia). Niedowid (niedoślep) wieczorny. Pamięć słabsza od czasu upośledzenia wzroku. Niedowład tki *r*.

Nr. 852. Emilija Zarakowska, lat 40. Kraslaw. Niedowład urażny m. unoszącego powiekę górną oka. lew. Ograniczenie ozrenu (pola widzenia). Dobarwikowica obooczna. Silne osłabienie pamięci.

Nr. 853. Piotr Brydz, lat 47, wieś Bendery. Dobarwikowica przyszsto-pasowa. Ograniczenie ozrenu (pola widzenia). Pamięć słaba i mowa utrudniona.

Nr. 854. Józef Katz, lat 16. Połock. Niedowład m. odsiebnego (unoszącego) górną powiekę oka lew. Dobarwikowica pasowa obooczna. Pamięć znacznie słabsza od 2-ch

lat. Uprzednio przeczytaną rzecz pamiętał kilka miesięcy, dziś zaledwie parę dni.

Ogr. ozrenu (pol. widz.):

	oko pr.	oko lew.
	0° — 10°	— 15°
od skroni	90° — 25°	— 15°
	180 — 20°	— 25°
od nosa	90 — 15°	— 20°

Nr. 855. Jamer Małamed, lat 40. Dynaburg. Oko lewe nacieczenie rogówki. Oko pr. dobarwikowica pasowa. Chory uskarża się na nadzwyczajny brak pamięci. Tuż powiedzą mu, tuż zapomina. Osłabienie pamięci kojarzeń i pamięci pomników. Ograniczenie ozrenu (pola widzenia).

Nr. 882. Dorota Ried . . . n, lat 60. Nieprzyzren starczy (starowzrocność) (*Presbyopia*). Przezrenu (nadwzrocności) jednak nie ma, ale owszem jest nawet nieznaczny niedozren (krótkowzrocność) (*Myopia*). Ograniczenie ozrenu (pola widzenia). Dobarwikowica. Pamięć osłabiona, (pamięć kojarzeń).

Nr. 1060. Leonarda Hl . . o, lat 45. Dobarwikowica. Niedoslep wieczorny, ograniczenie ozrenu. Nieprzyzren starczy (starowzrocność). Nr. + 30 poprawia widzenie, czyta Nr. 1 Jaegera. Sama się skarży na „dziwne“ zapomnianie nazwisk, imion i nazw. Uważa to od lat 2-eh. Osłabienie pamięci pomników.

Nr. 1062. Konstancyja Lepk . . . Drissa, lat 50. Dobarwikowica proszysta. Pamięć nazw, nazwisk i imion bardzo osłabła, tak iż rekomendując swoich znajomych, zapomina jak się nazywają. Przy mówieniu czuje trudność, objawy te wystąpiły niedawno.

Nr. 1068. Emilja Daniłow, lat 45. Rczeryca. Spójówkowica (zapalenie łącznicy). Dobarwikowica pasowa. Niedowid (niedoslep) wieczorny. Ograniczenie ozrenu (pola widzenia). Słyszac jakieś opowiadanie, dokładniej powtórzyć nie może nawet natychmiast, a za parę godzin zupeł-

nie o ni $\acute{e}$ m zapomina. Czytaj $\acute{a}$ c sama, troch $\acute{e}$  lepiej pamie $\acute{t}$ a, a ta d $\acute{u}$ gość nie przenosi 2-ch dni. W og $\acute{o}$ le daleko lepiej pamie $\acute{t}$ a to, co si $\acute{e}$  dzia $\acute{l}$ o w dzieci $\acute{n}$ stwie, ni $\acute{z}$  to, co by $\acute{o}$  po-  
zawczoraj. Osoby znajome dobrze pamie $\acute{t}$ a i poznaje odrazu. Zwyczajnych swych zatrudnie $\acute{n}$  nigdy nie przepomina. Os $\acute{l}$ abienie (silne) pamie $\acute{c}$ i kojarze $\acute{n}$ . Nazwy i imiona pamie $\acute{t}$ a.

Nr. 1071. J $\acute{o}$ zefa Re . . . r, lat 38. Dynaburg. Dobarwikowica pasowa. Os $\acute{l}$ abienie pamie $\acute{c}$ i nazw. Pamie $\acute{c}$  to $\acute{z}$ -  
samości i pamie $\acute{c}$  kojarze $\acute{n}$  bardzo dobra. Dwa razy w  $\acute{z}$ y-  
ciu mia $\acute{l}$ a ob $\acute{e}$ d prześladowczy. Niedowid (niedośle $p$ ) wie-  
czorny. Ograniczenie ozr $\acute{e}$ nu (pola widzenia), czyta Nr. 4  
Jaegera. Dozren (prawid $\acute{l}$ owowzroczość) (*Emmetropia*)  
obooczny.

Nr. 1075. Edward B., lat 50. Dynaburg. Dobarwikow-  
wica. Niedowid (niedośle $p$ ) wieczorny. Os $\acute{l}$ abienie pa-  
mie $\acute{c}$ i nazw.  $\acute{Z}$ eby przypomnie $\acute{c}$  sobie nazwisko, musi m $\acute{o}$ -  
wi $\acute{c}$  sobie ca $\acute{l}$ e abecad $\acute{l}$ o, a gdy natrafi liter $\acute{e}$ , od kt $\acute{o$ r $\acute{e}$ j owe  
nazwisko si $\acute{e}$  zaczyna, wnet przypomina sobie i same na-  
zwisko. Niedowid (kr $\acute{o}$ t $\acute{k}$ owzroczość) nieznaczny obo-  
oczny.

Dobarwikowica (zwyrodnienie barwikowe) jest cho-  
rob $\acute{a}$  siatk $\acute{o}$ wki, kt $\acute{o$ r $\acute{e}$ j wybitn $\acute{e}$ mi cechami s $\acute{a}$ : obraz wzier-  
nikowy, ograniczenie ozr $\acute{e}$ nu (pola widzenia) i niedowid  
(niedośle $p$ ) wieczorny, a racz $\acute{e}$ j niedowid przy s $\acute{l}$ absz $\acute{e}$ m  
oświetleniu. Jak niedowid wieczorny tak i ograniczenie  
powierzchni ozr $\acute{e}$ nu dowodz $\acute{a}$  os $\acute{l}$ abienia „imania“ (*perceptio*)  
siatk $\acute{o}$ wki. Tutaj nasuwa si $\acute{e}$  pytanie, czy owe os $\acute{l}$ abienie  
imania odnosi si $\acute{e}$  tylko do siatk $\acute{o}$ wki, czy t $\acute{e}$ z i do innych  
narz $\acute{a}$ d $\acute{o}$ w czucia. G $\acute{l}$ uchoniemota oddawna ju $\acute{z}$  by $\acute{l}$ a za-  
uwa $\acute{z}$ oną przy barwikowicy, a i pomi $\acute{e}$ dy wypadkami po-  
danymi w niniejsz $\acute{e}$ m opracowaniu znajduj $\acute{a}$  si $\acute{e}$  wybitne  
wypadki os $\acute{l}$ abienia s $\acute{l}$ uchu przy barwikowicy. Opr $\acute{o}$ cz zdol-  
ności imania jest os $\acute{l}$ abion $\acute{a}$  i zdolnoś $\acute{c}$  zachowania: chorzy  
po oderwaniu ocz $\acute{o}$ w od ksi $\acute{a}$ żki wnet zapominali, co prze-  
czytali. Jednak wszyscy tacy chorzy s $\acute{a}$  to ludzie, kt $\acute{o$ rym

takowe objawy chorobowe nie przeszkadzają sprawowaniu urzędów, handlu lub nauki, których stan może niekiedy znacznie się polepszyć, a nawet czasem zupełnie stać się normalnym. Sami oni uważają swój stan tylko za rodzaj jakiegoś osłabienia, na który wielkiej nie zwracają uwagi. To zdaje się być główną przyczyną, dla czego dotąd nikt nie zwrócił uwagi na stały związek chorób pamięci i woli z barwikowicą.

Jakkolwiek jednak oddawna już odbierała nauka wskazówki od swych badaczy o ważności tego cierpienia dla umysłu i umysłowości (Libreich).

Pozwolę tutaj zwrócić uwagę Sz. Pp. na to, iż, jak widać z powyższego, częste wikłanie się *ret. pigm.* z chorobami mózgu, (mania, niewłady) przemawiać się zdaje, że i przyczyna *ret. pigm.* mogła by zależeć od mózgu.

Jest jednak inny rodzaj zabarwikowań dna oka, który za punkt wyjścia ma naczyniówkę, postępując z tyłu naprzód w siatkówkę. Stąd nazwaliśmy tę formę odbarwikowicą. Zaburzenia pamięci, woli i mowy nie zwykły towarzyszyć odbarwikowicy:

Nr. 489. Lejba Berenberg, lat 15, oko pr.: plama rog. oko lewe, nagromadzenie barwiku przy tarczy. Żyły grubsze, tętnice znacznie cieńsze. Pamięć dobra.

Nr. 521. Chaim B., lat 26. Odbarwikowica obooczna. Na ucho lewe od lat 15 nie słyszy. Pamięć dobra.

Nr. 542. Frume Muryn. Wysoki niedozren (krótkowzroczność). Wydma tarczokroniowa (garbiec cz. górniak). Kupy barwiku nagromadzone nieprawidłowo. Na pamięć się nie skarży.

Nr. 523. Anna Klepacka, lat 56. Odbarwikowica: siatkówka pokryta plamami czarnymi nieprawidłowymi. Niedowid (niedosłep): czyta Nr. 14 Jaegera.

Nr. 293. Chaim Małk, lat 36. Dynaburg. Barwikowica. Na pamięć się nie skarży.

Nr. 397. Benjamin Persan, lat 18. Dynaburg. Odbarwikowica. Zanik miejscowy przybłonka barwikowego. Niedozren (krótkowzroczność) — 7 D.

Nr. 416. Frume Kudisewicz, lat 20. Uciany. Odbarwikowica. Niedowid (niedoślep). Na pamięć się nie skarży.

Nr. 590. Ciwa Blum, lat 56. Kołub (Kurlandyja). Odbarwikowica ok. pr. Zatkanie (zarosnięcie) żrenicy ok. lew. Na pamięć się nie skarży.

Nr. 671. Iwan Prochorow, lat 38. Dynaburg. Wydma (górnica cz. garbiec tylny) tarczoscroniowa. (*Staphylocoma postic. tempor.*) Odbarwikowica. Na pamięć się nie skarży.

Nr. 715. Lejba Linman, lat 66. Grzywa. Zanik połowy naczyniówki. Niedozren (ograniczenie pola widzenia) od strony skroniowej obu oczu. Na pamięć się nie skarży.

Nr. 727. Aber Popeling, lat 63. Dynaburg. Odbarwikowica. Żyły zgrubiały. Tarcza zanikła. W szklistce (ciałku szklistém) unosi się niezmierne mnóstwo kuleczek srebrzystych (kryształy cholestearyny). Na pamięć się nie skarży.

Nr. 757. Dweria Weksler, lat 44. Dynaburg. Łzawnica (zapalenie worka łzowego) ostra oka pr. (*Dacryocystitis*). Naczyniówkowica (zapalenie naczyniówki) wysiękowa oka pr. Zanik przybłonka barwikowego. Na osi zrenu — plamce żółtej białawy jasny krążek wielkości prosa w obrazie odwrotnym. Na pamięć się nie skarży.

Nr. 758. Cołko Ostrogórski, lat 45. Brześć Litewski. Zaćma jądrowa obu oczu. Barwikowica pasowa. Na pamięć się nie skarży. Słuch znacznie słabszy.

Nr. 797. N. N. Spojówkowica (zapalenie łącznicy). Zanik przybłonka barwikowego. Miejscami przeziernia tło naczyniówki. Tętnice siatkówki mniej wyraźne, jak by zatarte. Barwikowica rozsiana. Tarcze n. n. wzr. prze-



krwione. Na pamięć, mówienie i słuch chora się nie uskarża.

Nr. 832. Stiepan Gołubiew, lat 5. Padaczka. Gdzieś tam gdzie przeziera tło naczyńcówki. Nieregularne nagromadzenia barwiku. Z przyczyny wieku i nierostropności chorego i otaczających niepodobna było czegoś się dowiedzieć o stanie jego pamięci.

Nr. 835. Abraham Szerling, lat 25. Grzywa. Od czasu do czasu chory doświadcza przykrego ucisku w okolicach skroniowych, z współczesnym wystąpieniem niedowidzenia (niedoślepu), tak iż w odległości kilku kroków za ledwie może odróżnić człowieka od zwierzęcia.

Trwa stan taki do 2-ch godzin. W tymże czasie chory chwilami doświadcza skurczu mięśni palców ręki w taki sposób, że wielki palec kładzie się do środka, a inne na nim. Skurcz ten jednak nie jest zbyt silnym i chory ostatecznie mógł by go przemóc. Chory zwykle w tym czasie czuje zamęt w głowie, a samo poczucie jego jest znacznie zmniejszonym. Następnie wszystko powoli ustaje i chory znowu doskonale widzi. Raz jeden tylko widziałem chorego i to w stanie normalnym. Wziernik wykazał zwykajny obraz dna ocznego i tylko cokolwiek grubsze żyły i krętość ich zdawały się przemawiać za częstym skurczem tętnic. Barwikowica rozsiana. Na pamięć chory się nie uskarża, z wyjątkiem owych czasowo występujących napadów zaćmienia. Rozpoznałem *Epilepsiam retinae*.

Nr. 464. Mojżesz Rapaport, lat 19. Ilemiczania. Chory w czasie napadu najprzód uczuwa ciemność w oczach, a już potem następuje silny ból głowy, trwający od jednej do 12-stu godzin. Cały ten czas chory jest jakby pociemku, tak iż nie może rozpoznać osób o kilka kroków. Jednocześnie prawie zawsze występuje uczucie zimna w rękach i lekki samoskurcz mięśni dłoniowych: paluch kładzie się na dłoń, a inne palce go przykrywają. Wyciągnąć palce może, ale z wielką trudnością. Czasem w takich napadach przestaje słyszeć, co jednak daleko rzadziej się trafia. Po

pewnym przeciągu czasu wszystko znowu wraca do porządku i chory znowu doskonale widzi. Wziernikowałem raz tylko jeden i w czasie wolnym od napadu: żyły grubsze, tętnice cieńsze. Rozpoznanie: skurcz naczyń siatki (siatkówki) z następnym skurczem naczyń pewnych okolic omózgu. *Epilepsia retinae*.

Zgromadziwszy materiały i ułożywszy go, zastrzedz się jednak muszę, że prawdopodobnie niektórzy z chorych hypochondrycznego nieco usposobienia, mogli powiększyć zły stan swój pamięci, że inni znowu przez wstyd fałszywy nie przyznawali się lub nie przywykli są do uważania za sobą. Rzeczywiście niektórzy chorzy na osobności przyznawali się do tego lub innego rodzaju osłabienia pamięci, czemu stanowczo zaprzeczali badani przy innych.

Sądzę jednak, że pomimo tego dla nieuprzedzonych muszą być usprawiedliwionými następujące wnioski:

I. Choroby pamięci występują prawie zawsze tylko przy dobarwikowicy (*retinitis pigmentosa descendens*).

II. Przy téjże formie występują również prawie często lekkie zaburzenia w mowie i piśmie: jąkanie się w mowie i piśmie; niewładę tek lub ogłosek (spółgłosek i samogłosek). Twierdzenia moje oparte na licznych spostrzeżeniach nabrałyby znaczenia pewników, gdybym mógł je poprzeć danými doświadczalnými t. j. gdybym mógł, odjąwszy ośrodki mowy u osobnika, u którego uprzednio nie było barwikowicy, znaleźć takową w jakimś czasie po odjęciu.

Szczęśliwym zbiegiem okoliczności znalazłem się w posiadaniu 2-ch przypadków (chorobowych), które zdaniem mojem mają wartość wiwisekcyjną.

Stefanija Kar. . . wo lat 14. Dynaburg. Uczennica gimnazyjum żeńskiego. Przymiot dziedziczny. W czerwcu 1886r. była u mnie na poradzie lekarskiej, skarżąc się na niedowład m. unoszącego górną powiekę ok. lew. *port trachoma*, ok. lew.: plamka rogówki po przebytej w dzieciństwie rogówkowicy. Ok. pr. zupełnie zdrowe. Wziernik też

daje zupełnie normalny obraz dna ocznego.

19-go Września t. r. proszony byłem na naradę z kolegą Dr. DITRICH'em do téjże choréj, która utraciła mowę. Wraz z utratą mowy wystąpił bezład w ruchach rąk i dolnych kończyn. Rozpoznaliśmy gummę (gummat) w okolicy zawoju BROCA. W kilka dni po tém chora mogła już chodzić, ale mówić i pisać nie była w stanie, chociaż umysłowość jéj całkowicie została zachowaną: na migi rozwiązała zadanie arytmetyczne, którego brat jéj młodszy rozwiązać nie mógł.

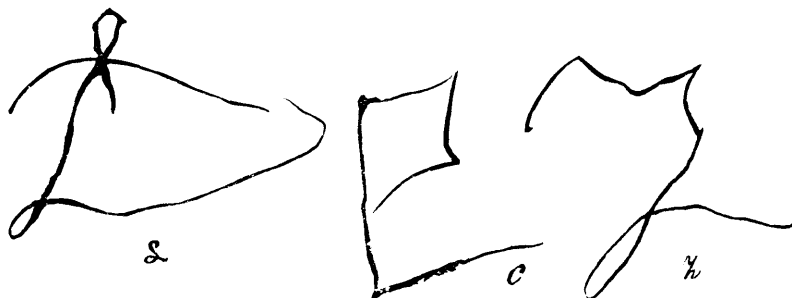
W przeciągu tygodnia stan choréj o tyle się poprawił, że mogła już wymówić wszystkie głoski z wyjątkiem H, S i E. Sama nie mogła mówić, ale powtarzała wymawiane słowa. Mówiąc, zamienia ogłoskę starosławiańską *ъ* lub sanskrycką *wiromę* w *e* nap. muszeka zamiast musz*ъ*ka; szklaneka (= szklan*ъ*ka).

Szczlenia sylaby w pewnych kierunkach łatwiej, niż w innych, nap. Marynia mówi *rama*, *rania* (przecinek oznacza miejsce wielkiego naprężenia woli a zatém i części mównych).

Prze, trze, krze zupełnie wymówić nie może.

Pisze obecnie (uprzednio pisała bardzo dobrze jako uczenica 3-éj klasy) w ten sposób:





Wziernikowanie nic nad normalny stan nie wykryło, 18 Października 1886 r. zaczyna co raz lepiej mówić i pisać. Szclenia już dobrze, ale z ogromnym wydatkiem sił: prze, krze wymawia pr-że, kerze (podobnie jak rossyianie wymawiają Pr-żewalskij (Przewalski).

Wziernik teraz wykazał bardzo wybitną dobarwiko-  
wicę rozsianą, która z pełnem prawem może być nazwaną:  
*retinitis pigmentosa descendens*.

Przypadek ten równa się eksperymentowi: wiadomym tu był stan oczów przed porażeniem ośrodka mowy, zaraz po porażeniu i obecnie. Oczewiście jakiś czas upłynąć musiał, nim zanikły włókna od omózgu (komórki częściowo były tam zniszczone) aż po warstwę barwиковą w siatkówce.

W Lutym r. 1886-go zgłosił się do mnie p. Maryjan KOZIEŁŁO, uczeń gimnazyjum w Goldyndze, lat 21, skarżąc się na bóle przy poruszeniach gałek ocznych, znaczne bóle w skroniach, błyski i ciemne plamy przed oczami. Przedemną inny lekarz zaordynował mu postawić po 2 pijawki na skroniach, co też choremu znaczną sprawiło ulgę, a Dr. ZWINGMAN w Rydze zapisał okulary.

Wziernik wykazał: części odszkroniowe tarcz obu nerwów wzrokowych białawym wysiękiem pokryte, wysięki owe zajmują też półksiężycowo części siatkówek. Tętnice lekko zamglone. Tarcze mocniej zaróżowione. Rozpozna-  
łem: *Perineuritis retrobulbosa*. Barwikoicy nie ma. Za-

uważyłem przytém, że chory w całym ciele miał drzenie i wydawał się mocno podrażnionym. Nie mając ze sobą *perimetru* nie mogłem ściślej oznaczyć ozrenu (pol. wid.), jednakże widoczném było znaczne zwężenie ozrenu szczególnie od strony skroniowej. 10 Maja 1886 r. badałem ozrenność (pole widzenia) chorego za pomocą *perimetru* i znalazłem znaczne zwężenie ozrenności szczególnie od skroni. (Patrz rys. 1 A. B.) Przy badaniu wziernikiem znalazłem na miejscach wysięku szare zadymienia, które się ciągnęły trochę i wzdłuż tętnic, ale nie żyły. Wzdłuż tętnic w dalszym ciągu ciągną się cieniuchne białawe smugi (nie ma ich przy żyłach). Tarcze zawsze jeszcze trochę przekrwione.

14 Czerwca t. r. znowu badałem ozrenność (pole widzenia) chorego, która się znacznie zwiększyła, a to we wszystkich kierunkach. Teraz tylko zaczyna występować dobarwikowica. Jednocześnie chory skarżyć się zaczyna na osłabienie pamięci: „daleko mi trudniej obecnie czegoś się nauczyć“. Imiona i nazwy niezmiernie prędko zapomina. Gdy to piszę, chory wciąż jeszcze leczy się u mnie: obecnie ozrenność jego wciąż jeszcze zdradza dobarwikowicę.

Zresztą objawy téjże mniej już są wybitne: ustąpił już niedowid (niedoślep) wieczorny, ale na pamięć wciąż się uskarża.

Przypadek ten jest dla nas bardzo ważnym z tego względu, że w początku choroby nie było dobarwikowicy i że ta wystąpiła pod koniec jako wyraz sprawy zanikowej siatkówki. Jednocześnie téż wystąpiło osłabienie pamięci.

Chcąc wytłumaczyć sobie w jaki anatomiczny sposób objaśnić się da owa zależność chorób pamięci, woli i mowy z barwikowém zapaleniem siatkówki, przyjrzyjmy się szematowi MEJNERTA (patrz rys. II.) gdzie nici n. n. wzrokowych w pagórku wzrokowym przechodzą w tory domózgowe (*Corona radiata*). Otóż przypuszczając nieprzer-

walność nici n. n. wzrokowych od czopków siatkówki aż po komórki omózgu, musimy się zgodzić, że zanik jednej takiej komórki, albo zniszczenie jednej z owych nici przyczyniłoby w następstwie z a n i k c a ł e g o t o r u a ż d o c z o p k a w s i a t k ó w c e. W siatkówce na miejscu jednego pionka wielowarstwowego, została by tylko czarna kropka barwiku, t. j. komórka barwikowa, jak wiadomo należąca już do układu naczyniówki.

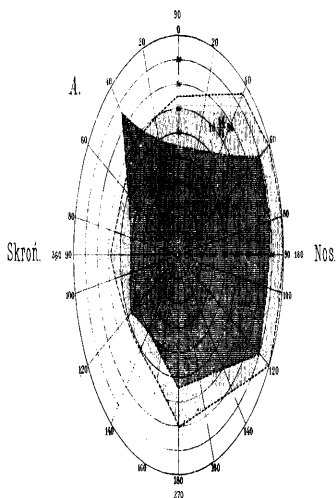
Nerwowe elementa siatkówki można podzielić ze względu na kierunek na pionowe (aż do warstwy włókien nerwowych) i poziome — sama warstwa włókien nerwowych. P i o n k i e m tedy nazwać by można każdy pojedynczy element siatkówki od warstwy przybłonka barwikowego aż po przyczep poziomego włókna nerwowego.

Jeżeli pionek nerwowy siatkówki i nić pozioma zostaną zniszczone, to pozostaje próżna cewka pionowa, dno której stanowi komórka przybłonka barwikowego, a światłem jest zwróconą do oka wziernikującego. Ztąd to wziernikujący widzi na tém miejscu tylko drobnowidną plamkę. Jeżeli jednak zniszczenie włókien poziomych n. wzrokowego, dojdzie tylko do przyczepów pionków siatkówki, wtedy owe pionki zasłoniły by nam z tyłu po za niemi umiejscowiony przybłonek barwikowy. Jeżeli bowiem nie widzimy przybłonka barwikowego w stanie normalnym oka, to tylko dla tego, że pionowe warstwy siatkówki nie muszą być zupełnie przezroczystými.

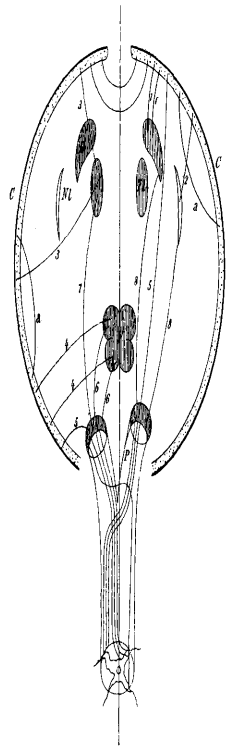
Wiadomo jednak, że ogólnie przyjętém dziś jest zdanie przezroczystości warstw siatkówki, a jako dowód przeswiecanie tła naczyniówki, jak tylko nie stanie przybłonka barwka. Tłumaczy się to jednak inaczej:

Siatkówka podobną jest skórze z siercią prostopadłą do powierzchni skóry. Dokąd sierć stoi nie widać właściwej skóry, ale przeziera ona natychmiast, jak tylko sierć opadnie. Jeżeli wyobrazimy sobie teraz, że skóra została usuniętą, a sierć pozostała, wówczas każdy przedmiot podłużny (jakim są naczynia naczyniówki) położony za

OKO PRAWĘ.



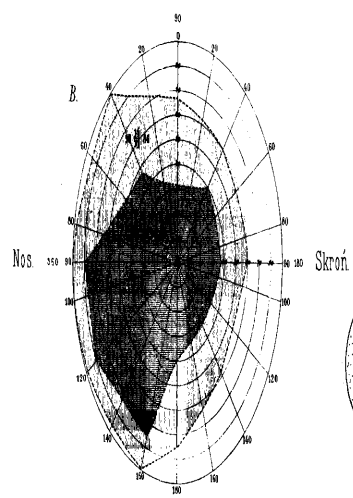
Rys. II.



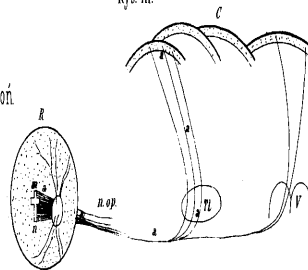
- C, C Owoż.
- G Ciało prążkowe.
- NL Nuci lenticularis.
- TL Pajórek wzrokowy
- V Ciało aworujące.
- P Odnoży miężg.
- 1 Promienie odprężające
- 2 od jądrowe.
- 3, 4 Oskrokwone pajótki.
- 4, 5 ciało aworujące.

Rys. I.

OKO LEWE.



Rys. III.



- R Siatkówka w obr. wzroczek.
- C Korowe zakońce owożgu.
- TL Pajórek wzrokowy.
- V Ciało aworujące.
- n.op n. wzroczowy.
- n.n Obrac. krzyża odbity na siatce oka.
- a.a.a.a.a.a droga jednego toru nerwowego od komórki przybliżenia barwicznego aż do kamionki w korze owożgu.

siercią będzie widzialny pomimo tego, że sierć jest przecie nieprzezroczystą. Musielibyśmy tylko przypuścić przezroczystość najbliższego otoczenia każdego pionka nerwowego siatkówki. Témbardziej, że pewny stopień zaniku siatkówki towarzyszy zawsze obnażeniom tła naczyńkowego; więc owa sierć jest rzadszą.

Obecnie przyjętóm jest inne tłumaczenie zabarwio-  
wień dna ocznego. A. ALT. *Comp. d. Hist. des Auges* str. 130.: „Chorobowe bujanie przybłonka barwikowego bywa nie rzadko, bywa ono prawie w każdym przypadku naczyńkownicy (zapalenia naczyńki). Dalej nieco mówi, że siatkówkowiec (zap. siatkówki) (*retinitis*) zupełnie jest niezależną od naczyńki i co za tém idzie i od warstwy przybłonka barwikowego. Z tém wszystkiém jednak ALT utrzymuje, że bujanie przybłonka barwikowego może się odbywać bez wszelkiego udziału ze strony naczyńki i takowe to bujanie nazywa barwikowicą (zwyrodnieniem barwikowem) siatkówki. Zanik zaś siatkówki tłumaczy mechaniczném niszczeniem warstw siatkówki przez rozrost przybłonka barwka. Może to być zupełnie sprawiedliwem przy obnażeniach tła naczyńki; przy czystych formach siatkowicy barwikowej (zapalenie siatkówki barwnikowe) takie tłumaczenie nie wystarcza: skąd bowiem ta dziwna symetryja, powiedziałbym plan w barwikowym zaniku siatkówki?

Bardzo być może, że nie związany już z mózgiem przybłonkobarwek zaczyna bujać, ale zanik siatkówki musi budzić owo bujanie, a nie odwrotnie jest następstwem tego bujania.

Istnienie barwikowicy siatkówkowej bez wystąpienia zabarwień jeszcze bardziej dowodzić się zdaje naszego założenia, gdyż jest to sprawa zaniku nerwoskładu siatkówki, (pierwiastków nerwowych) a barwek swym rozrostem nie niszczy jój tutaj.

Różne formy zaniku n. wzrokowego, przebiegające bez dobarwikowicy, zdają się pozornie przeczyć naszemu tłu-



maczeniu. Często bowiem bardzo, przy bardzo już silnym stopniu zaniku tarczy, siatkówka czasem przedstawia zupełnie jeszcze normalny wygląd. Wiadomo, że nie wszystkie włókna n. wzrokowego są włóknami zrennemi <sup>1)</sup>. Przy t. zw. białym zaniku <sup>2)</sup> n. wzrokowego pamięć i słuch pozostają zwykle nietkniętymi, a tęczęwka oddziaływać nie przestaje na eserinę i atropinę. Najważniejszymi muszą tu być t. zw. włókna sympatyczne i zanik tychże, już jest dostateczną przyczyną zaniku wzroku. Ztąd to zanik naczyń jest może najgłówniejszą nie tylko oznaką, ale i podstawą zaniku wzroku: zakorkowanie (zaczopowanie, zatkanie) tętnicy centralnej natychmiastową i wieczną sprowadza ślepotę, chociaż cały nerwoskład siatkówki pozostał jeszcze cały i nietknięty.

Przeciwnie utrata nawet bardzo znaczna włókien zrennych (wzrokowych) nie przeszkadza odżywaniu reszty. I rzeczywiście jakkolwiek silną byłaby dobarwikowica pierwotna (*ret. pigment. essent.*), nigdy jednak prawie do

<sup>1)</sup> Centralbl. für Augenheil. August 1886 r. str. 229: Demonstration der Sehfäsern und Pupillenfasern des Nervus opticus v. Gudden. ... „durch nicht zu tief greifende fortaame eines oberen Hügels des Corp. quadr. eines Kaninchen auf dem entgegengesetzten Auge blind machen könne, ohne dass dessen Pupillenbewegung leide. Der zugehörige N. opticus zeige sich nacherflegter Atrophie beider section kleiner sei aber weiss und enthalte normale Nerwenfasern.....

Schneide man dagegen intracraniell den N. opticus selbst durch, so werde er grau, enthalte gar keine Nerwenfasern mehr und die Pupille sei etwas mehr als mitterweit.

. . . . . i dalej: Es müssten dem nach 3 Centren für den n. opticus vorhanden sein und zu jedem ein Nerwenfasern gehören.

<sup>2)</sup> Ciekawą jest rzeczą, że tarcza przy *retinitis pigmentosa* zawsze nosi na sobie wyraz zaniku a L. Mauthner (Lehrb. der Opht. d. Aug. str. 387) stanowczo utrzymuje, że *retinitis pigmentosa* „kein entzündliches Leiden der Netzhaut ist, sondern dass es sich hier bei um eine typische progressive Atrophie des Sehnerwen und der Netzhaut handelt, bei welcher es gewöhnlich zur Entwicklung von Pigment in der Retina kommt.

zupelnój ślepoty nie prowadzi, a często nawet stan obecny daje nadzieję jakiegoś polepszenia.

Z drugieój znowu strony pewien stopień dobarwikowicy zdaje się towarzyszyć wszystkim formom zanikowym, ale tylko zwykł się wstawiać w późniejszych okresach cierpienia. Może też przyczyną tak zwykłej dobarwikowicy u idyotów, kretynów i głuchoniemych jest to, iż im od urodzenia przez niedorozwój brakuje znacznej ilości włókien omózgosiatkówkowych.

Oslabienie tedy czyli zanik pamięci, woli i mowy polegałoby w danych przypadkach na podstawie anatomicznej zaniku części torów omózgosiatkówkowych i na zmniejszanej wrażliwości pozostałych.

---

# O OPERACYJNĒM LECZENIU OSTREGO ZAPALENIA OTRZEWNY

PODAŁ

Dr. RUDOLF TRZEBICKY.

Docent chirurgii

1-szy asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

---

Leczenie ostrego, ropnego, septycznego zapalenia otrzewny było, jak wiadomo, do niedawna monopolem medycyny wewnętrznej. Lekarz ograniczał się do podawania przetworów makowca, stosowania okładów i t. p. a w ogóle był zupełnie bezsilnym w obec tej zabójczej choroby. O energicznym, operacyjnym zabiegu przed kilku laty nikt jeszcze nie myślał! Powodów zaś tego było aż nadto. Do niedawna zaledwie małej liczbie „specyjalistów“ dozwolonym było szczyścić się świetnymi, operacyjnymi wynikami w zakresie chirurgii brzucha. Większość chirurgów uważała jamę brzuszną za *noli me tangere*. Nawet w nowszych niektórych podręcznikach naukowych, można znaleźć jeszcze radę, by przy przeszywających ranach brzucha, połączonych z obrażeniem jelita (bez wypadnięcia naturalnie takowego), ograniczyć się do podawania przetworów makowca, przestrzegania ścisłej diety i zachowania spokoju. Także i stosunki mechaniczne dla operacyjnego leczenia zapalenia otrzewny są mało korzystne. Podczas gdy się n. p. wysięk przy ropnym zapaleniu opłucny w jednej

większej jamie nagromadza i jednóm cięciem przy pomocy ruchów oddechowych na zewnątrz może być wydalonym, w jamie brzusznej nagromadza się w rozmaitych zaułkach i zatokach i stamtąd tylko z mozołem, po dłuższym czasie i to nie z wszelką pewnością usuniętym być może. Wreszcie należy jeszcze i o tém pamiętać, że otrzewna ma większą od wszystkich innych błon surowicznych własność wysysania; istoty trujące wprowadzone do jamy otrzewnowej wywierają prawie równie tak szybko swe zgubne skutki, jak wprowadzone wprost do naczyń krwionośnych. Okoliczność ta tłómaczy nam dostatecznie szybko występujące objawy zakażenia septycznego, grożącego choremu niekiedy już wtenczas, kiedy jeszcze lekarz nie jest w stanie pewnego rozpoznania zrobić. Nic więc dziwnego, że mało kto ważył się próbować leczyć zapalenie otrzewny drogą operacyjną. Wprawdzie KAISER (24) <sup>1)</sup> i TRUC (72) donoszą o dość licznych przypadkach, w których z powodu zapalenia otrzewny przekłuto trójgrańcem lub też przecięto nożem powłoki brzuszne, większą jednakże ilość tychże stanowią przypadki powoli, przyostro przebiegające, albo też takie, w których chorzy przebywszy szczęśliwie szczyt choroby, z powodu znacznego bardzo wysięku byli operowani.

Myśl, by na szczycie a jeszcze lepiej w początku choroby operować, wyłoniła się dopiero w ostatnich latach. Pierwsi w tym kierunku byli owariotomiści, którzy nie obawiali się rany laparotomijnej otworzyć, do jamy otrzewnowej dren włożyć a nawet całą jamę przestrzykać, skoro się tylko pierwsze objawy septycznego zapalenia otrzewny pojawiły. HEGAR, KALTENBACH i SCHROEDER mimo to nie mogli zapobiedz zejściu śmiertelnemu. KOEBERLE w przypadku, w którym w 6 dni po owariotomii wywiązało się

---

<sup>1)</sup> Liczby, dołączone do imion własnych, odnoszą się do spisu literatury, umieszczonego na końcu rozprawy.

septyczne zapalenie otrzewny, otworzył jamę brzuszną bez narkozy, wypuścił około 150 gr. krwawego wysięku, po dokładném zaś zastosowaniu toalety jamy otrzewnowej dren założył. Zupełne wyleczenie, zaburzone tylko różą przyranną. CECI (14) przepłukał jamę brzuszną przy ropném zapaleniu otrzewny po wycięciu śledziony rozczynek *zinci sulfo-carbolici* i w ten sposób chorego uratował. PEAN (53) i SP. WELLS (65) polecają również gorąco następową laparotomię i toaletę jamy otrzewnowej. TAIT wśród podobnych okoliczności przy rozpoczynającym się zapaleniu otrzewny o 2 korzystnych wynikach wspomina. ELIAS w przypadku, w którym po owariotomii ropne zapalenie otrzewny się wywiązało i w którym kilkakrotna punkcja bez skutku pozostała, doprowadził do wyleczenia zapomocą drenowania. Wreszcie MARTIN (35) opisuje 8 przypadków, w których po części on, po części jego ojciec otworzyli ranę po laparotomii i dren wprowadzili. Jedną chorą w ten sposób uratowano. Pierwsze jednakże próby leczenia zapalenia otrzewny drogą chirurgiczną pochodzą od NETTERA (42). Wychodząc ze stanowiska, że główne niebezpieczeństwo przy septyczném zapaleniu otrzewny pochodzi z powodu własności żrącej wysięku, radzi on zrobić punkcję trójgrańcem i jamę brzuszną przestrzykać letnią wodą, przez co się naturalnie wysięk rozcieńcza. W razie, jeżeli po jednorazowej irrygacyi objawy zapalenia otrzewny nie ustępują, wówczas poleca on powtórzną punkcją i przepłukanie. W 6 lat później MOSMANN starał się postępowanie to uzasadnić zapomocą doświadczeń na zwierzętach. Robił on następujące doświadczenia: Otworzył jamę brzuszną psa, naciął woreczek żółciowy tak, że żółć do jamy brzusznej się wlała, następnie zeszył i drenował ranę. Po 24 godzinach zwierzę było chore, z drenu zaś wylało się około 150 gr. krwawosurowiczéj cieczy. Następnie przez dren wlewał tak długo gorącą wodę do jamy otrzewnowej, aż zupełnie czysta woda nie odpływała. Zwierzę wyzdrowiało. Drugi pies, któremu również to samo obrażenie za-

dał, jednakże następowo jamy otrzewnowej nie przestrzyknął, zginął z powodu zapalenia otrzewny. Następnie wstrzyknął on 2 świnkom morskim po 20 cm. kub. surowiczo-krwawego wysięku wziętego z psa pierwszego do jamy brzusznej. Obie wkrótce dostały drgawek, poczem wystąpiła śpiączka. Jednej wstrzyknięto tylko 10 cm. letniej wody do jamy brzusznej, poczem zwierzę wyzdrowiało, podczas kiedy drugie następnego dnia już nie żyło. Wreszcie wstrzyknął on 2 królikom po 5 cm. kwasu azotowego, po czém zaraz objawy ostrego zapalenia otrzewny wystąpiły. Po 12 godzinach wstrzyknął on obu zwierzętom po 20 cm. wody do jamy otrzewnowej, zwierzęta wkrótce wyzdrowiały. Dwa inne króliki, u których wody nie wstrzykiwano, po 24 godzinach uległy chorobie. Jakkolwiek dalekim jestem od tego, by powątpiewać o ścisłości doświadczeń MOSIMANN'a, to jednak muszę wyraźnie zaznaczyć, iż dzisiaj nie wytrzymują one krytyki. GRAWITZ bowiem wykazał, że wstrzyknięcie mikroorganizmów, wywołujących ropienie, które przecież w wysięku wstrzykniętym z pewnością się znajdowały, albo téż wstrzyknięcie istot żrących (przy zachowaniu antyseptyki) nie wywołuje zapalenia otrzewny. O ile ja wiem, metodę tę u człowieka raz tylko zastosowano. JOBERT de LAMBALLE opisuje przypadek, w którym zapalenie otrzewny powstałe po zranieniu wątroby wyleczono za pomocą wstrzykiwań letniej wody.

W nieco dokładniejszej formie poleca dopiero LEYDEN (29) laparotomię w celu leczenia ropnego zapalenia otrzewny. W wykładzie o tej sprawie wyraża się on w następujący sposób: „Nie mogę o tém zamilczeć, że od pewnego czasu wciąż mi po głowie chodzi, czy by téż nie było możliwém leczyć zapalenie otrzewny drogą operacyjną“. W każdym razie i LEYDEN także jest przekonany o licznych trudnościach, jakie temu zadaniu na drodze staną a mianowicie o trudności wczesnego rozpoznania i dokładnego przepłukania jamy brzusznej. W ostatnim wreszcie

czasie ogłoszono kilka jakkolwiek zupełnie odosobnionych spostrzeżeń wyleczenia zapalenia otrzewny po przedziurawieniu (*peritonitis perforativa*) zapomocą laparotomii. MRKULICZ, OBERST, KROENLEIN i inni w tym kierunku przodują. Samój sprawie wcale to ujmij nie czyni, że w przypadkach tych na podstawie mylnego rozpoznania operowano (najczęściej rozpoznawano niedrożność jelit), jak też i to, że obok dodatnich wyników także i ujemne ogłaszano. W każdym razie kwestyja ta, która, jak KROENLEIN słusznie zauważył, przy obecnym stanie chirurgii brzucha „w powietrzu wisi“, powszechnie bywa roztrząsaną i wyczekuje teraz załatwienia. Znaczna ilość przypadków zapalenia otrzewny pozostanie prawdopodobnie jak dawniej tak i teraz niedostępną żadnej terapii; mam tu na myśli przypadki, w których zapalenie otrzewny stanowi tylko podrzędny objaw gwałtownego zakażenia septycznego. W tych przypadkach każde leczenie byłoby bezskuteczném. W pozostałych jednak przypadkach może będziemy mogli już w najbliższej przyszłości korzystnie rokować! Także w przesywających ranach brzucha z obrażeniem jelita polecano w ostatnich czasach więcej dodatnią terapię, dawniejsze bowiem wyczekiwanie prawie bez wyjątku śmiercią chorego się kończyło. ALBERT, NUSSBAUM, HUETER, GROSS, BERGER, LESAS i inni przemawiają w przypadkach takich stanowczo za laparotomią. Zresztą już RAVATON polecał przy przesywających ranach brzucha ranę rozszerzyć i chorego stale na brzuchu ułożyć, ażeby nagromadzająca się wydzielina łatwo na zewnątrz wydaloną być mogła. O 2 przypadkach w ten sposób wyleczonych wspomnę poniżej. SIMS (63) poleca stanowczo laparotomią w tych obrażeniach a mianowicie w ranach postrzałowych; jest on stanowczym zwolennikiem jak najszybszej laparotomii w połączeniu ze szwem obrażonego jelita, podwiązaniem krwawiących naczyń i dokładną toaletą jamy brzusznej.

Na podstawie licznych doświadczeń na zwierzętach PARKES (52) wykazał słusność dopiero co wspomnianych zasad. Do 37 psów strzelał on z niewielkiej odległości z rewolweru i karabinu. 3 zwierzęta zginęły bardzo prędko w skutek krwotoku z dużych naczyń brzucha, 12 zginęło w przeciągu 24 godzin w skutek znacznej utraty krwi lub też z powodu rozległych zniszczeń narządów wewnętrznych. Według zapatrywania PARKESA wszystkie te obrażenia były zaraz z początku śmiertelne i zwierzęta te byłyby poginęły, gdyby nawet zaraz po obrażeniu laparotomia nie wykonano, 2 lekko zranione psy zginęły przy wyczekującym leczeniu, 9 psów uratował za pomocą laparotomii w połączeniu z utamowaniem krwotoku, szwem, względnie rezekcją jelita i toaletą jamy otrzewnowej, podczas kiedy 11 pomimo operacyjnego leczenia zginęło po 3 dniach do 3 tygodni.

Poniżej pozwolę sobie zestawić wszystkie w dostępnej mi literaturze ogłoszone przypadki ostrego ropnego septycznego zapalenia otrzewny leczonego operacyjnie, jak również wszystkie przypadki, w których laparotomija z powodu zranienia jelita była wykonaną. W celu łatwiejszego przeglądu podzielię wszystkie te przypadki na następujące grupy:

1) Zapalenie otrzewny po przedziurawieniu jelita w skutek wrzodu (tu zaliczam także te przypadki, w których przy uwiecznionej przepuklinie bez przedziurawienia jelita zapalenie otrzewny się wywiązało).

2) Zapalenie otrzewny po przedziurawieniu urazowym.

3) Zapalenie otrzewny po pęknięciu ropni i guzów.

4) Zapalenie otrzewny połogowe.

5) Zapalenie otrzewny samoistne.

6) Zapalenie otrzewny po laparotomii.

Przypadki ostatniej grupy spostrzegano z pewnością częściej, aniżeli je ogłaszano. O ogłoszonych wspomiałem właśnie powyżej.



1) Zapalenie otrzewny po przedziurawieniu jelita wskutek wrzodu.

1) BARLOW i GODLEE (6). Dwudziestoletni mężczyzna zasłabł nagle wśród objawów *ileus*. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny. Czwartego dnia laparotomija. Ogólne silne zapalenie otrzewny zwłaszcza w okolicy zgrubiałego wyrostka robaczkowego (przedziurawienie?). Przeciwotwór w prawej *fossa iliaca*. Drenowanie rany. Wypłukanie jamy otrzewnowej roztworem sublimatu (1 : 500). Wyleczenie. W ciągu leczenia białkomocz i zapalenie gruczołu przyusznego.

2) BURCHARD (11) opisuje przypadek zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita, wyleczony zapomocą laparotomii.

3) CHAPUT i LE FORT (12). Rozpoznanie pierwotne zapalenia otrzewny gruźliczego, następnie zmienione na wgłobienie jelita. Laparotomija. Wypuszczenie znacznej ilości cuchnącego wysięku kałowego. Drenowanie. Zamknięcie rany. Śmierć po 15 minutach. Przy sekcji pokazało się, że wyrostek robaczkowy był jakimś ciałem obcym przedziurawiony.

4) ESCHER (88). 28-letni mężczyzna zaniemógł po ciężkiej pracy nagle wśród objawów ostrego zapalenia otrzewny. Ponieważ chory widocznie na siłach podupadał, przystąpiono 3-go dnia do laparotomii. Z jamy brzusznej wylała się znaczna ilość płynu surowiczego mętnego, zawierającego liczne strzępy włóknikowe; wypocina ta nieco cuchnąca zawartą była w jamie, której ściany tworzyły pozlepiane ze sobą pętle jelita. Przedziurawienia jelita nie znaleziono. Ze względu na to, że chory był prawie już konający, wypłukano tylko jamę kwasem borowym i założono do niej sączek. Nadspodziewanie chory wyzdrowiał; pozostała tylko nader uporczywa przetoka jelitowa, która do zupełnego zamknięcia potrzebowała 16 miesięcy.

5. ESCHER (88). 20 letni mężczyzna przyjęty do szpitala z powodu ostrego zapalenia otrzewny. Po otwar-

ciu jamy otrzewnowej, wypływa nieco niecuchnącego płynu surowiczego. Jelita, posklejane pomiędzy sobą świeżą wypociną, otaczają dużą jamę, z której wypływa ciecz żółtawa mocno cuchnąca, podobna do stolców durowych. Zaniechano odszukania miejsca przedziurawienia jelita, powstałego prawdopodobnie po wrzodzie tyfusowym i ograniczono się jedynie na założeniu sączka do opisanej jamy. Wyleczenie zupełne bez jakichkolwiek powikłań.

6) ISRAEL (23). Po prawej stronie przepuklina. Zapalenie otrzewny. Ponieważ przy herniotomii pokazało się, że pętla jelita jest nienaruszoną, dla tego kanał pachwinowy przecięto i wypuszczono z jamy brzusznej dość znaczną ilość ropy. Przepłukanie jamy brzusznej tymolem. Wyleczenie.

7) KROENLEIN (26). 17-letni chory. Objawy *ileus* od 2 dni, upadek sił. Okolica kiszki ślepej bardzo bolesna. Cięcie w linii białej. Z *fossa iliaca* po stronie prawej wylała się znaczna ilość posokowatej, ropnej, mocno kałem cuchnącej cieczy. Jelita wyciągnięto na zewnątrz i obmyto 2½% roztworem kwasu karbolowego. Przytém okazało się, że wyrostek robaczkowy jest przedziurawiony. Rezekcja tegoż po podwiązaniu. Toaleta jamy brzusznej. Śmierć po 2 dniach.

8) KROENLEIN (26). Chory 8-letni. *Ileus* od 8 dni. Rozległe zapalenie otrzewny, zapad. Laparotomia. Znaczna ilość surowiczo-krwawego wysięku, przyjmującego w niektórych miejscach wyraźny charakter posokowato-ropny. Jelita, wyjęte na zewnątrz, opłukano ½‰ roztworem sublimatu. Miejsca przedziurawienia jelita ani żadnej innej przyczyny zapalenia otrzewny znaleźć nie można było. Zupełne wyleczenie.

9) KROENLEIN (26). Chory 61-letni. Rozpoznano zapalenie otrzewny z powodu przedziurawienia jelita. Zapad. Laparotomija bez narkozy. Znaczna ilość posokowato-ropnego wysięku. Otwór w przedziurawionej pętli jelita cienkiego zeszyto, jamę otrzewnową oczyszczono

gąbkami, maczaniami w  $\frac{1}{2}\%$  roztworze sublimatu. Ranę w powłokach brzusznych zeszyto. Śmierć następnej nocy.

10) LITTEN. Objawy zapalenia otrzewny ograniczonego w prawej okolicy biodrowej, zapalenie tkanki podskórnej (*phlegmone*) w tém miejscu. Zapomocą punkcyi wypuszczono około 1000 gr. mocno cuchnącej ropy. W dolnym kącie rany znaleziono otwór w jelicie, który zeszyto. Wyleczenie po czasowém utworzeniu się przetoki kałowej.

11) LUECKE (31). Chora 28-letnia. W położu dostała chora duru brzuszno. Zapalenie otrzewny w skutek przedziurawienia jelita, wymioty, znaczny upadek sił. Przy laparotomii wylała się znaczna ilość cieczy słabo kałem cuchnącej ze strzępami zmieszanej. W kiszce cienkiej znaczny otwór, obok jeszcze przeświecające wrzody. Rezekcja przedziurawionej pętli jelita. Wyplukanie jamy otrzewnowej kwasem salicylowym. Śmierć wśród upadku sił dnia następnego.

12) MIKULICZ (36). Chorego oddano do leczenia ze znacznym upadkiem sił. Rozpoznano zapalenie otrzewny po przedziurawieniu jelita. Przy laparotomii znaleziono w jamie brzusznej znaczną ilość płynu i niestrawionych pokarmów. Na małej krzywiznie żołądka blisko wpustu otwór szczelinowaty 6 do 8 cm. długi. Zeszycie, wyplukanie jamy otrzewnowej tymolem. Śmierć po 3 godzinach.

13) MIKULICZ (36). Chory 49-letni. Od 8 dni objawy niedrożności jelit. Rozpoznanie wahało się między *perityphlitis* a wgłobieniem jelita. Przy laparotomii wylało się przeszło 1 litr cieczy cuchnącej, posokowato ropnej. Jelita w znacznej części ze sobą pozlepiane. Przyczyny zapalenia otrzewny nie znaleziono. Toaleta jamy otrzewnowej zapomocą gąbek, szew rany brzucha.

Przez 2 dni wybitne polepszenie, po następnych 2 dniach śmierć. Sekcja wykazała: liczne przedziurawienia wyrostka robaczkowego.

14) MIKULICZ (36). Od 3 dni objawy niedrożności jelit. Rozpoznano surowiczoro-pne zapalenie otrzewny, niedrożność jelita prawdopodobnie wskutek wewnętrznego uwięźnięcia albo też skręcenia około osi. Po otworzeniu jamy brzusznej wypłynęło około 1 litra cuchnącej ropy. W głębi jamy brzusznej niestrawione ziemniaki. Pętlę jelita cienkiego w bliskości kiszki ślepej znaleziono przedziurawioną (prawdopodobnie po wrzodzie durowym). Wycięcie brzegów wrzodu, zeszytanie jelita, toaleta otrzewny, szew bez drenowania powłok brzusznych. Wyleczenie po częstym rozejściu się rany w powłokach.

15) NEDOPIL (41). U 53-letniej chorzej przepuklina udowa, od 8 dni uwięźnięta. Przy operacji wsunęło się jelito do jamy brzusznej, a przez bramę przepuklinową zaczęły się masy kałowe wydostawać nazewnątrz. Natychmiastowa laparotomia. Jama brzuszna wypełniona kałem. Obumarłą i przedziurawioną pętlę jelita rezekowano i zeszyto. Przepłukanie 1‰ roztworem tymolu jamy brzusznej. Śmierć po 6 godzinach.

16) OBALIŃSKI (45). 19-letni chłopak. Od kilku dni objawy niedrożności. Przy laparotomii znaleziono w głębi gęstą ropę i jelita ze sobą pozlepiane. Zeszytanie rany w powłokach brzusznych. Śmierć po 30 godzinach. Sekcja wykazała przedziurawienie wyrostka robaczkowego przez kamyk kałowy.

17. OBALIŃSKI (46). Chory 37-letni, objawy niedrożności. Przy laparotomii wylało się kilkaset gramów mętniej cieczy. Na jelicie cienkim miejscami strzępy włóknikowe wielkości centa, prawdopodobnie odpowiadające wrzodom durowym błony śluzowej. Toaleta gąbkami maczanymi w kwasie borowym. Wyzdrowienie.

18) OBALIŃSKI (47). Chora 18-letnia. Objawy *ileus* od 3 dni, znaczny zapad, zapalenie otrzewny, bardzo mało mocno cuchnącego wysięku. Przedziurawienie wyrostka robaczkowego przez kamyk kałowy. Rezekcja wyrostka.

Przeplukanie jamy brzusznej kwasem borowym. Śmierć po 3 godzinach.

19) OBALIŃSKI (47). Chory 36-letni. Objawy *ileus* z powodu odprowadzenia *en masse* przepukliny pachwinowej. Laparotomija. Otrzewna jelitowa mocno nastrzykana. Przeplukanie jamy otrzewnowej kwasem borowym. Wyzdrowienie.

20) OBALIŃSKI (47). Od 5 dni objawy *ileus*, znaczny upadek sił. Przy laparotomii wylała się znaczna ilość cuchnącej cieczy. Z powodu bardzo słabego tętna należało operację jak najprędzej ukończyć. Ranę w powłokach zeszyto. Śmierć po 10 minutach.

21) OBALIŃSKI (47). Parobek 22-letni. Rozpoznano zapalenie otrzewny albo z powodu niedrożności, albo przedziurawienia jelita. Znaczny upadek sił. Przy laparotomii znaleziono okręcenie się pętli jelita cienkiego i ropne zapalenie otrzewny. Toaleta kwasem borowym. Śmierć po 10 godzinach.

22) OBERST (48). Chory 48-letni, od 4 dni uwięźnięcia starej przepukliny pachwinowej. Ponieważ w worku przepuklinowym znaleziono tylko ciecz posokowatą, jelita zaś nie było, dlatego wykonano laparotomię. W pętli jelita cienkiego otwór wielkości monety 50 fenigowej. Toaleta jamy otrzewnowej kwasem salicylowym, założenie sztucznej rzyci. Wyzdrowienie. Chory umarł po 9 tygodniach z powodu niedostatecznego odżywiania się, powstałego najprawdopodobniej wskutek sztucznej rzyci.

23) PLENIO (54). Osoba 60-letnia zachorowała wśród objawów ograniczonego zapalenia otrzewny. Punkcja próbna wykazała gazy, kałem cuchnące i ciemną gęstą ciecz. Przy wykonanej natychmiast laparotomii pokazała się jama otorbionego ropnia, z której wydostały się gazy, części pokarmowe i ciecz cuchnąca. Miejsca przedziurawienia nie szukano, jamę karbolem oczyszczono i drenowano. Wyleczenie po 6 tygodniach. Prawie po pół roku wystąpiły znowu objawy *ileus* i ogólnego zapalenia otrzewny. Przystą-

piono do enterotomii. Po długim szukaniu udało się odnaleźć dawne miejsce przedziurawienia. Jelito w tém miejscu na przestrzeni 3 cm. skurczyło się w postronek tak cienki, że ledwie sonda przejść mogła. W tkance bliznowatej otaczającej jelito znaleziono 12—20 pestek wiśniowych. Założenie sztucznej rzyci, śmierć następnego dnia.

24) POELCHEN (90). Młody człowiek zapadł nagle na ostre zapalenie otrzewny, powstałe najprawdopodobniej wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Gdy środki wewnętrzne stosowane przez cały miesiąc okazały się bezskuteczne, przystąpił Dr. SCHNEIDER do laparotomii. Jama brzuszna zawierała przeszło 4 litry gęstej ropy; jelita były pokryte wypociną włóknikową i ze sobą posklejane. Po oczyszczeniu jamy brzusznej, zespojono ranę w powłokach bez założenia sączka. W ciągu dalszego leczenia rana kilka razy sama się rozeszła, po czém za każdym razem wypływała z jamy brzusznej znaczna ilość ropy. Chory wyzdrowiał zupełnie.

25) PONCET. Od 5 dni objawy *ileus*, znaczny upadek sił. Laparotomija bez narkozy. Dość znaczna ilość cuchnącego wysięku.

Przyczyny zapalenia otrzewny nie znaleziono. Przestrzykanie jamy brzusznej roztworem sublimatu (1 : 2000). Drenowanie. Śmierć tego samego wieczora. Przy sekcji pokazało się, że wyrostek robaczkowy był punktem wyjścia całego cierpienia.

26) REYNIER. Z powodu niedrożności jelita laparotomija, przy której znaleziono tylko ropne zapalenie otrzewny. Śmierć po 7 godzinach. Przy sekcji znaleziono przedziurawienie kiszki ślepej z powodu wrzodu.

27) ROTHE (58) (przypadek ten nie jest mi bliżej znanym) wykonał laparotomię z powodu wewnętrznego uwięźnięcia jelita przy istniejącym już zapaleniu otrzewny.

28) STELZNER (89). U pacjenta wystąpiły przed 3-ma dniami objawy niedrożności jelit i zapalenia otrzewny.

Upadek sił. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęło z téjże nieco krwawej wypociny. Przyczyny niedrożności odszukać nie zdołano. Ranę brzuszną zespojono napowrót. Śmierć nastąpiła w 5 godzin wśród upadku sił, coraz bardziej się wzmagającego.

29) STELZNER (89). Chłopiec 9-cioletni zaniemógł nagle wśród objawów niedrożności jelit i zapalenia otrzewny. Leki wewnętrzne stosowane przez 4 dni nie odniosły żadnego skutku. Wobec tego przystąpił STELZNER do laparotomii i przy téj sposobności przekonał się, że punktem wyjścia zapalenia otrzewny było owrzodzenie wyrostka robaczkowego. Wypłukano jamę brzuszną kwasem salicylowym. Śmierć nastąpiła w 6 godzin.

30) STELZNER (89). Pacjent 33 lat liczący od 4-ch dni zaniemógł na zapalenie otrzewny. Przy laparotomii znaleziono wrzody w wyrostku robaczkowatym, które przeniknęły do jamy otrzewnowej. Wykonano rezekcję wyrostka robaczkowego. Śmierć w  $2\frac{1}{2}$  godzin.

31) STELZNER (89). U 56-letniej pacjentki wystąpiły po odprowadzeniu obustronnej uwięźniętej przepukliny objawy zapalenia otrzewny. Wykonano laparotomię i znaleziono przedziurawienie ścian jelita w jedném miejscu. Brzegi otworu wycięto i zespojono za pomocą szwu jelitowego, i przepłukano jamę otrzewnową kwasem salicylowym. W 13 godzin nastąpiła śmierć.

32) STELZNER (89). Pacjentka 44 lat licząca, zgłosiła się do szpitala z powodu przepukliny uwięźniętej od 3-ch dni. Odprowadzenie dało się z łatwością wykonać wśród narkozy chloroformowej. Gdy jednakże objawy niedrożności i nadal się utrzymywały, wykonano herniolaparotomię i znaleziono świeże zapalenie otrzewny powstałe wskutek przedziurawienia jelita. Postępowanie było takie same jak w poprzednim przypadku. Zejście śmiertelne.

33) STELZNER (89). Pacjentka 43 lat licząca, sama odprowadziła sobie uwięźniętą przepuklinę. Gdy objawy

gwałtowne niedrożności potem wcale nie ustąpiły, wykonano laparotomię, i przekonano się, że wskutek przedziurawienia pętli jelita czczego rozwinęło się zapalenie otrzewny. Brzegi otworu w jelicie zeszyto, i zespojono również ranę brzuszną bez zakładania sączka. Wyleczenie po 4-ch tygodniach.

34) WAGNER (77). U 17-letniego chorego, u którego rozpoznano zapalenie otrzewny w skutek przedziurawienia, wykonano najpierw z powodu znacznej duszności nakłócie brzucha i wypuszczono nieco cuchnącej cieczy. Skoro jednakże stan chorego się nie poprawił, naciął THIERSCH szeroko powłoki brzuszne i wypuścił około 3 litrów cuchnącej cieczy. Na dnie dużej jamy leżały pętle jelit silnie ze sobą pozlepiane. Przedziurawienia jelita nie znaleziono. Drenowanie. Przez dłuższy czas utrzymywała się przetoka jelitowa, która później sama się przez się zamknęła.

II. Zapalenie otrzewny z powodu przedziurawienia jelita po urazie i poranach brzucha bez obrażenia jelita.

35) ANNAUDALE (4). Postrzał z rewolweru u młodego chłopca. Rozszerzenie rany. Jelito w kilku miejscach przedziurawione. Zamknięcie otworów zapomocą szwu, toaleta zapomocą rozczyunu sublimatu. Śmierć po 28 godzinach.

36) BARDELEBEN (5). Mężczyzna 27-letni upadł z wagonu tramwajowego płasko na brzuch. Od tego czasu objawy *ileus*. Po 3 dniach laparotomija. B. znalazł 3—4 cm. długi otwór w jelicie, a w jamie brzusznej wolną ciecz cuchnącą, zeszyte jelita, przepłukanie jamy otrzewnowej kwasem salicylowym. Śmierć po 24 godzinach.

37) BANDENS (wspomniany przez Mikulicza). Rana postrzałowa w okolicy żołądka. Rozszerzenie rany, wyciągnięcie na zewnątrz jelita w 2 miejscach skaleczonego. Rezekcja pętli 8 cali długiej. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny powstałego w skutek trzeciej rany w jelicie niespostrzeżonej przy operacji.



38) BILLROTH (82). Przedziurawienie zgięcia esowatego wprowadzonym pędzlem malarskim. Zapalenie otrzewny. Laparotomija. Wyjęcie ciała obcego, wycięcie i zeszyte brzegów owrzodziałych, toaleta jamy otrzewnowej. Śmierć wśród upadku sił tego samego dnia.

39) BILLROTH (przytoczone w HACKERA „operacjach żołądka“). Kobięta 63-letnia zraniła się w brzuch rewolwerem w zamiarze samobójczym. Przyjęcie do kliniki w 8 godzin po wypadku. Otwarcie jamy brzusznej cięciem prawie poprzecznym 15 cm. długości, rozpoczynającym się w linii środkowej i ciągnącym się ku stronie lewej i górze aż do 6 żebra. Rezekcja 7 i 8 żebra, między którymi kula weszła. Żołądek w dwóch miejscach przedziurawiony, zeszyte otworów. Kuli nie znaleziono, toaleta jamy brzusznej. Śmierć następnego dnia z powodu zapalenia otrzewny i opłucny.

40) BOUILLY (8). Młody człowiek uderzony okutym kopytem końskim w brzuch. Po 23 godzinach objawy ostrego zapalenia otrzewny, laparotomija. W jelicie cienkim znaleziono otwór. Rezekowano 10 cm. długi kawałek jelita. Trzeciego dnia wytworzyła się sztuczna rzyć w ranie brzusznej. Ogólny stan zupełnie jednakże dobry. 10-tego dnia badano palcem sztuczną rzyć, przyczem przerywano zrosty między jelitem a ścianą brzuszną, w skutek czego treść jelita dostała się do jamy otrzewnowej. Ogólne zapalenie otrzewny i śmierć następnego dnia.

41) BULL (9). Mężczyzna 22-letni postrzelony w brzuch. Po 17 godzinach brzuch przy dotknięciu bolesny. Przy laparotomii znaleziono nie wiele mało cuchnącego wysięku. Jelito w 6 miejscach przedziurawione, wypadnięta jednakże błona śluzowa zamykała mechanicznie otwory. Szew jelitowy. Wyzdrowienie.

42) CHAVASSE (13). Uderzenie kopytym końskim w brzuch bez rany zewnętrznej. Trzeciego dnia z powodu zapalenia otrzewny laparotomija. Otwór w kiszce grubiej poprzecznej zeszyto, toaleta. Śmierć następnego dnia.

43) GRIFFITH (przytoczone przez ADAMSA (3). Rana postrzałowa brzucha ze skaleczeniem jelita. Szew jelitowy. Wyleczenie.

44) KOCHER (25). 14-letni chłopiec skaleczony w okolicę żołądka postrzałem Floberta. W 3 godziny po wypadku wykonał KOCHER laparotomię, przy istniejącym już zapaleniu otrzewny. Zeszycie rany żołądka 1½ cm. długości. Wyleczenie.

45) LANNELONGUE (28). Przeszywająca rana brzucha u dziecka z powodu upadnięcia na szkło. Zeszycie rany. Skoro się jednakże z pomiędzy szwów ropa wydobywać zaczęła, otworzono ranę, wypuszczono z jamy brzusznej nieco krwawej cieczy, następnie założono dren i jamę otrzewnową wypłukano kwasem borowym. Wyzdrowienie.

46) LLOYD (30). Rana postrzałowa brzucha powyżej spojenia łonowego. Wprowadzenie drenu do brzucha. Czwartego dnia z powodu rozwiniętego zapalenia otrzewny laparotomija i szew jelitowy. Śmierć.

47) MISSLAEN (38). Rana w powłokach brzusznych i w kiszce grubiej zadana nożem. Wyzdrowienie.

48) NANCREDE (40). Rana postrzałowa powyżej pępka. Wymioty krwawe. Po kilku godzinach laparotomija. Dwie rany w żołądku i ranę w dwunastnicy zeszyto kilkoma szwami LEMBERTHA. Śmierć po 3 dniach z powodu zbytecznego zadrażnienia *plexus solaris* (?).

49) OWEN (50). Uderzenie w okolicę pępka. Do szpitala przywieziony w znacznym upadku sił. Następnego dnia zapalenie otrzewny. Przy laparotomii znaleziono przedziurawienie jelita cienkiego. Zeszycie. Toaleta. Śmierć po 6 dniach.

50) PARK (51). Rana postrzałowa jelita u 16-letniego chłopca. Szew jelitowy. Śmierć w skutek zapalenia otrzewny.

51) PERCY (87). Rana cięta w podbrzuszu lewém. Rozszerzenie rany. Zeszycie rany w ścianach żołądka. Wyleczenie.

52) PONCET (przytoczone przez TRUCA). Rana kłóta jamy brzusznej. Dziewiątego dnia znaczny upadek sił, zapalenie otrzewny. Rozszerzenie rany, wypuszczenie ropy, przepłukanie sublimatem, założenie drenu. Wyleczenie.

53) RAMSAY (55). 7-letni chłopak zraniony postrzałem z rewolweru. Kula weszła 2 cale na prawo od linii środkowej i 3 cale poniżej pępka. Natychmiast bóle, wymioty, upadek sił. Laparotomija po 6 godzinach. W jedném miejscu кишки grubój poprzecznej znaczne zgniecenie, takowe wycięto i zeszyto. Również zeszyto małą ranę w dwunastnicy. Przepłukanie jamy brzusznej sublimatem (1 : 2000). Śmierć po godzinie.

54) RAVATON (56). Rana kłóta brzucha, zadana szpadą. Przyjęty w znacznym upadku sił. Rozszerzenie rany. Następnego dnia ponieważ wydzieliła się znaczna ilość cuchnącego wysięku, przepłukano jamę brzuszną naparem jęczmienia, ułożenie na brzuchu. Wyzdrowienie.

55) RAVATON (56). Rana cięta brzucha. Chorego objęto w leczenie 5-go dnia w znacznym upadku sił. Rozszerzenie rany, wypuszczenie cuchnącego wysięku. Ułożenie na brzuchu. Założenie drenu. Wyleczenie po 72 dniach.

56. WOTKYNs SEYMOUR (62). Chłopca 16-letniego postrzelono w brzuch z pistoletu. Po 14 godzinach wśród istniejącego już zapalenia otrzewny wykonano laparotomię. Jelita były zaczerwienione, bez połysku, powierzchnia tychże wejrzenia aksamitu, miejscami świeżými skrzepami pokryta. Jamę brzuszną przepłukano letnią wodą. W kiszce grubój poprzecznej znaleziono 2 rany tuż obok siebie leżące, część téjże na przestrzeni 2½ cali rezerwowano. Także w dwunastnicy znaleziono małą szczelinę, którą zeszyto. Założenie drenu. Śmierć nastąpiła po 14 godzinach zupełnie nagle i niespodziewanie.

57) RUHSTRAT (86). Rana w powłokach brzusznych 2 cale długa, z rany téj wypływa treść żółdkowa na zewnątrz. Rozszerzenie rany, gastrorafija, wyleczenie.

58) SZTEYNER (85). Skaleczenie powłok brzusznych przez szkło. Do laparotomii przystąpiono w godzinę po zranieniu i zespojono ranę na 2 ctm. długą w przedniej ścianie żołądka. Jamę otrzewnową oczyszczono zapomocą gąbek maczanych w roztynie sublimatu ( $\frac{1}{2}\%$ ). Na jakiś czas wytworzyła się przetoka żołądkowa; po zagojeniu téjże nastąpiło jednak zupełne wyleczenie.

59) TILLING (69). Rana kłóta tylnej ściany żołądka. Laparotomija, zeszytie żołądka. Wyleczenie.

60) WILSON (80). Rana cięta brzucha ze zranieniem jelita. Zeszytie jelita. Wyleczenie pomimo zapalenia otrzewny.

61) WÖLFLE (83). Wspomina o lekarzu bawarskim, który w roku 1522 skaleczony żołądek przez rozszerzoną ranę na zewnątrz wyciągnął i zeszył.

62, 63, 64. Tu zaliczam 3 przypadki ABBÉ'go i BULLA znane mi tylko z tytułu. We wszystkich 3 przypadkach wykonano laparotomię z powodu ran postrzałowych brzucha i to raz z wynikiem dodatnim.

III. Zapalenie otrzewny po pęknięciu ropni i guzów.

65, 66. POELCHEN (90), wspomina o dwóch przypadkach, w których rozwinęło się zapalenie otrzewny po pęknięciu torbieli jajnika. (W jednym z tych przypadków z pewnością przyczynił się i ciężki poród do wywołania zapalenia). W obu przypadkach napróżno próbowano uratować życie pacjentek przez laparotomię.

67, 68, 69. LAWSON TAIT (67) wyleczył 3 przypadki ostrego zapalenia otrzewny spowodowanego przez pęknięcie ropnia jajowodu (*Pyosalpinx*) zapomocą laparotomii, wycięcia jajników i jajowodów, przepłukania i drenowania jamy otrzewnowej.

70) SONNENBURG (64). Chora 19 letnia nabawiła się w położu *perimetritis*. Podczas gdy chora przez dłuższy czas wcale dobrze się miała, nagle wystąpiły bardzo gwałtowne objawy zapalenia otrzewny. Wymioty, wzdęcie

brzucha, tętno nikłe, upadek sił. Przy laparotomii wylała się ropa silnym strumieniem z jamy brzusznej. Jamę otrzewnową przepłukano kwasem salicylowym i dren założono. Leczenie postępowo dalej bez przeszkody.

71) TRÈVES (71). Ostre zapalenie otrzewny wskutek pęknięcia ropnia po *pelveoperitonitis* do jamy brzusznej. Laparotomija. Przepłukanie jamy otrzewnowej rozczynek kwasu karbolowego. Założenie drenu. Przez 4 dni charakterystyczny mocz karbolowy. Wyleczenie.

#### IV. Zapalenie otrzewny połogowe.

72) BOUILLY (przyczone przez TRUCA). Pierwiastka 18-letnia zasłała po prawidłowym porodzie na septyczne zapalenie otrzewny. Trzeciego dnia laparotomija, przy której wylała się znaczna ilość żółtego surowiczego wysięku. Przepłukanie rozczynek sublimatu (1 : 3000). Śmierć po 15 godzinach.

73. BOUILLY. Mnogorodząca 41-letnia dostała po prawidłowym porodzie zapalenie otrzewny. Gdy B. chorą 5 dnia widział, była już ona w znacznym upadku sił. Przy laparotomii, (przy której przypadkowo jelito skaleczono), wylała się znaczna ilość cuchnącego wysięku. Przepłukanie sublimatem (1 : 4000). Śmierć po 3 godzinach.

#### V. Zapalenie otrzewny samoistne.

74) BERTELS (przyczone przez TRUCA). U dziewięcioletniego dziecka ostre zapalenie otrzewny, laparotomija. Wyleczenie.

75) CASELLI } przytoczone przez TRUCA.

76) DE GÈNES } Wyleczenie.

77) HORSLEY (22). Chora po odprowadzeniu przepukliny udowej dostała zapalenia otrzewny. W prawej fałdzie pachwinowej mały guz, który po nacięciu przedstawił się jako zapalony gruczoł limfatyczny. Worek przepuklinowy mały, skurczony silnie zrosnięty z takowym. Po nacięciu worka wylała się cuchnąca ropa. Palec wchodzi do jamy brzusznej i wyczuwa pętle jelit, pozlepiane ze sobą

i pokryte wypociną. Przeplukanie karbolem 1 : 80. Założenie drenu. Wyzdrowienie.

78) MARRAUT-BAKER (34). Dziecko 15-letnie przyjęto prawie umierającym. Rozpoznano zapalenie otrzewny. Nacięcie, założenie drenu. Śmierć po 4 godzinach.

79) REIBEL (57). 8-letni chory zasłabł bez wiadomej przyczyny na zapalenie otrzewny. Przy laparotomii nie znaleziono wcale wolnego wysięku, tylko nastrzykanie otrzewny jelitowej. Przypadkowe skaleczenie jelita — szew takowego, jakoteż rany brzusznej. Wyleczenie.

80) ROSE (przytoczone przez LEYDENA). Ostre zapalenie otrzewny, laparotomija, śmierć.

81) VOLXEM (75) otworzył jamę brzuszną przy rozpoczynającym się zapaleniu otrzewny (10 dni po laparotomii — nie można więc odnosić do pierwotnego zakażenia) przeplukał karbolem, dren założył i chorego wyleczył.

82) WADE (76). 6-letni chłopak zachorował nagle na ostre zapalenie otrzewny. Laparotomią wykonano w stanie już rozpaczliwym i wypuszczono znaczną ilość cuchnącej cieczy. Przejściowe polepszenie. Śmierć po 24 godzinach.

83) S. WEST (79). Zapalenie otrzewny od 4 dni u 10-letniej dziewczynki. Laparotomija, założenie drenu śmierć po 6 godzinach.

Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam wszystkie przytoczone przypadki jak również otrzymane wyniki w następującej tablicy.

Grupa	Ilość przypadków	Wyleczone	Wynik ujemny	Wątpliwe przypadki
I	34	15	18	1
II	30	15	14	1
III	7	5	2	—
IV	2	—	2	—
V	10	6	4	—
VI	14	6	8	—
Razem	97	47	48	2

Z tablicy téj widać, że laparotomija przy zapaleniu otrzewny uwieńczoną została wynikiem dodatnim w po-  
kazanej liczbie przypadków. Z 97 chorych udało się ura-  
tować 47 t. j. 48·4%.

Postępowanie polegało prawie we wszystkich przypa-  
dkach na dokładnej toalecie i założeniu drenu, w niektó-  
rych zaś przypadkach nadto na przepłukaniu jamy otrze-  
wowej jednym z rozczyńów antyseptycznych. W każdym  
z tych przypadków zależało to jednakże tylko od sądu i za-  
patrywania operatora i według tego, czy chirurg był zwo-  
lennikiem tego lub owego środka, zależał wybór rozczy-  
nu, którego do przepłukania używał. Ponętném więc było,  
drogą doświadczalną szukać środka, który byłby w stan-  
ie z możliwém prawdopodobieństwem rozwinięte zapale-  
nie otrzewny powstrzymać i w ten sposób usunąć prawie  
pewny wynik śmiertelny.

Zachęcony przez czcigodnego byłego mego szefa i na-  
uczyciela prof. MIKULICZA, wykonałem cały szereg do-  
świadczeń na zwierzętach, ażeby tę kwestyję o ile możności  
rozjaśnić.

Do doświadczeń używałem wyłącznie psów, króliki  
bowiem jako mało odporne wydawały mi się do tych  
celów niestosowniemi. Podając poniżej otrzymane wyniki,  
czuję się w obowiązku równocześnie zaznaczyć, że dalekim  
jestem od tego, bym sądził, że sprawę tę stanowczo roz-  
wiązałem. Nie jeden punkt dotychczas nierozstrzygnięty  
wyczekuje i nadal stanowczego rozwiązania, już to na pod-  
stawie doświadczeń na zwierzętach, już to spostrzeżeń na  
ludziach. Ja zaś chciałbym przynajmniej wykazać, że septy-  
czne zapalenie otrzewny w pewnych przypadkach przynaj-  
mniej jest dostępne leczeniu operacyjnemu i że z licznego  
szeregu niepewnych środków znalazłem środek, dla zwie-  
rząt przynajmniej względnie najpewniejszy i najmniej  
niebezpieczny.

Najpierw, ponieważ doświadczenia GRAWITZA (17) nie były mi wówczas jeszcze znane, starałem się wywołać septyczne zapalenie otrzewny, wstrzykując strzykawką PRAWATZA do jamy brzusznej ropę, rozłożoną krew i czyste kultury kokków ropnych groniastych i łańcuszkowych. Doświadczenia te musiały wypaść ujemnie, co wtenczas wydawało mi się dosyć zagadkowym, a co dziś po poznaniu powyżej wspomnianej pracy przedstawia mi się zupełnie naturalnym. Tylko 2 razy otrzymałem wynik dodatni, mianowicie u 2 psów średniej wielkości, którym otworzyłem jamę brzuszną zapomocą krótkiego cięcia w linii białej i czystą kulturę *staphylococcus pyogenes aureus* wtarłem dość silnie w otrzewną ścienną. Oba psy miały się przez pierwsze 24 godzin dość znośnie, później jednakże stały się apatycznymi i sennymi a 3-ciego, względnie 4-tego dnia poginęły. Sekcja wykazała w obu razach typowe ropne zapalenie otrzewny. Ponieważ nie mogłem tą drogą na pewne dojść do pożądanego celu, dlatego starałem się wywołać zapalenie otrzewny, raniąc samo jelito, by w ten sposób stworzyć sobie sytuacją, budzącą największy interes dla chirurga, ze względu na największą możliwość dodatniego wyniku operacji. Jednakże i to nie było tak prostym, jak z 7 następujących doświadczeń wynika.

1. Średniej wielkości psu wbiłem do jamy brzusznej duży nóż amputacyjny obosieczny. Bezpośrednio po zranieniu okazywał pies nieco bólu, po kilku jednakże godzinach był już wesołym i wreszcie wyzdrowiał zupełnie.

2. U drugiego psa w ten sam sposób zranionego wykonano natychmiast laparotomię. Pomimo najdokładniejszego poszukiwania nie można było znaleźć zranienia jelita.

3. U małej suczki wykonałem w ten sposób doświadczenie, że koniec dużego noża przyłożyłem do powłok brzusznych a następnie całą siłą uderzyłem drewnianym młotkiem o trzonek noża. Przy laparotomii natychmiast wykonanej przekonałem się, że otrzewna jelita cienkiego



w dwóch tuż obok siebie leżących miejscach zranioną była, inne zaś błony kiszkowe pozostały nienaruszone.

4. Na dużym pudlu powtórzyłem w ten sam sposób doświadczenie i znalazłem również otrzewną w jednim miejscu lekko zadrażnioną.

5. U innego zaś dużego psa także w ten sam sposób operowanego nie znalazłem żadnego obrażenia jelita.

6. Małej suczce wbijałem z wielką siłą nóż w brzuch powyżej spojenia łonowego. Przez ranę wydobył się w pierwszej chwili mocz silnym strumieniem. Ranę opatrzyłem gazą jodoformową i kolloodium. Zwierzę w pierwszych godzinach było nieco niespokojne, zresztą jednakże zupełnie zdrowe. Po 24 godzinach przystąpiłem do laparotomii. W jamie brzusznej znalazłem tylko nieco moczu, ani śladu jednakże zapalnej reakcji. Otrzewna była wszędzie blada i normalna. Na szczycie pęcherza znalazłem otwór  $\frac{1}{2}$  cm. długi, który zapomocą kilku szwów nie obejmujących błony śluzowej zamknąłem. Toaleta jamy otrzewnowej. Wyleczenie.

7. Doświadczenie wykonane na małym piesku zupełnie do poprzedniego podobne. W 24 godzin po zranieniu pęcherza nie znalazłem również ani śladu zadrażnienia otrzewny.

Jak z przytoczonych doświadczeń wynika nie zraniłem wcale jelita w 2 przypadkach z tych 4 przypadków, w których tylko ręką nóż wbijałem, w 2 zaś zraniłem pęcherz (pierwszy przypadek nie jest bezwzględnie pewnym, gdyż nie przekonałem się naocznie o stanie otrzewny). W 3 przypadkach, w których nóż wbijałem zapomocą młotka, dwa razy powierzchownie zraniłem jelito, nie przedziurawiając go jednakże. Prawdopodobnie jelito, z powodu znacznej ruchomości usuwa się przed wciskającym się nożem. Tylko w przypadkach, w których raniące narzędzie tak szybko wchodzi, że jelitu braknie czasu na bok się usunąć, może zranienie takowego nastąpić. To przypuszczenie tłómaczy nam z jednej strony, dlaczego udawało mi się tylko

wtenczas zranić jelito, jeżeli nóż zapomocą młotka wbijałem do brzucha, z drugiej strony tłómaczy względną częstość zranień jelit przy ranach postrzałowych brzucha. Także okoliczność, że w 2 przypadkach zraniłem pęcherz, może za dalszy dowód służyć słuszności tego przypuszczenia; pęcherz bowiem zwłaszcza napełniony jest znacznie mniej ruchomy od jelita i dlatego nie może tak łatwo się usunąć. Nadto doświadczenia moje przekonały mię, co zresztą już z prac VINCENTA (74) i GRAWITZA wynika, że prawidłowy mocz w prawidłowej w inny sposób niezakażonej otrzewny zapalenia nie wywołuje. Zapalenie otrzewny powstaje po pęknięciu pęcherza tylko, albo wskutek zakażenia zzewnątrz (cewnik, rana w powłokach brzusznych), albo z powodu nieprawidłowego składu moczu (*cystitis*), albo wreszcie wskutek zmiany chorobowej samej otrzewny. W przypadkach tych naturalnie, laparotomija w połączeniu z szwem pęcherzowym jest stanowczo wskazaną. W każdym razie znam tylko 2 przypadki MAC CORMACA i jeden przypadek HOFORMOKLA, w których postępując w ten sposób przy zranieniach pęcherza urazowych, intraperitonealnych (nie wliczam tu zranień pęcherza przy ovariotomijach) i t. p. dodatni wynik osiągnięto. Jeden z tych przypadków (33) tyczył się starszego człowieka, którego z wielką siłą o pal uderzono. Chory po 24 godzinach sam piechotą przyszedł do szpitala. Tu znaleziono brzuch miernie wzdęty, nieco wolnego płynu w jamie brzusznej a przy założeniu cewnika wyszło kilka kropli krwawego moczu. M. C. wykonał laparotomiją i znalazł otwór w pęcherzu 4 cale długi od szczytu pęcherza aż do odbytnicy się ciągnący. Ranę w pęcherzu dokładnie zeszyto. Otrzewna była zupełnie prawidłową. Przeplukanie jamy brzusznej 1% kwasem borowym. Zeszycie powłok brzusznych. Wyleczenie. Drugi przypadek zupełnie podobny do poprzedniego tyczył się 37-letniego robotnika, który spadł ze znacznej wysokości. Postępowanie i wynik zupełnie takie same.

W przypadku spostrzeganym przez HOFMOKLA (84) młody człowiek, lat 27 liczący, spadł był z drugiego piętra na bruk. Oprócz kilku powikłanych złamań, rozpoznano jeszcze pęknięcie pęcherza śródtrzewnowe. Przy laparotomii znalazł HOFMOKL oprócz pęknięcia pęcherza śródtrzewnowego, jeszcze drugi otwór bezpośrednio po za spojeniem kości łonowych. Pierwszy otwór zeszyto, drugi zaś pozostawiono niespojony. Chory wyzdrowiał.

W przypadkach WILLETA i HEATHA (7) szew zawiódł, podczas gdy WALTER uratował chorą z przedarciem pęcherza intraperitonealnym zapomocą laparotomii bez szwu pęcherzowego i zapomocą założenia cewnika *à demeure*.

Ponieważ za pomocą powyższych sposobów nie udało mi się z wszelką pewnością wywołać zapalenia ropnego otrzewny, zmieniłem postępowanie w ten sposób, że otwierałem jamę brzuszną krótkim ( $1\frac{1}{2}$  do 2 cm. długim) cięciem, wyciągałem pierwszą lepszą pętlę jelitową i wycinałem nożyczkami  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{3}{4}$  cm. długą dziurę w téjże. Następnie reponowałem napowrót jelito i powłoki brzuszne zespajałem szwami. W ten sposób postępowalem we wszystkich dalszych doświadczeniach ponieważ się przekonałem że postępowanie to zupełnie jest odpowiedniem. Najpierw należało przekonać się, jak zwierzęta w ogóle reagują na to zranienie. W tym celu przedsięwzięłem 4 następujące doświadczenia:

8. Pies średniej wielkości. Zaraz po zranieniu, które jak w ogóle wszystkie doświadczenia wykonałem w narkozie chloroformowej, zwierzę leżało chore, apatyczne. Po 12 godzinach wystąpiły wymioty. Zwierzę mocno osłabione nie chce jeść i ginie w 36 godzin po obrażeniu. Sekcja wykazała ropne zapalenie otrzewny, jelita były pozlepiane ze sobą zapomocą skąpój, strzępiastój wypociny. Miejsce przedziurawienia odpowiadało prawie dokładnie środkowi między żołądkiem a kiszka ślepą.

9. Pies średniej wielkości. Zginął już po 24 godzinach wśród tych samych objawów, jak poprzedni. Obraz

lekcyjny, jak również i miejsce przedziurawienia zupełnie odpowiadały poprzedniemu.

10. Mały jamnik. Już w 4 godziny po zranieniu wymioty, bardzo osłabione zwierzę leży prawie nieruchomo na boku, apatyczne zupełnie, cicho skomłąc. Śmierć po 16 godzinach. Sekcja: zapalenie otrzewny wskutek przedziurawienia kiszki cienkiej w bezpośredniem sąsiedztwie kiszki ślepej.

11. Suka średniej wielkości. Bezpośrednio po zranieniu chodzi zupełnie swobodnie, z każdą godziną jednakże coraz bardziej słabnie. Po 8 godzinach wymioty, po 36 śmierć. Przy sekcji przekonałem się, że miejsce przedziurawienia leżało parę centymetrów powyżej środka jelita cienkiego.

Doświadczenia te, dopiero co wspomniane, przekonały mnie, że przedziurawienie jelita i u psów także sprowadza bezwzględnie śmiertelne zapalenie otrzewny. Dalej zauważyłem, co po części już było znanem; a o czém później jeszcze kilkakrotnie miałem sposobność się przekonać, że niebezpieczeństwo jest tém większe, im dalej od żołądka leży miejsce przedziurawienia i im mniejsze zwierzę do doświadczenia użyto.

Chodziło teraz o wynalezienie środka, by mózdz energicznie i ze skutkiem wystąpić przeciw téj morderczej chorobie. Najprostszą drogą wydawała mi się laparotomia w połączeniu ze szwem rany jelitowej, względnie rezekcją zranionej pętli jelitowej i z wymaczaniem zapomocą gąbek całego wysięku. W ten sposób 3 razy postąpiłem.

12. Pies średniej wielkości. Zranienie jelita w zwykły sposób. W 8 godzin po zranieniu, gdy pies był jeszcze dość silnym, przystąpiłem do laparotomii. Znalazłem w jamie brzusznej znaczną ilość cieczy surowiczo krwawej. Brzegi rany jelita wyciąłem i zeszyłem. Wymaczanie wysięku gąbkami. Skrzepy włóknikowe na jelitach pościierałem delikatnie gazą odkażoną, jak téż i później w na-

stępnym doświadczeniach postępowałem. Szew rany w powłokach brzusznych. Zwierzę bezpośrednio po operacji leżało w znacznym upadku sił, wkrótce jednakże przyszło do siebie. Następnego rana spożyło nawet nieco mleka, później jednakże w oczach słabło a w 48 godzin po operacji śmierć nastąpiła. Sekcja wykazała septyczne zapalenie otrzewny ze skąpą ilością wysięku. Szew, prawie w środku jelita cienkiego leżący, trzymał dokładnie.

13. Duża suka, w 7 godzin po zranieniu jest jeszcze tak silną, że z trudnością tylko dała się przywiązać do stołu wiwiskcyjnego. Bardzo znaczna ilość wysięku. Ponieważ jelito w bezpośredniem sąsiedztwie miejsca zranienia było zapalnie naciekle, rezekowałem pętlę jelita 15—20 cm. długą. Szew jelitowy. Toaleta. Przez pierwsze 24 godzin zwierzę było zupełnie wesołym i spożywało chciwie podane mleko. Później jednakże poczęło słabnąć i po 72 godzinach zginęło. Miejsce przedziurawienia leżało o 125 cm. oddalone od żołądka a o 90 cm. od kiszki ślepej.

14. Pies średniej wielkości. W 24 godzin po zranieniu jeszcze dość wesoły ale słaby. Przy laparotomii znalazłem względnie małą ilość wysięku. Brzegi rany zeszyłem. Toaleta jamy brzusznej i szew rany w powłokach. Po operacji zwierzę bardzo osłabło, później wprowadzie nieco przyszło do siebie, nie chciało jednakże aż do śmierci, która w 3 dni po zranieniu wystąpiła, żadnych pokarmów przyjmować. Sekcja wykazała ropne zapalenie otrzewny. Miejsce przedziurawienia było o 65 cm. oddalone od żołądka a o 125 cm. od kiszki ślepej.

We wszystkich 3 przypadkach, w których laparotomię z toaletą jamy brzusznej wykonałem w 7, 8 i 24 godzin po zranieniu, nastąpiła śmierć z powodu zapalenia otrzewny w 48 do 72 godzin.

Ażeby zarodki septycznego zakażenia o ile możności pewnie i zupełnie drogą mechaniczną z jamy brzusznej usunąć, w następujących doświadczeniach dołączałem do szwu jelitowego i toalety, jeszcze dokładne przepłukanie

jamy otrzewnowej ogrzany roztworem soli kuchennej 6‰, zapomocą drenów na palec grubych, w rozmaitych kierunkach powkładanych, mianowicie w kierunku miednicy małej i kręgow ledźwiowych. Po usunięciu drenów wymaczywałem ciecz zapomocą gąbek i ranę w powłokach zeszywałem.

15. Silny duży ratler. Zranienie jelita w zwykły sposób. Po 24 godzinach zwierzę bardzo osłabło. Przy laparotomii wylało się z jamy brzusznej kilka gramów mętniej ze strzępami pomieszanej krwawej cieczy. Ranę w jelicie zeszyto. Przepłukanie jamy otrzewnowej 1½ litrem roztworu soli kuchennej. Śmierć po następnych 24 godzinach. Sekcja wykazała ropne zapalenie otrzewny. Szew jelitowy leżał w bezpośredniem sąsiedztwie dwunastnicy.

16. Duży pies owczarski. W 24 godzin po zranieniu znaczne osłabienie. Przy laparotomii znalazłem zwykły obraz zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita z nieznaną ilością wycociny. Ponieważ brzegi rany były znacznie naciekle, rezekowałem pętlę jelita 6 cm. długą. Szew jelitowy, przepłukanie roztworem soli kuchennej. Przez 24 godzin zwierzę miało się zupełnie dobrze, przechadzało się i piło mleko. W 48 godzin po zranieniu, wystąpiły znowu objawy ostrego zapalenia otrzewny, któremu też zwierzę w dalszych 12 godzinach uległo. Przy sekcji znaleziono zapalenie otrzewny. Szew jelitowy (wśrodku jelita cienkiego) trzymał zupełnie dobrze.

17. Pies średniej wielkości. Laparotomija w 10 godzin po zranieniu jelita, zwierzę w znacznym upadku sił. Zapalenie otrzewny. Miejsce przedziurawienia zeszyto, jamę brzuszną solą kuchenną przepłukano. Przez pierwsze 3 dni po operacji zwierzę było zupełnie wesołym, przechadzało się i pokarmy przyjmowało. Czwartego dnia znaleziono je nieżywym z rozdartą raną brzuszną i wypadniętymi już zaschniętymi jelitami. W małej miednicy znalazłem nieco krwawego wysięku. Jelito było zranione mniej więcej w połowie jelita cienkiego.

18. Mały ratler. W 8 godzin po zranieniu, wykonałem laparotomię na zwierzęciu już znacznie osłabioném. Zapalenie otrzewny, szew jelitowy, toaleta rozczynek soli kuchennój. Śmierć po 26 godzinach. Zapalenie otrzewny. Miejsce przedziurawienia jelita było oddalone o 67 cm. od oddźwiernika a o 144 cm. od zastawki BAUHINA.

19. Mały pudel. Laparotomię w 6½ godziny po zranieniu. Zapalenie otrzewny, szew jelitowy, przepłukanie rozczynek soli kuchennój. Śmierć po 24 godzinach. Miejsce przedziurawienia było oddalone o 65 cm. od żołądka, o 165 cm. od kiszki ślepej.

We wszystkich tych 5 przypadkach, w których w 6½, 8, 10 i 24 godzin po zranieniu laparotomię wykonałem, nie mogłem w ten sposób odwrócić zejścia śmiertelnego. W każdym razie wynik w jednym przypadku (Nr. 17) jest wątpliwym, ponieważ stan zwierzęcia przez 3 pierwsze dni pozwalał jak najlepiej rokować i śmierć najprawdopodobniej nastąpiła zupełnie niezależnie od pierwotnego cierpienia wskutek rozejścia się szwu w powłokach brzusznych. W jednym przypadku (Nr. 16) wystąpiło po operacji wybitne, jakkolwiek tylko przejściowe polepszenie.

Ponieważ dotychczas tą drogą nie doszedłem do żadnego pewnego wyniku, dla tego w następujących doświadczeniach postępowanie zmieniłem. Do szwu jelitowego i przepłukania jamy brzusznej 6‰ rozczynek soli kuchennój w celu mechanicznego usunięcia wszystkich zakaźnych produktów zapalnych, dołączyłem jeszcze przepłukanie jamy otrzewnowej jednym z rozczynek antyseptycznych. Najpierw jednakże należało przekonać się, jak się otrzewna w obec rozmaitych środków zachowuje, względnie, jak jest wielkie niebezpieczeństwo przy każdym z tychże śmiertelnego zatrucia. W literaturze znalazłem tylko nieliczne i to czasami wprost sobie przeciwne wskazówki. BAUMGAERTNER, BARDELEBEN, LUECKE, OBALIŃSKI, OBERST, SCHRAMM, SONNENBURG, VALERANI i inni przepłukiwali przy laparotomijach, jak również przy zapaleniu otrzewny

jamę brzuszną w celu dokonania toalety kwasem borowym i salicylowym i nie spostrzegali przytóm żadnych złych skutków. Przepłukiwania tymolem (1:1000) stosowali ISRAEL i NEDOPIL bez szkody, podczas gdy w przypadku MIKULICZA przestrzykanie takie wydaje się być przyczyną szybko powstałego upadku sił i śmierci. OLSHAUSEN przy tym sposobie 4 chore stracił z powodu shocku. Kwas karbolowy był nieraz nawet w silnym roztworze ( $2\frac{1}{2}\%$ ) używanym do przestrzykiwania jamy brzusznej i bez złych skutków. W więk-szej jednakże ilości tych przypadków środek ten był stosowanym przy laparotomijach z podwójnym drenowaniem (przez ranę i przez jamę Douglasa); wstrzyknięta więc ciecz jednym drenem w znacznej części zaraz wychodzi drugim, nie wchodząc w styczność na znaczniejszej przestrze-żeniu z otrzewną. Z drugiej strony MARTIN ogłasza śmiertelny przypadek zatrucia karbolowego z jamy otrzewnowej, NUSSBAUM widział przypadek uleczony, w którym po przestrzyknięciu otrzewny karbolem i zupełnym zeszcieniu rany, wystąpił głęboki upadek sił przez 4 godziny trwający, podczas gdy w przypadku TREVES'a karboluria przez 4 dni się utrzymywała. Inni, jak n. p. VOLXEM, TRIFAHY, HORSLEY, HAHN ( $1\%$ ) nie widzieli zupełnie żadnych złych skutków. O sublimacie doniesienia w tym kierunku są bardzo skąpe. HEGAR przy roztworach 1 : 6 — 10000 nie widział nigdy objawów zatrucia, BARLOW zaś po wstrzyknięciu  $2\%$  roztworu, zauważył przejściowy białkomocz. Ponieważ a priori musiałem już przyjąć, że ilość nieszkodzącego jeszcze antyseptyku zależy w znacznej części od wielkości zwierzęcia, dlatego trzymałem się w mych doświad-czeniach zasady, że małym psom  $\frac{1}{2}$ , średnim  $\frac{3}{4}$ , większym zaś 1 litr wstrzykiwałem przez krótką ranę a następnie wymaczywałem o ile to było możebnym wszystką ciecz za-pomocą gąbek. Byłoby może słuszniej ciężar ciała za miarę w tym kierunku przyjąć; ponieważ jednakże zwierzęta mi dostarczane raz były dobrze odżywione, drugi raz bardzo nędzne, dla tego wydawał mi się ciężar ciała



zbyt niepewną podstawą, by się można było nim kierować.

20. Wielki pies. Przestrzyknięcie jamy brzusznej 1 litrem kwasu salicylowego (3‰). Wyzdrowienie.

21. Suka średniej wielkości.  $\frac{3}{4}$  litra 3‰ kwasu borowego. Wyzdrowienie.

22. Pies mały. Przestrzyknięcie  $\frac{1}{2}$  litrem 1‰ kwasu karbolowego. Śmierć po 3 godzinach.

23. Młody wyżeł. Przestrzyknięcie 1 litrem wody chlorowej. Wyzdrowienie.

24. Mały pincz.  $\frac{1}{2}$  litra wody chlorowej. Wyzdrowienie.

25. Wielki pies owczarski. Przestrzyknięcie jamy brzusznej 1 litrem wody jodowej (sporządzonej przez zmieszanie 20 gr. nastoju jodowego z litrem wody przekropłonej). Wyleczenie.

26. Mały pies. Przestrzyknięcie  $\frac{1}{2}$  litrem 25‰ roztworu cukru gronowego. Wyleczenie.

27. Mały jamnik. Przestrzyknięcie jamy otrzewnej  $\frac{1}{2}$  litra octanu glinowego. (Rp. *Alum. crudi* 40,00, *Plumbi acetui* 70,00, *Aqu. distil.* 600,00, *filtra!*) Śmierć po 3 godzinach.

28. Duża suka. Przestrzyknięcie 1 litrem octanu glinowego. Zwierzę leży przez 4 dni chore i nie przyjmuje prawie nic pokarmów, później powoli przychodzi do siebie. Wyleczenie.

29. Wielki pies owczarski. 1 litr octanu glinowego. Śmierć po 16 godzinach. Zapalenia otrzewny nie ma.

30. Czarny ratler średniej wielkości. Przestrzyknięcie jamy brzusznej  $\frac{3}{4}$  litra 1‰ roztworu sublimatu. Śmierć po 3 godzinach. Przy sekcji znalazłem otrzewną ciemnoczerwono zabarwioną a błonę śluzową zwłaszcza kiszki grubiej krwawo podbiegniętą, kruchą i dającą się łatwo w płatach odrywać.

31. Mały piesek.  $\frac{1}{2}$  litra roztworu sublimatu 1 : 5000 Śmierć po  $3\frac{1}{2}$  godzinach. Obraz sekcyjny, jak w poprzednim przypadku.

32. Pies średniej wielkości. Przestrzyknięcie 2‰ roztworem nadmanganianu potasu. Śmierć po 24 godzinach. Przy sekcji znalazłem około  $\frac{1}{2}$  litra krwawego przesięku.

33. Duży pies wiejski. 1 litr chlorku cynkowego 1%. Śmierć po 24 godzinach. Obraz sekcyjny, jak w przypadku Nr. 32.

34. Duży pies wiejski. Przepłukanie jamy otrzewnowej 1 litrem tymolu 1‰. Śmierć 5 dnia w skutek zapalenia otrzewny.

W następujących trzech doświadczeniach przepłukałem jamę brzuszną najpierw środkiem antyseptycznym, następnie wymaczałem, o ile to było możebnym, takowy gąbkami a wreszcie przestrzyknąłem raz jeszcze roztworem soli kuchennej, by w ten sposób możliwą pozostałość środka antyseptycznego rozcieńczyć i zrobić go dla ustroju nieszkodliwym.

35. Młody wyżeł. Przestrzyknięcie jamy brzusznej 1 litrem 1% karbolu, następnie 1 litrem 6‰ roztworu soli kuchennej. Śmierć po 7 godzinach.

36. Mała suczka. Przestrzyknięcie  $\frac{1}{2}$  litra sublimatu (1 : 5000) a następnie  $\frac{3}{4}$  litra roztworu soli kuchennej. Przez 2 dni gwałtowna biegunka, wypróżnienia krwawe. Śmierć po 48 godzinach. Przy sekcji znalazłem błonę śluzową kiszki grubej zstępującej i zgięcia esowatego zasianą wrzodami, sięgającymi miejscami aż do błony surowiczej.

37. Stary wyżeł. Przestrzyknięcie 1 litrem tymolu a następnie roztworem soli kuchennej. Przez 24 godzin zwierzę bardzo słabe i w upaku sił, później jednakże powoli przychodzi do siebie. Wyzdrowienie.

Zebrawszy teraz wszystkie wyniki razem, przyszedłem do przekonania, że przepłukiwania 1% kwasem karbowym, sublimatem (1‰ i 0·2‰), 2‰ nadmanganianem po-

tasowym, 1% chlorkiem cynku są niebezpieczne a nawet prawie zawsze śmiertelne, podczas gdy 4% kwas borowy, 3% kwas salicylowy, woda chlorowa, 2% woda jodowa i roztwór cukru dobrze były znoszone. Po przepłukaniu tymolem nastąpiła raz (34) śmierć w skutek zapalenia otrzewny powstałego najprawdopodobniej w skutek błędu w antyseptyce podczas operacji. Równocześnie jednakże przekonał mnie ten przypadek, że tymol nie jest w stanie zniszczyć pierwotnego zakażenia. Przestrzyknięcie tymolem z następowym przepłukaniem roztworem soli kuchennej wywołało przejściowy upadek sił, który się jednakże wyzdrowieniem skończył. Po przestrzyknięciu octanem glinowym 2 razy nastąpiła śmierć, raz (28) zaś przez 5 dni zwierzę wisiało pomiędzy życiem a śmiercią.

Nie ulegało zatem najmniejszej wątpliwości, że w dalszych mych doświadczeniach w celach leczniczych mogłem tylko używać środków antyseptycznych, względnie nieszkodliwych. Za takie uważałem kwas salicylowy i borowy, stężone roztwory cukru, wodę chlorową i jodową. Na podstawie badań KOCHA, musiałem uważać 2 pierwsze środki za słabsze, 2 ostatnie zaś za silniejsze antyseptyka, podczas gdy w roztworze cukru już a priori nie wiele pokładałem nadziei.

Jak wiadomo, cukier gronowy tylko w znacznym zgęszczeniu powstrzymuje rozwój bakterij. Wskutek jednakże silniejszego przesiąkania cieczy z otrzewny, roztwory takie wkrótce znacznie słabną. Zresztą z tego, że zdrowe zwierzę ten lub ów środek dobrze znosi, żadną miarą wnioskować nie można, by on także był nieszkodliwym przy septycznym zapaleniu otrzewny. Być może, że tutaj istnieją podobne stosunki (o czém i ja raz się przekonałem), jak przy kwasie karbolowym według spostrzeżeń KUESTERA (27) i FALKSONA (16). Stany chorobowe mianowicie, jak niedokrwistość, gorączka, zwłaszcza septyczna, obniżają znacznie odporność przeciwko temu środkowi.

W następujących doświadczeniach przepłukiwałem jamę brzuszną za każdym razem najpierw 1 litrem roztworu soli kuchennej, który następnie o ile możności dokładnie wymaczywałem, następnie zaś jednym z uznanych za możliwe środków i to w ilości  $\frac{3}{4}$  do 1 litra stosownie do wielkości zwierzęcia. W końcu także i tę ciecz dokładnie usuwałem i zeszywałem ranę brzuszną. Równocześnie muszę jednakże zauważyć, że w dalszych doświadczeniach używałem przede wszystkim kwasu salicylowego i dlatego względnie najdokładniej ten środek wystudujowałem i poznałem, a to z tego powodu, iż już pierwój najwięcej dodatnich rezultatów z tym środkiem otrzymałem. Zdaje mi się jednakże, że wartość otrzymanych wyników przez to się nie zmniejszy, gdyż i tak użycie tego środka najrzadziej mię zawodziło.

Ponieważ dalej zależało mi na tém, by o ile możności jednostajne stosunki sobie stworzyć w celu porównywania rozmaitych środków, dlatego starałem się skaleczyć zawsze pętlę jelita, leżącą mniej więcej w środku pomiędzy żołądkiem a kiszka ślepą, co mi się też zwykle udawało.

Nadto przekonałem się na podstawie dawniejszych doświadczeń, że zwierzęta już i tak słabe i źle żywione z powodu zapalenia otrzewny w 12 godzin już zwykle znacznie słabły. To skłoniło mię do badania działania przestrzykiwań antyseptycznych w 6—8 godzin po zranieniu jelita, ażeby o ile możności niebezpieczeństwo niezależnego od operacji upadku sił usunąć i w tej chwili do operacji przystąpić, w której i u człowieka chirurg najczęściej czynnie ma sposobność wystąpić. Czas 6 do 8 godzin od zranienia jelita wystarczał najzupełniej, ażeby wywołać objawy ostrego zapalenia otrzewny. Błona surowicza jelit była we wszystkich przypadkach mocno nastrzykniętą, z licznymi wybroczynami, miejscami zwłaszcza w najbliższym sąsiedztwie przedziurawienia pokryta włóknikową strzępiastą wypociną. Nadto znachodziłem zawsze parę gramów mętnej, podobnej do wypłóczyn mięsnych cieczy w jamie otrzewno-

wój. Pojedyncze przypadki różniły się między sobą tylko nasileniem objawów, a pod tym względem wpływ miejsca, w którym jelito zraniono, był najwidoczniejszy. U psa, któremu z umysłu zraniłem zgięcie esowate, po 6 godzinach wszystkie jelita były ciemno-czerwono zabarwione i grubą włóknikową warstwą pokryte, jama brzuszna zawierała masę krwawego wysięku.

Teraz pozwolę sobie przytoczyć doświadczenia.

38. Czarny pies średniej wielkości. Jelito zraniłem niedaleko od żołądka. Laparotomija w 7 godzin po przedziurawieniu, zwierzę już dość osłabione. Szew jelitowy. Przestrzyknięcie jamy brzusznej roztworem soli kuchennej i kwasu salicylowego. Następnego dnia zwierzę już chodzi. Wyzdrowienie.

39. Szary większy pies. Laparotomija w 7 godzin po zranieniu na zwierzęciu jeszcze nie przedstawiającem znaczniejszego upadku sił. Wycięcie brzegów rany w jelicie i szew. Przepłukanie jamy brzusznej roztworem soli kuchennej i kwasem salicylowym. Następnego dnia zwierzę było jeszcze bardzo słabem, przyszło jednakże wkrótce do siebie i wyzdrowiało.

40. Mały ratler. Laparotomija w 8½ godzin po przedziurawieniu jelita. Szew brzegów rany w jelicie. Przestrzyknięcie roztworem soli kuchennej i kwasu salicylowego. Śmierć następnego dnia. Przy sekcji nie znalazłem prawie śladu zapalenia otrzewny, tylko w bezpośrednim sąsiedztwie szwu, położonego niedaleko zastawki BAUHINA, jelita były lekko włóknikiem pokryte i pozlepiane ze sobą.

41. Duży pies wiejski. Operacyja w 8 godzin po zranieniu. Zwierzę podczas operacji nie było jeszcze prawie wcale osłabionem. Wycięcie brzegów rany w jelicie i zeszyte takowych. Toaleta roztworem soli kuchennej i kwasu salicylowego. Podczas gdy przez pierwsze 2 dni zwierzę zupełnie dobrze się miało, trzeciego dnia widocznie osłabło a następną nocą śmierć nastąpiła. Przy

sekcji znalazłem zupełnie świeże zapalenie otrzewny, rana leżąca w bezpośredniem sąsiedztwie dwunastnicy zupełnie się rozeszła.

42. Mały jamnik. Przedziurawienie zgięcia esowatego. Po 6 godzinach zwierzę nie mogło się już na nogach utrzymać. Objawy zapalenia otrzewny nader gwałtownie wystąpiły. Szew jelitowy. Przestrzyknięcie rozczynek soli kuchennój i kwasu salicylowego. Śmierć po 6 godzinach. Sekcja wykazała zapalenie otrzewny.

43. Duży ratler. Laparotomija w 8½ godzin po przedziurawieniu jelita na zwierzęciu jeszcze zupełnie silném. Szew jelitowy. Toaleta rozczynek soli kuchennój i kwasu salicylowego. Stan zwierzęcia przez 5 dni nie przedstawiał nic do życzenia, 6-tego dnia pojawił się upadek sił i zwierzę wkrótce zginęło. Przy sekcji znalazłem świeże zapalenie otrzewny z powodu rozejścia się szwu jelitowego. Miejsce przedziurawienia odpowiadało dokładnie środkowi jelita cienkiego.

44. Suka średniej wielkości. W 8 godzin po zranieniu zwierzę jest jeszcze dość silném. Szew jelitowy. Toaleta rozczynek soli kuchennój i kwasu salicylowego. Przez 3 dni zwierzę ma się jeszcze wcale dobrze, czwartego dnia ginie wśród objawów ostrego zapalenia otrzewny. Przy sekcji okazało się, że szew jelitowy założony w bliskości zastawki BAUHINA zupełnie się rozszedł.

45. Mała brunatna suczka. Laparotomiją wykonałem w 8 godzin po zranieniu na zwierzęciu już znacznie osłabioném. Ponieważ jelito w bezpośredniem sąsiedztwie rany było mocno zapalnie naciekle, dla tego rezekowałem pętlę 20 cm. długą i przestrzyknąłem następnie jamę otrzewnową rozczynek soli kuchennój i kwasu salicylowego. Śmierć następnój nocy. Sekcja wykazała zapalenie otrzewny. Jelito było poniżej środka jelita cienkiego skaleczone.

46. Mały pies. Laparotomija w 7 godzin po zranieniu. Zwierzę jeszcze dość silne. Rezekcja pętli 15 cm.

długięj. Toaleta rozczynek soli kuchennęj i kwasu salicylowego. Śmierć następnego dnia. Przy sekcyi nie znalazłem ani śladu zapalenia otrzewny. Jelita były zupełnie blade i tylko w bezpośredniem sąsiedztwie szwu jelitowego (środek jelita cienkiego) lekko ze sobą pozlepiane. Wolnego wysięku nie było.

47. Duży pies wiejski. Laparotomija w 7 godzin po zranieniu na zwierzęciu jeszcze wcale nie osłabioném. Rezekcja pętli jelita 30 cm. długięj. Szew jelitowy. Przepłukanie rozczynek soli kuchennęj i kwasu salicylowego. Następnego dnia zwierzę bardzo było słabém, przyszło jednakże późnięj do siebie tak, że się przechadzać i jeść poczęło. Czwartego dnia znaleziono je nieżywém. Szew jelitowy (dolna połowa jelita cienkiego) na przestrzeni  $\frac{1}{2}$  cm. rozszedł się.

48. Pies średnięj wielkości. Laparotomija w 8 godzin po zranieniu. Wycięcie brzegów rany, szew jelitowy. Toaleta rozczynek soli kuchennęj i kwasu salicylowego. Wyzdrowienie.

49. Duży pies gończy. W 7 godzin po zranieniu wykonałem laparotomiją w warunkach dość korzystnych, rezekowałem pętlę 12 cm. długą, otrzewną przepłukałem rozczynek soli kuchennęj i kwasu salicylowego i zwierzę wyratowałem.

50. Pies gończy średnięj wielkości. Laparotomija po 8 godzinach. Zwierzę jeszcze dość silne, rezekcja pętli 12 cm. długięj. Przestrzyknięcie rozczynek soli kuchennęj i kwasu salicylowego. Wyzdrowienie.

51. Pincz średnięj wielkości. W 8 godzin po zranieniu laparotomija z rezekcją jelita i przestrzyknięcie rozczynek soli kuchennęj i kwasu salicylowego. Przez pierwsze 2 dni zwierzę było nieco słabém i nie przyjmowało pokarmów; wkrótce jednakże przyszło do siebie tak, że uważałem je za wyleczone. Z początkiem trzeciego tygodnia zwierzę widocznie poczęło słabnąć, wymiotowało, z początku od czasu do czasu, późnięj prawie po każdém

jedzeniu i zginęło wreszcie z końcem 3-go tygodnia. Przy sekcji znalazłem wszystkie jelita tak zrosnięte w jeden kłębek, że tylko z trudnością i siłą zdołałem je rozdzielić, przyczem w kilku miejscach skaleczyłem ścianę jelitową. Miejsce pierwotnego zranienia w jelicie z trudnością tylko odszukałem.

52. Ratler średniej wielkości. Laparotomija w 8 godzin po zranieniu przy względnie dobrym stanie zwierzęcia. Rezekcyja 8 cm. jelita. Toaleta rozczyłem soli kuchenną i kwasu salicylowego. Zwierzę w pierwszych dwóch dniach miało się wcale dobrze, później jednakże coraz bardziej słabło a 4-tego wreszcie dnia zginęło. Sekcyja: zapalenie otrzewny. Szew jelitowy był w odległości 105 cm. od żołądka a 80 cm. od kiszki ślepej.

53. Ratler średniej wielkości. Laparotomija w 7 godzin po przedziurawieniu, zwierzę było prawie zupełnie tak silne, jak przed zranieniem. Szew jelitowy bez rezekcyi. Przestrzyknięcie rozczyłem soli kuchenną i kwasu salicylowego. Po operacyi znaczny upadek sił, później zwierzę nieco przyszło do siebie, trzeciego jednakże dnia śmierć nastąpiła, z powodu zapalenia otrzewny. Rana w jelicie była w odległości 60 cm. od żołądka a 145 cm. od kiszki ślepej.

54. Mały czarny piesek. W 6 godzin po zranieniu był już bardzo słabym. Laparotomija, szew jelitowy, toaleta kwasem salicylowym i solą kuchenną. Śmierć przy objawach upadku sił po następnych dalszych 4 godzinach. Odległość rany od żołądka 157 cm., od kiszki ślepej 17 cm.

55. Duża suka. Laparotomija w 12 godzin po przedziurawieniu, rezekcyja 25 cm. długiej pętli, toaleta solą kuchenną i kwasem salicylowym. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny po 3 dniach. Odległość rany od żołądka 95 cm., od kiszki ślepej 135 cm.

56. Mops średniej wielkości. W 6½ godzin po zranieniu zwierzę znacznie osłabło. Przy laparotomii znalazłem zapalenie otrzewny miernego stopnia. Wycięcie



brzegów rany w jelicie, szew jelitowy, przestrzyknięcie jamy brzusznej rozcynem soli kuchennój i kwasu borowego. Następnego dnia zwierzę jeszcze nieco słabe, przychodzi jednakże bardzo prędko do siebie.

57. Duży pies myśliwski. W 7 godzin po zranieniu zwierzę jest prawie równie silne, jak poprzednio. Rezekcja pętli 30 cm. dłużej. Szew. Do toalety użyłem rozcynu soli kuchennój i kwasu borowego. Przez pierwsze 4 dni, zwierzę miało się zupełnie dobrze, 5-tego i 6-tego dnia leżało zupełnie nieruchomo na jedném miejscu i nie chciało wcale jeść. Później przyszło znowu do siebie, i aż do końca drugiego tygodnia było zupełnie wesołym. Teraz jednakże wystąpiły objawy *ileus*, którym też z początkiem trzeciego tygodnia zwierzę uległo. Obraz sekcyjny jak i przebieg choroby zupełnie podobny do przypadku pod Nr. 51 opisanego. Miejsce przedziurawienia odpowiadało prawie dokładnie środkowi jelita cienkiego.

58. Mały pinz. W 7 godzin po zranieniu zwierzę znacznie osłabło. Szew jelitowy, przepłukanie rozcynem soli kuchennój i kwasem borowym. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny trzeciego dnia. Odległość rany w jelicie od żołądka 120, od kiszki ślepej 65 cm.

59. Suka średniej wielkości. W 8 godzin po zranieniu nie jest o wiele słabszą, jak poprzednio. Laparotomija, rezekcja 5 cm. jelita, toaleta rozcynem soli kuchennój i kwasu borowego. Śmierć po 48 godzinach z powodu zapalenia otrzewny. Odległość rany w jelicie 140 cm. od żołądka, 70 cm. od kiszki ślepej.

60. Pies wiejski średniej wielkości. W 12 godzin po zranieniu zwierzę już bardzo osłabło. Rezekcja 10 cm. jelita. Przestrzyknięcie jamy otrzewnowej rozcynem soli kuchennój i kwasu borowego. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny następnego wieczora. Odległość rany w jelicie 120 cm., od kiszki ślepej 75 cm.

61. Wielki pies wiejski. Po 8 godzinach zwierzę nieco słabsze, niż poprzednio. Przy laparotomii znalazłem

silne zapalenie otrzewny. Rezekcja 20 cm. jelita. Przeplukanie jamy brzusznej roztworem soli kuchennej i wodą chlorową. Przez 2 następujące dni zwierzę było bardzo słabe, po każdym jedzeniu wymiotowało, później jednakże przyszło do siebie i wyzdrowiało.

62. Silny pies średniej wielkości. Po 8 godzinach zwierzę nie jest słabsze, jak poprzednio. Przy laparotomii znalazłem wybitne objawy ostrego zapalenia otrzewny. Szew jelitowy bez rezekcji. Do toalety użyłem roztworu soli kuchennej i wody chlorowej. Następnego dnia znaleziono psa nieżywego. Przy sekcji ani śladu zapalenia otrzewny, nie było ani nastrzyknięcia błony surowiczej, ani też wolnego wysięku. Rana w jelicie prawie w środku jelita cienkiego.

63. Suka średniej wielkości. W 8 godzin po zranieniu wykonałem laparotomię na zwierzęciu prawie nic nie osłabionem. Zapalenie otrzewny nie było zbyt silne. Rezekcja 12 cm. jelita, szew i przestrzyknięcie roztworem soli kuchennej i wodą chlorową. Śmierć trzeciego dnia z powodu zapalenia otrzewny. Jelito było niedaleko dwunastnicy skaleczonem.

64. Suka średniej wielkości. W 6 godzin po zranieniu jelita wykonałem laparotomię. Rezekcja 24 cm. długiej pętli jelitowej. Przestrzyknięcie jamy brzusznej roztworem soli kuchennej i wody jodowej. Śmierć w 16 godzin po operacji. Sekcja wykazała zapalenie otrzewny.

65. Duży pies. Laparotomija w 8 godzin po zranieniu jelita, zwierzę w względnie dobrym stanie. Wycięcie brzegów rany, szew jelitowy, przeplukanie solą kuchenną i wodą jodową. Śmierć po 48 godzinach z powodu zapalenia otrzewny. Miejsce przedziurawienia leżało nieco wyżej od środka jelita cienkiego.

66. Pudiel średniej wielkości. Laparotomija w 8 godzin po zranieniu. Szew jelitowy, przestrzyknięcie roztworem soli kuchennej i wodą jodową. Śmierć 3-go dnia z powodu zapalenia otrzewny. Jelito było zranione w samym środku jelita cienkiego.

67. Duży pies wiejski. Laparotomija po 7 godzinach przy względnie dobrym stanie zwierzęcia. Rezekcja pętli 20 cm. długości. Przestrzyknięcie jamy otrzewnowej rozczyłem soli kuchennej i cukru. Śmierć nastąpiła z powodu zapalenia otrzewny po 48 godzinach. Jelito było zranione w samym środku pomiędzy żołądkiem a kiszka ślepą.

Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam ostatnich 30 doświadczeń w formie tablicy:

Liczba doświadczenia	Wielkość zwierzęcia	Czas odskaleczenia godzin	Użyty środek antyseptyczny	Wynik			U W A G A.
				wyleczony	śmierć	wątpliwy	
42	m. *)	6	Kwas salicyl.	—	1	—	Przy sekcji ani śladu zapalenia otrzewny. Śmierć 4-tego dnia, rozjęście się szwu jelitowego.
54	m.	6	"	—	1	—	
38	ś.	7	"	1	—	—	
39	w.	7	"	1	—	—	
46	m.	7	"	—	1	—	
47	w.	7	"	—	—	1	
49	w.	7	"	1	—	—	
53	ś.	7	"	—	1	—	
41	w.	8	"	—	—	1	
44	ś.	8	"	—	—	1	
45	m.	8	"	—	1	—	Śmierć 4-tego dnia, rozjęście się szwu jelitowego. Śmierć 4-tego dnia, rozjęście się szwu jelitowego.
48	ś.	8	"	1	—	—	
50	ś.	8	"	1	—	—	
51	ś.	8	"	—	—	1	
52	ś.	8	"	—	1	—	
40	m.	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	"	—	1	—	
43	w.	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	"	—	—	1	
55	w.	12	"	—	1	—	
56	ś.	6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	Kwas borowy	1	—	—	
57	w.	7	"	—	—	1	
58	m.	7	"	1	—	—	Śmierć z ileus w 3-im tygod. Zapalenia otrzewny prawie nie ma. Śmierć 6 dnia z powodu rozjęcia się szwu jelit.
59	ś.	8	"	1	—	—	
60	ś.	12	"	1	—	—	
61	w.	8	Woda chlor.	1	—	—	
62	ś.	8	"	—	1	—	
63	ś.	8	"	—	1	—	
64	ś.	6	Woda jodowa	—	1	—	
65	w.	8	"	—	1	—	
66	ś.	8	"	—	1	—	
67	w.	7	Cukier	—	1	—	

\*) m. = mały, ś. = średniej wielkości, w. = wielki.

Zebrawszy razem otrzymane wyniki, spostrzegamy, że z 18 psów leczonych kwasem salicylowym 5 wyzdrowiało. Laparotomią wykonałem w tych przypadkach w 7 do 8 godzin po zranieniu. Wszystkie te psy należały do klasy psów „średnich“ i „wielkich“. 6 psów rozmaitej wielkości, które w 6—12 godzin po zranieniu operowałem, zginęło w przeciągu 4 pierwszych dni z powodu zapalenia otrzewny; 2 małe psy operowane w 7—8 $\frac{1}{2}$  godzin po zranieniu zginęły w pierwszych 24 godzinach z powodu upadku sił. Sekcja nie wykazała u żadnego z tych 2 psów ani śladu zapalenia otrzewny, pomimo że podczas operacji otrzewna silnie była nastrzykniętą i wolny wysięk w jamie brzusznej się znajdował. 4 psy, z początku względnie dobrze się mające, zginęły 3—6-tego dnia a sekcyja wykazała, że się rozszedł szew jelitowy. Jedno wreszcie zwierzę przetrzymało zapalenie otrzewny ostre, zginęło jednakże w 3-cim tygodniu wśród objawów *ileus*, które z powodu krótkich silnych zrostów pomiędzy jelitami powstało. Na okoliczność, że *ileus* po laparotomii może powstać, już kilkakrotnie zwracano uwagę. OLSHAUSEN po owaryjotomii 2 razy takowy widział a my przeszłego roku znaleźliśmy przy sekcyi chorą zmarłą z powodu *angina pectoris* w 6 tygodni po hysterotomii SCHROEDER'owskiej tak liczne i silne zrosty jelit między sobą i z kikutem macicznym, że rzeczywiście zdumienie nas opanowało, dlaczego u tej chorą objawy niedrożności jelit nie wystąpiły.

Przestrzykiwania kwasem borowym 5 razy zastosowałem. Jeden pies operowany w 6 $\frac{1}{2}$  godzin po przedziurawieniu jelita wyzdrowiał, trzy w 7—8 godzin operowane zginęły z powodu zapalenia otrzewny a jeden zginął z początkiem 3-go tygodnia również z powodu *ileus*.

Po zastosowaniu wody chlorowej jeden pies operowany w 8 godzin po zranieniu jelita wyzdrowiał, u drugiego w ten sposób nie można było zwalczyć zapalenia otrzewny, trzeci zaś zginął w pierwszych 24 godzinach. Sekcyja zaś nie wykazała ani zapalenia otrzewny, ani za-

dną inną przyczyną śmierci. Ponieważ przypadek ten tyczył się mocnego psa, który jeszcze podczas operacji był bardzo silnym, dla tego zejście śmiertelne muszą przypisać najprawdopodobniej zastosowaniu wody chlorowej. Zdaje się mianowicie, że środek ten, dla zdrowego zwierzęcia zresztą nieszkodliwy, pod niekorzystnymi warunkami, mianowicie przy istniejącym już upadku sił, może zejście śmiertelne przyspieszyć. Wodę jodową stosowałem 3 razy, cukierniczym: jedno i drugie zawsze z wynikiem ujemnym.

W następującej tablicy dla łatwiejszego porównania zestawiam sumarycznie wszystkie doświadczenia, w których przepłukiwałem jamę brzuszną z powodu zapalenia otrzewny różnymi środkami antyseptycznymi.

Środek użyty do przemywania	Ilość doświadczeń	Wyleczenie	Wynik ujemny	Wynik wątpliwy
Kwas borowy	5	2	3	—
Kwas salicylowy	18	6	8	4
Woda chlorowa	3	1	2	—
Woda jodowa	3	—	3	—
Rozczyn cukru	1	—	1	—

Stosunek przypadków wyleczonych do ogólnej liczby doświadczeń ma się przy kwasie borowym jak 5 : 2, przy kwasie salicylowym i wodzie chlorowej jak 3 : 1. Ponieważ jednakże z wyników wątpliwych, zaliczyć należy do dodatnich ze względu na pierwotne zapalenie otrzewny przynajmniej te przypadki, w których zwierzę przez 5 dni się przechadzało i zupełnie wesołym było a dopiero 6-tego dnia z powodu rozejścia się szwu jelitowego zginęło, dlatego stosunek przy kwasie salicylowym się zmienia tak, że na 18 doświadczeń przypada 7 wyleczeń (18 : 7).

Według powyższego obliczenia wypadaloby, że kwas borowy, salicylowy i woda chlorowa przeciw ropnemu zapaleniu otrzewny jednakowo są pomocne, a więc i jedną mają wartość. W rzeczywistości jednakże rzecz nie zupełnie tak się przedstawia. Muszę mianowicie na to zwrócić uwagę, że w obu przypadkach wyleczonych zapomocą kwasu borowego było tylko nieznaczne zapalenie otrzewny, podczas gdy przy użyciu kwasu salicylowego udało mi się także kilka ciężkich przypadków wyleczyć. Zresztą dalekim jestem od tego, bym, przemawiając za kwasem salicylowym, kwas borowy zupełnie chciał zarzucić. Niech późniejsze doświadczenia polegające na większym materjale w tym kierunku rozstrzygają!

Co do wody chlorowej, to muszę jeszcze raz powtórzyć, że środek ten w jednym przypadku był bezpośrednią przyczyną śmierci; na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie odważyłbym się jeszcze środka tego użyć u człowieka.

Nadto przeciwko temu środkowi przemawia także bardzo wielka zdolność rozkładania się tak, że do każdego doświadczenia trzeba mieć świeży preparat pod ręką.

Na podstawie tych wszystkich doświadczeń przyszedłem do wniosków następujących:

1. Operacyjne leczenie ropnego, septycznego zapalenia otrzewny jest dziś

zupełnie usprawiedliwioném i ściśle wskazaném. Wśród korzystnych warunków można w ten sposób chorego uratować.

2. Zupełnie pewnego, we wszystkich przypadkach skutecznego środka nie udało mi się znaleźć.

3. Skuteczność rozmaitych użytych środków zależy od różnych, po części jeszcze nie zupełnie dokładnie znanych, okoliczności. W pierwszej linii nasilenie samej sprawy chorobowej wydaje mi się być wielkiej doniosłości. Takowe stoi w prostym stosunku z pierwotną przyczyną i z czasem trwania choroby. W doświadczeniach moich otrzymywałem tém gorsze wyniki, im rana w jelicie więcej od żołądka oddaloną była i im więcej czasu mijało między zranieniem a laparotomią. Także ogólny stan zwierzęcia nie wydaje się być bez wpływu na wynik. Duże i silne psy znosiły zabieg operacyjny znacznie lepiej, aniżeli małe i słabe, u których zwykle po laparotomii następował ciężki upadek sił i przy objawach tegoż zwierzęta ginęły. Starałem się wprawdzie złemu temu zapobiedz przez wstrzykiwanie do jamy otrzewnowej alkoholu bezpośrednio po operacji. Doświadczenia jednakże w tym celu przedsięwzięte nie były wcale zachęcające, jak to widać z następującego. Trzem małym psom wstrzyknąłem zapomocą trójgrańca 8, 10 do 12 cm. sześć. francuskiego koniaku do jamy brzusznej. Bezpośrednio po operacji zwierzęta miały się wcale dobrze i biegały zupełnie wesołe. Po 10—20 minutach poczęły tracić równowagę, chód ich był niepewny i chwiejny, zapadały w śpiączkę, z której się dopiero po kilku godzinach budziły. U czwartego psa, któremu przez małą ranę laparotomijną wlałem 15 cm. koniaku do jamy brzusznej, wystąpiły te same objawy, tylko że wśród śpiączki śmierć nastąpiła. Wyniki te do dalszych doświadczeń nie zachęcały, należało się raczej obawiać, że upadek sił, powstały wskutek zapalenia

otrzewny i laparotomii, zwiększy się przez wstrzyknięcie alkoholu.

4. Najpewniejszym środkiem leczniczym przy zapaleniu otrzewny wydaje się być po usunięciu pierwotnej przyczyny choroby dokładna toaleta jamy brzusznej kwasem salicylowym, w sposób powyżej opisany wykonana. Ażeby pierwotną przyczynę choroby usunąć, w doświadczeniach moich albo zeszywałem po prostu ranę w jelicie, albo też wykonywałem rezekcją jelita, jeżeli ściany jelita w bezpośredniem sąsiedztwie rany wydawały mi się nieprawidłowemi. Na założenie sztucznej rzyci nie mogłem się zdecydować, raz z powodu, iż byłem przekonany o trudnościach następowego leczenia tego cierpienia u zwierząt, drugi raz z powodu, iż założenie sztucznej rzyci samo przez się jest zabiegiem niebezpiecznym, jakto miałem sposobność już innym razem wykazać <sup>1)</sup>. Tylko w przypadkach, w których zależałoby na jak najszybszém ukończeniu operacyi, przemawiałbym za tém postępowaniem. I w takich przypadkach jednakże wydaje się odpowiedniejszém postępowanie analogiczne z „dwuczasową, wczesną rezekcją jelita“ RIEDLA: całą niezdrową pętlę umocowałbym przed raną brzuszną, ażeby po kilku godzinach lub dniach, skoro się stan chorego poprawi, rezekcją wykonać. Nie mogę również nie wspomnieć o tém, że zupełna rezekcja jelita w przypadku przedziurawienia wydaje mi się bezpieczniejszym zabiegiem, aniżeli tylko wycięcie brzegów i zeszywanie takowych: przy pierwszém postępowaniu raz tylko szew mię zawiódł, przy drugim zaś 3 razy, jakkolwiek brzegi rany wydawały się zupełnie prawidłowemi. Jak już często wspomniano, przy szwie jelitowym zależy wszystko od tego, żeby szew był założonym w tkankach zupełnie zdrowych.

<sup>1)</sup> Przyczynę do pierwotnej rezekcyi jelita przy przepuklinach zgorzelinowych. Gaz. lek. 1887. Nr. 4 i 5.



Jedną sprawę w doświadczeniach moich wcale nie uwzględniałem a mianowicie następowego drenowania jamy otrzewnowej. Uczyniłem zaś to nie dlatego, bym się nie spodziewał żadnego wyniku po tym postępowaniu. Obawa tylko przed dalszym zanieczyszczeniem jamy brzusznej od zewnątrz wstrzymywała mię od tego, u psa bowiem bardzo trudno jest założyć stały, nieprzesuwający się opatrunek. U człowieka nie wstrzymywałbym się w podobnych przypadkach od drenowania całej jamy otrzewnowej, po dokładnym wypuszczeniu wysięku i przestrzyknięciu kwasem salicylowym zapomocą pasków gazy jodoformowej, sposobem podanym przez prof. MIKULICZA (37). O skutecznym działaniu drenowania paskami gazy miałem niedawno sposobność przekonać się w przypadku przezemnie operowanym, a który poniżej podam. Przy laparotomii wykonanej z powodu niedrożności jelit znalazłem rozległe zapalenie otrzewny, całą małą miednicę wypełnioną krwawym wysiękiem. Wprowadziłem do miednicy kilka pasków gazy, w okolicę zaś lędźwiową po jednym na palec grubym drenie. Opatrunek i cała pościel tak były wysiękiem przemoczona, że musiałem takowe 3 razy w ciągu doby zmieniać. Pomimo to chory po upływie tego czasu umarł a sekcja wykazała, że w miednicy wydzieliny nie było, w okolicy zaś lędźwiowej dość znaczną ilość takowej znalazłem.

Nakreślmy sobie teraz na podstawie wyciągniętych wniosków obraz leczenia zapalenia otrzewny! Że laparotomija przy zapaleniu otrzewny jest wskazaną, o tém już wyżej mówiłem; zasada zaś ta wcale nie traci na wartości, pomimo że z jednej strony spotyka się przypadki, zwłaszcza samoistnego zapalenia otrzewny, w których leczenie wewnętrzne zupełnie wystarcza, z drugiej zaś jeszcze więcej przypadków się znajdzie, w których chirurg bezskutecznie działać będzie. „Za dużo“ przy dzisiejszym stanie techniki operacyjnej choremu zaszkodzić nie może, „za mało“ zaś może go o niechybną śmierć przyprawić. LAW-

SON TAIT (68) zapatrywanie to następującymi słowami określa: „*When the doctor is in doubt and the patient in danger, make an exploratory incision and deal with, what you find, as best as you can*“. Trudniej jest rozstrzygnąć, kiedy do operacji należy przystąpić. Powyżej udowodniłem, że odpowiedź brzmić powinna: „im wcześniej, tém lepiej“. Należy zatem operować, skoro tylko pierwsze objawy ogólnego zapalenia otrzewny wystąpią, bez względu na przyczynę tegoż. Nawet więcéj! Przy ranach postrzałowych wskazaną byłaby laparotomija może także bez objawów otrzewnowych, jeżeli tylko z położenia otworu wejścia i kierunku kanału postrzałowego można przypuszczać naruszenie przewodu pokarmowego. W ten sposób wyniki możeby były znacznie lepsze. Nakłócie próbne dla naszych celów ma tylko znaczenie podrzędne, wysięk bowiem przy zapaleniu otrzewny, zwłaszcza w stadyjum początkowém, jest często dość skąpym i nadto w licznych zatokach i załkach ukrytym.

Na podstawie ujemnego wyniku próbnego nakłócia w przypadkach takich ręce założyć, znaczyłoby w połowie drogi ustać. Skłoniwszy się do operacji prowadzi się rozległe cięcie, by we wszystkich stosunkach dokładnie się rozpatrzyć i przyczynę zapalenia otrzewny wynaleźć. Że to nie jest łatwém, to każdy przyzna, kto widział, ile nieraz na stole sekcyjnym trudności sprawia wynalezienie punktu wyjścia ropnego zapalenia otrzewny. I statystyka także przemawia za słusnością tego twierdzenia. Jakżeż inaczej możnaby sobie wytłómaczyć tak względnie częste przeoczenie a raczéj nieznachodzenie przedziurawień wzrostka robaczkowego przy laparotomijach. Znalazwszy raz pierwotną przyczynę cierpienia, usuwamy takową (szew jelitowy względnie rezekcyjja, wycięcie zropiałego jajowodu i t. d.), wydobywamy wysięk gąbkami i całą jamę otrzewnową przepłukujemy roztynem soli kuchennéj i kwasu salicylowego. Drenowanie jamy brzusznej i szew rany w powłokach brzusznych kończą operacyją.

W każdym razie wykonanie takiego zabiegu jest tylko wtenczas możliwe, jeżeli objawy upadku sił nie są jeszcze zbyt znaczne. W przeciwnym bowiem razie objawy te mogłyby się tylko spotęgować. W przypadkach takich nie pozostaje nic innego, jeśli w ogóle chce się jeszcze myśleć o ratowaniu chorego, jak zapomocą krótkiego cięcia i założenia drenu wysiękowi odpływ zapewnić i przy ciągłym podawaniu środków podniecających wyczekiwać dalszego przebiegu. Tém bardziej musimy o tém pamiętać, ponieważ laparotomija w ten sposób wykonana, już sama przez się w wysokim stopniu wystawia chorego na niebezpieczeństwo shocku. Czy zaś za przyczynę shocku będziemy uważali z WEGNEREM (78) oziębienie otrzewny, czy z MAASEM (32) nagłe parowanie z błony surowiczej, albo wreszcie z GUTSCHEM (18) odruchowe porażenie z powodu podrażnienia końców nerwowych w otrzewny, to już jest zupełnie obojętném. Wszystkie te czynniki występują razem przy laparotomii z powodu zapalenia otrzewny, a rzeczą operatora jest takowe o ile możności łagodzić. Jasném więc jest zupełnie, że do przestrzykiwań należy używać tylko rozczynów ciepłych (38—40° C.) i że przy wymaczywaniu wysięku i nadmiarowego antyseptyku z wszelką możliwą delikatnością postępować należy.

O ile będzie można tą drogą pomódz przy rozmaitych formach septycznego zapalenia otrzewny, o tém dopiero dalsze doświadczenie nas pouczy. Muszę tu jednakże wyraźnie zaznaczyć, że u człowieka rzadko kiedy znajdziemy się wśród tak korzystnych warunków, jakie sobie przy doświadczeniach na zwierzętach stwarzamy, że raczej zbyt często stanie nam przed oczami cały szereg powikłań, które same przez się mącić będą rokowanie i wynik. Z mojej strony mogę tylko jeszcze raz powtórzyć, o czém już poprzednio mówiłem, że cała sprawa zbyt nową jest jeszcze, by ją można stanowczo rozstrzygać na podstawie moich nielicznych doświadczeń. Chodziło mi tylko o to, by choć w małej części przyczynić się do wyjaśnienia spr-

wy o niezmiernie wysokim praktycznym znaczeniu, poruszonej w najnowszych czasach zarówno przez chirurgów jak i klinicystów.

---

W dodatku do tej pracy doświadczalnej dołączam jeszcze kilka nieogłoszonych dotychczas przypadków, w których operowano z powodu zapalenia otrzewny.

I. Przepuklina udowa zgorzelinowa. Septyczne zapalenie otrzewny. Herniotomia, pierwotna rezekcja jelita, przestrzyknięcie jamy brzusznej kwasem salicylowym. Śmierć po 24 godzinach<sup>1)</sup>.

F. B. Dnia 23/3 1886 przyjęto do kliniki chorą 37-letnią z przepukliną udową po lewej stronie, od 8 dni uwięzniętą. Chora w dniu przyjęcia przedstawiała następujący obraz niemocy: Po lewej stronie przepuklina udowa, uwięznięta, wielkości jaja kurzego. Brzuch mocno rozдутy, przy dotknięciu nadzwyczaj bolesny, odgłos wypukowy ponad spojeniem łonowym i więzadłem POUPARTA po obu stronach na szerokości 3 palców stłumiony, zresztą prawidłowy. Chora skarży się na chwilami samoistnie występujące gwałtowne bóle w brzuchu, zresztą jednakże ma się jeszcze dość dobrze i sama się przechodzi. Ciężota prawidłowa, tętno słabe 98 na minutę. Ponieważ przy herniotomii przedsięwziętej natychmiast pomimo bardzo delikatnego pociągania zgorzelinowe jelito się naderwało tak, że się nam udało tylko doprowadzającą część jelita na zewnątrz wyciągnąć, dlatego cięcie herniotomijne rozszerzono ku górze i wydobyto i drugi koniec jelita, tuż bezpośrednio za bramą przepuklinową leżący. Przytém wylało się z jamy brzusznej kilka gramów ciecży mętnej, cuchną-

---

<sup>1)</sup> Przypadek ten opisałem w rozprawie mojej: „Przyczynki do rezekcji jelita przy przepuklinach zgorzelinowych“.

cój. Oba końca jelita rezekowano i typowy szew jelitowy założono. Następnie poprowadzono w linii białej poniżej pępka cięcie 8 cm. długie, do tegoż, jak również do cięcia po herniolaparotomii wprowadzono po 2 dreny grubości palca i przez te przestrzyknięto jamę brzuszną letnim roztworem kwasu salicylowego. Ranę w linii środkowej zeszyto zupełnie, w drugiej pozostawiono oba dreny. Chorą ze znacznym upadkiem sił ułożono w łóżku. Śmierć po 24 godzinach. Sekcja wykazała rozległe ropne zapalenie otrzewny. Szew jelitowy, leżący prawie w środku jelita cienkiego, w jednym miejscu niezupełnie zamykał jelito, jak to próba wodna wykazała.

II. Uwięzgnięcie wewnętrzne z powodu striangułacyi. Zapalenie otrzewny laparotomija, przepłukanie jamy brzusznej kwasem salicylowym, śmierć po 48 godzinach.

H. B. Chora 27 letnia cierpi od kilku lat na zapalenie okołomaciczne (*perimetritis*), od czasu do czasu się zaostrzające. 7 Czerwca 1886 wystąpiły nagle objawy *ileus* bez znanj przyczyny, które się pomimo najrozmaitszych środków do 15 czerwca utrzymywały, w którym to dniu chorą do kliniki wewnętrznej przyjęto. Obraz choroby w dniu przyjęcia był następującym: Małe, źle odżywione indywiduum. Spojówka gałkowa lekko żółtawa. Narządy klatki piersiowej prawidłowe. Brzuch mocno wzdęty zwłaszcza po stronie lewej powyżej pępka. Cały brzuch przy dotyku mocno bolesny, zwłaszcza jednakże w okolicy kiszki grubej, w miejscu tém wyczuwa się podługowaty guz prostopadle przebiegający, który prawdopodobnie mocno rozdętej kiszce odpowiada. Odgłos wypukowy wszędzie prawidłowy. Przy badaniu przez pochwę i kiszkę stolcową czuć po prawej stronie powiększony i bolesny jajnik. Chora skarży się na ciągle, gwałtowne bólesci, które od czasu do czasu do niesłychanego nasilenia dochodzą. Ciepłota prawidłowa, tętno przyspieszone, nitkowate.

Ponieważ rozpoznanie mechanicznej przeszkody w jelicie nie ulegało wątpliwości, dlatego zawezwany na naradę prof. MIKULICZ jeszcze tego samego wieczora przystąpił do laparotomii. Cięcie w powłokach brzusznych w linii białej. Błona surowicza jelit była wszędzie żywo nastrzykniętą i w licznych miejscach włóknikową wypociną pokrytą. Wysięku płynnego było bardzo mało. Ręką wprowadzoną do prawego dołu biodrowego znalazł prof. MIKULICZ zaraz około 10 cm. długi postronek łącznotkankowy, idący od większej sieci do pętli jelita cienkiego i uciskający drugą pętlę jelita cienkiego do dołu biodrowego. Postronek po podwójnym podwiązaniu przecięto, poczem zaraz treść jelitowa przeszła z rozszerzonej górnej części do dolnej. Następnie wycięto także prawy jajnik wielkości jaja kurzego torbielowato zwyrodniały, przestrzyknięto jamę brzuszną  $2\frac{1}{2}$  litrami letniego kwasu salicylowego i ranę w powłokach brzusznych zeszyto. Objawy niedrożności jelit jednakże nie ustąpiły, a w 48 godzin po operacji chora umarła wśród objawów septycznego zapalenia otrzewny. Sekcja wykazała włóknikowo-ropne zapalenie otrzewny. Ruchomość jelita była zupełnie przywróconą. Oprócz tego znaleziono kawał gazy jodoformowej otoczony siecią wielką, który podczas operacji służył do powstrzymania krwotoku mięszonego z powłok brzusznych i widocznie wpadł do jamy brzusznej i został przeoczony.

III. Rak macicy. Ropne zapalenie jajnika i jajowodu. Ogólne zapalenie otrzewny. Laparotomija. Śmierć.

M. L. 37 letnia, stanu wolnego. Chorą znacznie osłabioną i dość wyniszczoną przyjęto z rakiem części pochwowej macicy do kliniki chirurgicznej w celu wykonania całkowitego wycięcia macicy. Oprócz nowotworu w macicy i nieznacznego obrzęku śledziony nie można było w innych narządach w dniu przyjęcia nic nieprawidłowego znaleźć. Podczas przygotowywania chorą do operacji przez codzienne przestrzykiwanie pochwy rozczytnem sublimatu, wystąpiły

nagle wśród silnej gorączki objawy *perimetritidis*, do których 5-go dnia dołączyły się objawy ogólnego septycznego zapalenia otrzewny. W skutek tego prof. MIKULICZ postanowił 21 października 1886 przystąpić do laparotomii. Cięcie w powłokach brzusznych od pępka do spojenia łonowego. Z jamy brzusznej wylało się około litra cieczy mętnej, nie cuchnącej, do ropy podobnej i ze strzępami pomieszaną. Otrzewna była wszędzie mocno nastrzykniętą, jelita miejscami ze sobą pozlepiane. Przyczyny zapalenia otrzewny nie można było znaleźć. Cały więc tylko wysięk wymaczano gąbkami, jamę brzuszną przepłukano 2 litrami letniego roztworu kwasu salicylowego i częściowo zamknięto. Przez dolny kąt rany wprowadzono kilka pasków gazy jodoformowej ku małej miednicy. Śmierć nastąpiła w 10 godzin po operacji. Sekcja wykazała ogólne zapalenie otrzewny a jako punkt wyjścia takowych obustronne ropne zapalenie jajowodów (*salpingitis*) i ropne zapalenie jajnika (*oophoritis*) po prawej stronie. Oprócz tego znaleziono ostre obrzmienie śledziony.

IV. Zapalenie otrzewny po przedziurawieniu? Laparotomija. Śmierć po 8 godzinach.

F. P. 7 letni chłopak z Jasła. Chory zasłabł przed 10 dniami wskutek błędu dyetetycznego na ostry niezbyt żołądkowo-jelitowy. Następnie wystąpiły objawy niedrożności jelit a później ogólnego zapalenia otrzewny. Brzuch jednostajnie wzdęty, wszędzie, zwłaszcza zaś w okolicy кишки grubej bolesny, nieco wolnego płynu w jamie brzusznej, chory w ostatnich dniach znacznie osłabł. Jakkolwiek ordynujący lekarze wgłębienie się jelita przypuszczali, to jednak profesor MIKULICZ rozpoznał zapalenie otrzewny w skutek przedziurawienia a to na podstawie tego, że nie znalazł nigdzie ograniczonego zwiększonego oporu, a tém bardziej żadnego guza i że niedrożność jelit nie była zupełną, gdyż chory od czasu do czasu miał wypróżnienie. Nakłócie próbne wykazało mętny, mocno cuchnący wysięk. Jedynie tylko laparotomija mogła cho-

rego uratować. Cięcie w linii środkowej poniżej i powyżej pępka 12 ctm. długie, z jamy brzusznej wylało się około  $\frac{1}{2}$  litra mętnej, brunatnej cieczy cuchnącej. Znaczny upadek sił dziecka nie pozwalał dalej szukać przyczyny zapalenia otrzewny. Prof. MIKULICZ zaniechał też tego w nadziei, że otwór w jelicie zamknął się już może zapomocą zlepów otrzewnowych. Przepłukano więc tylko jamę brzuszną kwasem salicylowym ( $1\frac{1}{2}$ —2 litrów) i wprowadzono 2 grubości palca dreny i 4 paski gazy jodoformowej przez ranę do wnętrza w rozmaitych kierunkach. Ranę zespojono tylko w kątach zapomocą kilku szwów węzełkowych. Chory przyszedł po operacji do siebie, przez kilka godzin miał się dość znośnie, upadek sił jednak wystąpił po raz wtóry i chory umarł po 8 godzinach. Sekcyi nie robiono.

V. Niedrożność jelita w skutek skreślenia się zgięcia esowatego. Zapalenie otrzewny, laparotomija. Śmierć.

M. K. 14 letni chłopak z Oświęcima. Przed 8 dniami wystąpiły objawy niedrożności jelit. Brzuch zaraz z początku miernie wzdęty i wszędzie bolesny przy dotyku. Od czasu do czasu występują nadto gwałtowne bóle samostnie. Dokładniejsze obmacanie brzucha przez powłoki brzuszne z powodu znacznych bólów prawie niemożliwe. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie można było wykazać. Badanie przez kışkę stolcową mało przyczyniło się do wyjaśnienia sprawy. Ciepłota prawidłowa, tętno 100, słabe. Na podstawie tego stanu mogłem tylko postawione już rozpoznanie niedrożności jelit i zapalenia otrzewny potwierdzić, nie oznaczając jednakże bliższej natury. Zaraz też przystąpiłem do laparotomii w prywatnym pomieszkaniu chorego. Cięcie brzuszne od pępka do spojenia łonowego. Z jamy brzusznej wylała się ciecz mętna. Otrzewna wszędzie jednostajnie żywo czerwono zabarwiona, miejscami włóknikowými skrzepami pokryta. Cienkie i grube jelita znacznie rozszerzone. Musiałem więc przyczyny niedrożności jelit jak najniżej w kışce grubój szukać i przekona-



łem się rzeczywiście, że zgięcie esowate wraz z swą długą kreską było na  $180^\circ$  skrócone. Odkręcenie udało się bardzo łatwo. Przepłukałem jamę brzuszną  $1\frac{1}{2}$  litrem kwasu salicylowego, wprowadziłem do tejże kilka pasków gazy jodoformowej i zespołem częściowo ranę brzuszną kilkoma szwami węzełkowymi. Chory przyszedł wprawdzie po operacji do siebie, objawy niedrożności jelit jednakże nie ustąpiły, objawy zaś zapalenia otrzewny wystąpiły znowu z dawniejszą gwałtownością. Chory umarł w 48 godzin po operacji. Na sekcję nie zezwolono.

VI. Niedrożność jelita z powodu skręcenia się zgięcia esowatego. Zapalenie otrzewny. Laparotomija, przepłukanie jamy brzusznej kwasem salicylowym. Chwilowe polepszenie. Śmierć po 30 godzinach.

D. H. 56 letni z Dąbrowy. Przedtém zupełnie zdrow zasłabł przed 5 dniami wśród objawów niedrożności jelit: brak stolców i wiatrów, wymioty zielonawej, niecuchnącej cieczy, i chwilami występujące bardzo gwałtowne bóle brzucha. Ponieważ wszystkie wewnętrzne środki były bezskuteczne, dlatego lekarz ordynujący wysłał go do naszej kliniki, gdzie 21 marca b. r. został przyjętym. Obraz choroby w dniu przyjęcia był następującym: chory źle odżywiony z objawami upadku sił, tętno 98 słabe, ciepłota  $37^\circ$ . Brzuch jednostajnie zwłaszcza po stronie prawej wzdęty przy dotyku mało bolesny. Odgłos wypukowy prawidłowy, tylko wątroba nieco ku górze wyparta. W okolicy kiszki ślepej czuć ciało szerokie, kielbasowate, ku górze prostopadle się ciągnące i kończące się aż pod łukiem żebrowym. Badanie przez kışkę stolcową wypadło ujemnie. Z wielkim prawdopodobieństwem rozpoznałem wgłębienie się jelita i skłoniłem się do laparotomii, którą też w nieobecności prof. MIKULICZ'a sam wykonałem. Otworzywszy jamę brzuszną cięciem, od pępka do spojenia łonowego sięgającym, spostrzegłem zaraz silnie rozszerzoną pętlę jelita gru-

bego (jak się później okazało część nadzwyczaj ruchomój okrężnicy poprzecznej). Równocześnie przekonałem się, że i zapalenie otrzewny już istnieje: jelita były żywy czerwono nastrzyknięte, w licznych miejscach zasiane kropkowanymi małymi wynaczynieniami, w małej miednicy znaczna ilość wysięku krwawego. Skoro tylko nabrałem przekonania, że w prawym dole biodrowym stosunki są zupełnie prawidłowe i że guz wyczuwalny przez powłoki brzuszne odpowiada silnie rozdętej kiszce wstępującej, wszedłem prawą ręką ku lewemu dołowi biodrowemu, zgięcia esowatego jednakże znaleźć nie mogłem. Dokładniejsze rozpatrzenie się nauczyło mię, że zgięcie to skryło się pod pętlami jelita cienkiego w kierunku ku górze i stronie prawej ku wątrobie, w tym samym kierunku, w którym się gubił dolny koniec kiszki grubiej zstępującej. Ponieważ łagodne pociąganie zupełnie było bezskutecznym, dlatego musiałem prawie całe jelito cienkie wyciągnąć i okrywszy ciepłymi kompresami na boku ułożyć a cięcie w powłokach brzusznych rozszerzyć aż do wyrostka mieczykowatego. Teraz dopiero spostrzegłem, że zgięcie esowate osiłą swą skręcone, rozciągnięte, o ścianach bardzo cienkich było przyrośnięte do *flexura hepatica* kiszki grubiej. Zrosty oddzielano po części tępo, po części między dwiema podwiązkami, poczem zgięcie esowate samo przez się wróciło do prawidłowego położenia. Ponieważ jednakże obawiałem się, że nagromadzone w jelicie grubym gazy nie tak łatwo z powodu porażenia jelit mogły być nazewnątrz wydalone, dlatego zrobiłem na najgłębszym dostępnym miejscu zgięcia esowatego mały otwór nożem i przez takowy wypuściłem na zewnątrz gazy i nagromadzone masy kałowe. Następnie szew rany, wymaczanie całego wysięku zapomocą gąbek i przepłukanie jamy brzusznej 2 litrami letniego kwasu salicylowego. Do miednicy małej wprowadziłem kilka pasków gazy jodoformowej, na boki po jednym na palec grubym drenie, i ranę brzuszną częściowo zeszyłem. Chory przedstawiający znaczny upadek sił przyszedł wkrótce do siebie i czuł się po

operacji znacznie lepiej. Następnego rana musiałem zmienić opatrunek, ponieważ znacznie przemókł. Chory ma się wcale dobrze, ciepłota  $37^{\circ}$  C., tętno 100. Polepszenie przez cały dzień się utrzymywało. Dopiero wieczorem tętno poczęło słabnąć, wystąpił upadek sił. Śmierć nastąpiła następnej nocy w 30 godzin po operacji, sekcyjna wykazała świeże włóknikowe zapalenie otrzewny. Jak jednakże już wyżej wspomniałem, w małej miednicy nie było prawie wcale wysięku, podczas gdy po prawej i lewej stronie kręgosłupa była nagromadzoną dość znaczna ilość cieczy.

VII. *Pyonephrosis*, pęknięcie ropnia do jamy otrzewnowej, zapalenie otrzewny. Laparotomija, polepszenie. Śmierć z powodu zapalenia płuc <sup>1)</sup>).

M. Z. zasłała w 5 dniu prawidłowego dotychczas położu na ograniczone zapalenie otrzewny. Cała prawa połowa brzucha od łuku żebrowego aż do *spina anterior superior ossis ilei* zajęta była przez guz wyraźnie chelboczący, bolesny. Ciepłota podniosła się nagle do  $40^{\circ}$  C. i kilkakrotnie dreszcze się pojawiły. Badanie wszystkich innych narządów nie wykazało nic nieprawidłowego, tylko w moczu znaleziono nieliczne ciała ropne. Następnego dnia guz przedtém wybitnie wyczuwalny znikł zupełnie, natomiast cały brzuch mocno wzdęty, silnie bolesny a chora w największym upadku sił. Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że otorbiony ropień otrzewnowy pękł i wywołał w ten sposób ogólne zapalenie otrzewny. Laparotomiją jako jedyny środek ratunku chorą wykonano bez narkozy. Ponieważ ropa w moczu naprowadzała na myśl, że cała sprawa wyjść mogła z prawej nerki, dlatego najpierw po-

---

<sup>1)</sup> Wiadomość o tym przypadku, operowanym przez D-ra KRAJEWSKIEGO w Warszawie zawdzięczam listowemu doniesieniu D-ra DZIERŻAWSKIEGO który za zezwoleniem D-ra KRAJEWSKIEGO takową łaskawie mi nadesłał. Korzystam ze sposobności, by na tém miejscu obu tym panom moje serdeczne podziękowanie wyrazić.

prowadzono cięcie ledźwiowe SIMONA. Ponieważ jednak stosunki tu wydawały się prawidłowemi, dlatego dołączył D-r KRAJEWSKI zaraz drugie cięcie w linii białej. Późem wylało się przeszło litr żółtej, gęstej ropy z jamy brzusznej. Otrzewna była wszędzie żywo nastrzykniętą, włóknikowemi złogami pokrytą. Prawa połowa brzucha stanowiła jeden wielki ropień ograniczony kiszka grubą wstępującą, wątrobą, przednią ścianą brzucha i siecią. Ropień ten był w jedném miejscu pękniętym i komunikował w ten sposób z całą jamą otrzewnową. Znaczny upadek sił chorój nie dozwalał szukać pierwotnej przyczyny choroby. Miano poprzestać na przestrzyknięciu jamy otrzewnowej rozczyntem sublimatu (1:5000) i wprowadzeniu grubego drenu. Chora wkrótce przysła do siebie, bóle w brzuchu nie pojawiły się ani samoistnie, ani też przy dotknięciu, tak że wszelka była nadzieja utrzymania chorój przy życiu. Czwartego jednakże dnia po operacyi wystąpiły objawy zapalenia płuc po prawej stronie, któremu też chora po 2 dniach uległa. Przy sekcyi nie znaleziono ani śladu świeżego zapalenia otrzewny, ropy nie było ani w wolnej jamie otrzewnowej, ani też w powyżej opisaniej jamie po ropniu. Jama ta komunikowała zapomocą małego, wielkości bobu otworu, położonego na prawo kiszki grubiej wstępującej z nerką zwyrodniałą torbielowo i ropę zawierającą.

Jakkolwiek we wszystkich dopiero co przytoczonych przypadkach wyniku śmiertelnego nie można było odwrócić, to jednak nie można tego brać wcale za dowód przemawiający przeciw możliwości i użyteczności operacyi. W jednym przypadku udało się nawet powstrzymać zapalenie otrzewny; śmierć nastąpiła w skutek zapalenia płuc a przy sekcyi nie znaleziono ani śladu istniejącego pierwiej zapalenia otrzewny; w jednym przypadku wystąpiło wybitne, jakkolwiek krótko trwające polepszenie po operacyi. Również muszę zauważyć, że większa ilość chorych dostawała się do leczenia w stadyjum bardzo późnem, z upadkiem sił, a więc wśród warunków, które jak wyżej wspomnia-

łem, już same przez się rokowanie mącą. Nie we wszystkich także przypadkach udało się wynaleźć pierwotną przyczynę, co również niekorzystnie na wynik ostateczny wpływa.

W końcu pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden przypadek rany postrzałowej żołądka, który operował D-r FILLLENBAUM <sup>1)</sup> lekarz sztabowy w szpitalu garnizonowym N. 1 w Wiedniu. Żołnierz 22 letni postrzelił się karabinem w okolicę żołądka. W godzinę po zranieniu przyniesiono go do szpitala. Otwór wejścia w dolku podsercowym, otwór wyjścia na lewo od wyrostka kolczastego 9 go kręgu piersiowego. W lewej jamie opłucnowej krew. Chory oddycha ciężko, tętno silne, przytomność utrzymana. Rozpoznanie rany żołądka było pewnym, gdyż z tylnego otworu wraz z krwią wydostawały się na pół strawione kawałki bulki. Wykonano natychmiast w narkozie laparotomię. Cięcie poprowadzono w linii środkowej, przyczem otwór wejścia również przecięto. Mocno rozdęty żołądek wstał się zaraz w ranę. Na przedniej powierzchni tegoż blisko większej krzywizny, w środku takowej, rana nieregularnie czworoboczna, 2 cm. szeroka, na brzegach błona śluzowa wynicowana. Szew rany w żołądku. Otworu wyjścia w żołądku nie znaleziono. Toaleta jamy otrzewnowej i szew rany w powłokach. Ponieważ tętno tymczasem znacznie osłabło, dlatego szybko tylną ranę wytamponowano gazą jodoformową i ułożono chorego w łóżku. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po operacji. Obraz sekcyjny: Linijnie połączona i zlepiona rana w żołądku. Błona śluzowa w otoczeniu téjże kilkakrotnie przerwana. Rana wyjścia blisko wpustu. Przedarcie takowego i przepony, krew w lewej jamie opłucnowej. Nadto powierzchowne zranienie wątro-

---

<sup>1)</sup> FILLLENBAUM był szczególnie na mnie łaskawym i udzielił mi historii choroby, za co czuje się w obowiązku wyrazić serdeczne podziękowanie.

by i śledziony. Z obrazu tego widać wyraźnie, że przypadek od samego początku był stracony. Mimo to jednak wskazanie do operacji było zupełnie dokładne.

W końcu niech mi będzie wolno wyrazić prawdziwą i głęboką wdzięczność memu zacnemu i czcigodnemu nauczycielowi prof. MIKULICZOWI za zachęcenie mnie do tej pracy i za kilkakrotną pomoc w takowej.

---

## LITERATURA.

---

1. ALBERT. Zur Frage der Operations - Behandlung der Peritonitis. Allg. Wiener med. Zeitung. 1887. Nr. 10.
2. ABBE & BULL. Two cases of laparotomy for perforating gunshot wound of the abdomen with fatal termination Annals of sury. 1886. Dec.
3. ADAMS. Laparotomy for gunshotwounds. Nord-western Lancet. 1885. Ref. w Centralblatt für Chir. 1885. Nr. 47.
4. ANNANDALE. Case of bullet wound of the abdomen numerons perforation of the intestines treates by abdominal section. The Lancet. 1885. April.
5. BARDELEBEN. Ueber Ileus. Berl. klin. Wochschft. 1885. Nr. 25 i 26.
6. BARLOW & GODLES. Suppuration around the Vermiform Appendix treated by abdominal Incision. Med. times and gaz. 1885. Ref. w Centralblatt für Chirg. 1886. Nr. 8.
7. BECK. Neue Beobachtungen über Zerreißung wichtiger Organe des Unterleibs. D. Zeitschft für Chir. 19 tom.
8. BOUILLY. Rupture de l'intestin par coup de pied de cheval. Bull. de la Soc. chir. 1883. (cytat z TRUC'a)
9. BULL. A case of gunshotwound of the intestines tre-

- ated succesfully by laparotomy. Amer. med. News. 1885. Nr. 7. Ref. w VIRCHOW und HIRSCH. Jahresbericht z roku 1885.
10. BULL. A second case of recovery from perforating gunshot wound of the abdomen through laparotomy Annals of sury 1886. Grudzień.
  11. BURCHARD. Beobachtung über medicinische und chirurgische Behandlung der acuten Peritonitis. Ref. w Centralblatt für Gyn. 1885. Nr. 50.
  12. CHAPUT. Perforation de l'appendice ileo-coecal par corps etranger. Progrés med. 1883 p. 103.
  13. CHAVASSE. Etudes sur les contusions et ruptures de l'intestin sous lesion apparente des parois abdominales. Arch. de med. milit. 1884. Nr. 13—15. Ref. w VIRCHOW u. HIRSCH Jahresbericht z roku 1884.
  14. CECI. Laparotomie pour peritonite consecutive á une splenectomie. Cytata z TRUC'a.
  15. DAHM. Laparatomie bei Ileus. Halle 1883.
  16. FALKSON. Beobachtungen und Untersuchungen über Carbolurin und Carbolintoxication bei der Listerischen Wundbehandlung. Arch. fr. klin. Chir. Tom 26
  17. GRAWITZ. Statistischer und experimentellpathologischer Beitrag zur Kentniss der Peritonitis. Charite. Annalen. XI rocznik str. 770.
  18. GUTSCH. Ueber die Ursachen des Shokes nach Operationen in der Bauchhöhle. Ref. w Centralblatt fr. Chir. 1878. Nr. 49.
  19. HACKER. Die Magenoperationen an Prof. BILLROTH's Klinik in den Jahren 1880 bis März 1885. Wien 1885.
  20. HAHN. Ein Beitrag zur Drainage der Bauchhöhle. Berl. Klin. Wochenschrift 1874. Nr. 38.
  21. HEGAR i KALTENBACH. Die operative Gynäkologie. Stuttgart 1886.
  22. HORSLEY. Acute septic. peritonitis. Operation-Recovery. Med. times and gaz. 1885. Ref. w Centrblatt fr. Chir. 1885. Nr. 50.

23. ISRAEL. Dyskusyja o samoistném zapaleniu otrzewny miana w towarzystwie Berlińskiem medycyny wewnętrznej 1884.
24. KAISER. Über die operative Behandlung der Bauchempyeme. D. Arch. fr. Klin. Med. Tom 17. pag. 74.
25. KOCHER. Beiträge zur Chirurgie des Magens. Correspondenzblatt für Schw. Aerzte 1883. Nr. 23 i 24.
26. KROENLEIN. Ueber die operative Behandlung der acuten diffusen jauchig eitrigen Peritonitis. Arch. fr. Klin. Chir. Tom 33.
27. KUESTER. Die giftigen Eigenschaften der Carbol-säure. Arch. fr. Klin. Chir. Tom 23.
28. LANNELONGUE. Thèse de Paris 1885.
29. LEYDEN. Über spontane Peritonitis. D. med. Wochenschrift. 1884. Nr. 17.
30. LLOYD. Gunshot-wound of abdomen, abdominal section. Brit. med. Journ. 1883. Ref. w VIRCHOW & HIRSCH Jahresbericht 1883.
31. LUECKE. Laparotomie und Darmnaht bei perforirendem Typhusgeschwür. D. Zeitschrift für Chir. Tom 25.
32. MAAS. Ueber den Einfluss schneller Wasserentziehung auf den Organismus. D. Zeitschrift für Chir. Tom 17.
33. MAC CORMAC. Some observations an rupture of the urinary bladder. Lancet 1886/II. Nr. 24.
34. MARRAUT-BAKER. Purulent peritonitis. Lancet 1885.
35. MARTIN. Die Drainage bei peritonealen Operationen. Samml. klin. Vorträge. Nr. 219.
36. MIKULICZ. O laparotomii w przypadkach przedziurawienia jelit. Przegląd lek. 1885. Nr. 7—15.
37. MIKULICZ. O wykluczeniu ognisk martwych w otrzewnej. Przegląd lekarski 1886. Nr. 19.
38. MISSIAEN. Observation d'une plaie penetrante de l'abdomen. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1881.
39. MOSIMANN. Contribution à l'étude du traitement de la peritonite aiguë. Paris 1881.



40. NANCREDE. Philadelphia med. times, Listopad 1886. Ref. w Wiadomościach lek. 1887. Nr. 8.
41. NEDOPIL. Zur Herniotomie und Darmresection. Wiener med. Wochenschrift 1886. Nr. 51 i 52.
42. NETTER. Mémoire sur la possibilité de guerir la péritonite. Revue med. de l'Est 1875. Ref. podług MOSIMANNA i TRUCA.
43. NUSSBAUM. Die Drainagirung der Bauchhöhle und die intraperitoneale Injection. Aerztl. Intelligenzblatt 1874. Nr. 3.
44. NUSSBAUM. Die chirurgi. Klinik in München im J. 1875.
45. OBALIŃSKI. Sześć laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit. Odbitka z „Przezl. lek.“
46. OBALIŃSKI. Druga seryja laparatomii wykonanych z powodu niedrożności jelit. Odbitka z „Gaz. lek.“
47. OBALIŃSKI. Trzecia seryja laparotomij dok. z powodu niedr. jelit. Odbitka z „Przezl. lek.“
48. OBERST. Ein Fall von Perforationsperitonitis. Centralblatt fr. Chir. 1885. Nr. 20.
49. OLSHAUSEN. Ueber Ovariotomie. Samml. klin. Vorträge. Nr. 111.
50. OWEN. Injury to Abdomen. Lancet 1885. II.
51. PARK. Laparatomy in a case of gunshotwoud of the intestines. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA na r. 1885.
52. PARKES. Gunshot wounds of the small intestines. Chicago 1884.
53. PÉAN. Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs de l'abdomen. Gaz. des hop. 1885. Nr. 49.
54. PLENIO. Zur Diagnostik und Therapie der perforativen Peritonitis. D. Arch. fr. klin. Med. T. 39.
55. RAMSAY. Laparatomy for Gunshot wouuds. Nord-western Lancet 1885. Ref. w Centralblatt fr. Chir. 1885. Nr. 47.
56. RAVATON. Chirurgie des armées. Paris 1768.
57. REIBEL. Observation de péritonite aigue arrêtée et

guérie par une operation chirurgicale. Gaz. méd. de Strassbourg 1883. Nr. 1.

58. ROTHE. Laparatomie wegen innerer Darmeinklemmung. Memorab. 1886.
59. SCHRAMM. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. gynek. w Dreźnie z dnia 6-go listopada 1884. Centralblatt fr. Gyn. 1885. Nr. 7.
60. SCHROEDER. Lehrbuch der Geburtshilfe.
61. SCHROEDER. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. Gyn. w Berlinie z d. 14-go maja 1886. Centralblatt fr. Gyn. 1886. Nr. 24.
62. SEYMOUR. A case of pistol — shot wound of the abdomen. Ref. w Centralblatt fr. Chir. 1886. Nr. 50.
63. SIMS. The treatement of gunshot wounds of the abdomen. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1882.
64. SONNENBURG. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. Gyn. w Berlinie z d. 13 go Marca 1885. Centralblatt fr. Gyn. 1885. Nr. 15.
65. SPENCER WELLS. Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibs-Geschwulste, tłóm. przez VRAGASSY'ego. Wiedeń 1886.
66. LAWSON TAIT. An account of one hundsed and ten consecutive cases of abdomen section. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1881.
67. LAWSON TAIT. Three cases of pyosalpinx. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1883.
68. LAWSON TAIT. Brit. med. Journ. 1883. Nr. 1155.
69. TILING. Kasuistische Mittheilungen. St. Petersburg med. Wochenschrift 1884. Nr. 44.
70. TIRIFAHY. Kystes ovariques multiloculaires. Ref. w Rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1882.
71. TREVES. Acute peritonitis treated by abdominal section. Ref. w Centralblatt fr. Chir. 1886. Nr. 80
72. TRUC. Traitement chirurgical de la péritonite. Paris 1886.

73. VALERIANI. La cura chirurgica della peritonite. Ref. w Centralblatt fr. Chir. 1886. Nr. 15.
74. VINCENT. De la laparotomie et de la cystorrhaphie dans les plaies perforantes intrapéritoneales de la vessie. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1881.
75. VOLXEM. Rocznik VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1885.
76. WADE. A note of abdominal section. Lancet. 1886 I.
77. WAGNER. Zur Diagnostik und Therapie der perforativen Peritonitis. D. Arch. fr. klin. Med. T. 39.
78. WAGNER. Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle. Arch. fr. klin. Chir. T. 20.
79. WEST. Idiopathic purulent peritonitis. Lancet. 1885 II.
80. WILSON. Wound of abdomen with perforation of intestines. Lancet 1881.
81. WINSLOW. Report of six cases of penetrating gunshot wounds of the abdomen. Ref. w rocznikach VIRCHOWA i HIRSCHA z r. 1885.
82. WITTELSHOEFER. Casuistische Beiträge aus Prof. BILLROTH's chir. Klinik. Wien. med. Wochenschrift 1884. Nr. 3.
83. WOELFLER. Ueber die von Herrn Prof. BILLROTH ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wiedeń 1881.
84. HOFMOKL. Chirurgische Mittheilungen. Wiener med. Presse. 1886. Nr. 36—38.
85. SZTEYNER. O zeszyciu żołądka. Medycyna 1887.
86. RUHSTRAT. Bulletins de la Faculté de med. de Paris t. V. p. 391.
87. PERCY. Mem. de l'Acad. de chir. t. 1. p. 441.
88. ESCHER. Zur Laparotomie bei Perforatioperitonitis. Wiener med. Wochenschrift 1887. Nr. 17.
89. HIRSCHBERG. Zur operativen Behandlung der Peritonitis. Berl. klin. Wochenschrift 1887. Nr. 13.
90. POELCHEN. Zur Laparotomie bei allgemeiner eiteriger Peritonitis. D. med. Wochenschrift 1887. Nr. 14.

# SŁOWNIK BIBLIOGRAFICZNO-BALNEOLOGICZNY KRAJOWYCH ZAKŁADÓW

zdrojowo - kąpielowych, wodolecznicznych, żętycznych,  
kumysowych i klimatycznych.

UŁOŻYŁ

**MICHAŁ ZIELENIEWSKI.**

Doktor Medycyny, Chirurgii i Magister Akuszeryi, Lekarz rządowy c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy, Członek nadzwyczajny Akademii Umiejętności w Krakowie, Członek Towarzystwa lekarskiego w Warszawie, Przyjaciół nauk w Poznaniu, Towarzystwa cesarsko medycznego w Wilnie, w Charkowie i t. d.

## SŁOWO WSTĘPNE

Żyjemy w czasie, w którym wysokie znaczenie wód lekarskich (pospolicie mineralnemi nazywanych), pod względem scyentyfikcznym, leczniczym, narodowo-ekonomicznym i humanitarnym powszechnie uznane, przyjęte, a nawet rozpowszechnione zostało. Zdroje bowiem lekarskie, nie tylko są ważne pod względem Fizyjoğrafii naszój ziemi; ale racjonalne ich zastosowanie, zespolone z użyciem Hygieny i Dyetetyki, nastręcza dzielnego środka ku zwalczeniu wielu chorób przewlekłych, a zarazem źródła wód lekarskich są znamienitym czynnikiem narodowój ekonomii i bogactwa krajowego; jednocześnie zaś ich urządzenie otwiera szerokie pole do humanitaryzmu przez zakładanie przy nich szpitali dla ubogich bliźnich, a przytułku i schronisk dla młodocianój dziatwy, ku odwróceniu od niój zgubnych odziedziczanych chorób, tudzież ku pozyskaniu sił w jój rozwoju, aby to młode pokolenie wyrosło na zdrowych i silnych, sobie i społeczeństwu użytecznych członków.

Poznanie, ocenienie i spożytkowanie zdrojów wód lekarskich stało się przeto za dni naszych nieodzowną potrzebą dla społeczeństwa; o ile zaś ono będzie gruntowniej-szém, tém wszechstronniejsze z tego dla nas spłyną pożytki i korzyści.

Abyśmy jednak wykazane pożytki z naszych wód le-  
karskich w całej pełni pozyskali, zachodzi konieczność roz-  
patrzenia się w tém, co dotychczas u nas na tém polu do-  
konaném już zostało. Zachodzi przeto potrzeba spisu prac  
naszych, uskuteczniionych w zakresie krajowej Balneologii;  
potrzeba nam biblijograficznego inwentarza naszych balne-  
ologicznych publikacyj. Sporządzenie zatem dokładnego  
wykazu prac krajowej Balneologii, jest bodaj jednym z pier-  
wszych warunków dalszego téj umiejętności postępu. Na-  
mieniony wykaz stanie za gotową wskazówkę, gdzie i o ile  
odpowiednich wiadomości zaczerpnąć — przedstawi, czego  
nam brakuje — co jak najrychlej uskutecznić należy — on  
uchroni, aby dalsze prace podjąć się mające, ominęły po-  
wtarzania — wreszcie bez niego łatwo staćby się mogło.  
iż następne prace tamby się kończyły, odkąd właściwie  
zacząć by się powinny.

Ważność i potrzebę Bibliografii krajowej Balneologii  
stwierdziły pierwszorzędne nasze naukowe powagi, skoro  
się jój poświęcali mężowie téj miary, jak prof. MAJER tego-  
czesny Prezes Akademii Umiejętności, ogłoszeniem r. 1862  
„*Literatury Fizyografii ziemi polskiej*“, obejmującej i Balne-  
ologiję krajową. W ślad za Majerem pokusił się o to  
i Dr. ORKISZ, umieszczając w *Tygodniku lekarskim* (r. 1863)  
pobieżnie skreśloną „*Biblijografię wód mineralnych polskich*“;  
jednak zwrócił się z téj drogi, uczyniwszy na niej kilka za-  
ledwo kroków. O ile zaś praca MAJERA obszernością roz-  
miarów, mozolném a wzorowém jój wykonaniem, pozosta-  
nie na zawsze źródłową, doniosłą i arcy cenną, o tyle nie-  
może zaspokoić obecnej potrzeby, bo się kończy na r. 1861;  
przeto z natury rzeczy nie obejmuje publikacyj balneolo-  
gicznych z ostatnio ubiegłych lat 25-ciu, w którym okresie  
czasu rozbudził się u nas za powodem zawiązanéj (1858 r.)  
w byłém Towarzystwie naukowém krakowskiém komisyi  
balneologicznej, wielce ożywiony ruch w dziedzinie Balne-  
ologii krajowej, nie tylko pod względem ścisłego nauko-  
wego kierunku w téj gałęzi umiejętności lekarskich, ale

i pod względem podniesienia naszych zdrojowisk do uznania ich za ważny czynnik w narodowym gospodarstwie. Pracą namienionj Komisji wiele z naszych zdrojów lekarskich ściśle naukowo zbadano, wiele ze zdrojowisk krajowych za jój staraniem odpowiednio urządzone, kilka nowych powstało, a do publikacyj o Balneologii krajowej trzy razy tyle ostatniemi czasy przybyło, ile ich wyszczególnia *Literatura Fizyjoграфии ziemi polskiej* MAJERA.

Dokonany przez nas Słownik biblijograficzno-balneologiczny wykazuje: żeśmy wcale nieubodzy w zdroje wód lekarskich, skoro dotychczas zanotowano 237 miejscowości, tego rodzaju wód dostarczających; iż wiadomości o naszych wodach lekarskich znakomicie wzrosły i rozpowszechniły się, skoro namieniony słownik wylicza przeszło 1000 odnośnych publikacyj; wzięciem zaś udziału naszych czasopism w ogłaszaniu wiadomości o ojczystych zdrojowiskach, one niejako się spopularyzowały; iż niezbywa nam już na dokładnym opisie niektórych naszych zdrojów lekarskich; iż dzięki pracy naszych analityków: ALEKSANDROWICZA, CZYRNAŃSKIEGO, FUCHSA, MILICERA, MATUSZEWSKIEGO, PAWLEWSKIEGO, RADZISZEWSKIEGO, STOPCZAŃSKIEGO, TOROSIEWICZA, TROCHANOWSKIEGO, WAWNIKIEWICZA i WĄSOWICZA, posiadamy już dokładne rozbiory chemiczne, dokonane w ciągu ostatnio ubiegłych lat 25-ciu co do zdrojów: Buska, Birsztan, Ciechocinka, Druskienik, Głębokiego, Jaszczurówki, Iwonicza, Krynicy, Krzeszowic, Lubienia, Morszyna, Nałęczowa, Pustomytów, Rabki, Rymanowa, Slotwiny, Solca, Swoszowic, Szczawnicy, Truskawca, Wysowy i Żegiestowa. z jakeimi wobec dzisiejszego stanowiska chemii analitycznej nawet przed obcymi chlubnie wystąpić możemy; iż obecnie mamy już monografie niektórych zdrojowisk (Buska, Ciechocinka, Druskienik, Iwonicza, Krynicy, Krzeszowic, Szczawnicy i t. d.), jakeimi przed 25-ciu laty wykazaćbyśmy się nie potrafili; iż w leczniczym zastosowaniu naszych wód, zerwaliśmy już z rozwiemożnioną do niedawna grubą empiryją

i prostą rutyną; ale nawet iż weszliśmy na drogę ściśle umiejętnych badań w ocenieniu fizjologicznego i terapeutycznego działania naszych źródeł lekarskich, czego przykładem są: badania o wpływie ciepłoty na chyżość chłonięcia co do wody Iwoniczkiej i Krynickiej, o związku między chłonieniem wód lekarskich a wydzieleniem moczu; pomijając milczeniem doniosłą pracę, dokonaną przez Dr. JAWORSKIEGO: O stosowaniu leczniczym soli Karlsbadzkiej i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym, pracę na ścisłych doświadczeniach klinicznych opartą, jakkolwiek obcokrajowej wodzie poświęconą <sup>1)</sup>.

Sam wzrost publikacyj treści balneologicznej, przenoszący z końcem r. 1886 ogólną ich ilość przeszło 1000, a przewyższający trzechkrotnie bardzo skrzętnie i nader pracowicie z końcem r. 1861-go sporządzony ich wykaz przez Prof. MAJERA przekonywa, iż sprawą wód lekarskich krajowych żywo obecnie zajmują się nasi koledzy, iż w tym dziale naszej literatury rozbudził się w ostatnio ubiegłych 25-ciu latach dotychczas nie bywały ruch i postęp.

Nakoniec z dokonanego przez nas Słownika naocznie się przekonywamy, którzy lekarze zdrojowi i jakie położyli zasługi w naukowém pielęgnowaniu odnośnego zdrojowiska; którzy swą pracą przyczynili się do ich rozwoju, jakie są owoce i skutki z ich pracy, podjętej w piśmiennictwie lub w organizacyi powierzonego im zdrojowiska; wreszcie ile piórem swém poświęcili trudu w zapoznaniu, ogółu ze swym zakładem zdrojowym.

Jakkolwiek obecny postęp i dzisiejszy kierunek prac na polu krajowej Balneologii może wzbudzić niejaki zado-

---

<sup>1)</sup> Zobacz Dr. JAWORSKI: O stosowaniu leczniczym nowej soli Karlsbadzkiej i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym („Dziennik lekarski“, Kraków, 1884. Nr. 19, 22, 23, 25, 26, 27 i 29, str. 250—395). Odbitka. Kraków, 1884. 8-o str. 33 i 2 tablicy in folio. Toż samo po niemiecku p. t. „Ueber Wirkung, Therapeutischen Werth und Gebrauch der neuen Karlsbadener Ruellensalzes, nebst dessen Beziehung zum Karlsbader Thermalwasser. Wien 1886.

wolenie, jednak nie jest ono jeszcze zupełne, bo praca zbyt jeszcze daleką od ostatecznego jój ukończenia; pole jój bardzo obszerne, jego obszar nader rozległy, jak i tój ziemi naszym szczeniem zasianej, nader rozlicznými darami wód lekarskich od Opatrzności uposażonej; wszystkie zaś poznać, umiejętnie ocenić, rozumnie spożytkować, a na korzyść ogółu i zamożności krajowej obrócić, jest nieodwołalnym i niezaprzeczoną naszym obowiązkiem. Wiele i arcyważnych działów krajowej Balneologii pozostaje jeszcze prawie nietkniętych, nieuprawianych, niemal odłogiem leżących, a zbyt jeszcze oddalone spodziewane z nich plony. Jakoż nieposiadamy poznania i ocenienia stosunków klimatycznych poszczególnych zdrojowisk; zbywa nawet na surowych ku temu materyjałach [dokładne i wieloletnie spostrzeżenia meteorologiczne], bez których ani myśleć o opracowaniu klimatologii naszych zdrojowisk, od przyznania im zalet lub ujemnej strony co do właściwości i przymiotów ich podniebia. Wprawdzie i w tym kierunku mamy już niejaki usiłowania jak n. p. Klimatologię Krynicy, opracowaną przez prof. Karlińskiego, a osnutą na podstawie siedmnaścieletnich postrzeżeń meteorologicznych, zebranych przez piszącego niniejszy Słownik, tudzież dalszy jój ciąg w publikacji Dr. Skórczewskiego; wprawdzie komisja fizyograficzna w Akademii Umiejętności istniejąca skrzętnie gromadzi materyjały do Klimatologii dostarczane z Iwonicza, Krynicy, Szczawnicy i Zakopanego, jednak są to dopiero zawiązki surowych płodów; ku ich zaś nagromadzeniu i przerobieniu wiele jeszcze czasu i trudu poświęcić wypadnie.

Ocenieniem działania fizjologicznego i terapeutycznych skutków naszych wód lekarskich, opierającem się na ścisłych naukowych badaniach, prawie żaden z naszych zakładów zdrojowych dotychczas poszczycić i wykazać się nie może; to też w orzeczeniu o namienioném działaniu i skutku polegamy na badaniu cudzoziemców, przedsiębra-



ném z równorzędnými obcokrajowými wodami; a przecież nikt nie zaprzeczy, iżby nasze wody nie wyróżniały się od tamtych w swym chemicznym składzie (ilościowym i jakościowym) swoistými im tylko właściwými odmianami. Praca wspomnianych badań prawie nietknięta, arcy potrzebna, a wielkie dla naszych wód rokująca korzyści, mianowicie gdy owe badania zespolone zostaną z klinicznými doświadczeniami. Otwarte tu pole do wszechstronnej pracy dla naszych lekarzy zdrojowych pod względem farmakodynamiki wód krajowych

Topografija, hydrografija i geologija wielu naszych zdrojowisk zaledwo grubym rysem naszkicowana; innym zaś i tego brakuje. Wysokość położenia ponad p. m. zaledwo kilku zakładów zdrojowych dokładnie dotychczas oznaczoną została.

Brakuje nam wiadomości o stosunkach miejscowej zdrowotności i śmiertelności stałych mieszkańców zdrojowisk, o tamtejszych epidemicznych chorobach lub o przebytych tam epidemijach.

Wreszcie i wiadomościom statystycznym o naszych zakładach zdrojowych: co do uczęszczania chorych, rodzaju ich chorób, udzielanych w zakładzie kąpeli mineralnych, exportu naszych wód, wyrobu i spożytkowaniu ich przetworów, zbywa na umiejętnej a unormowanej podstawie, na chronologicznej ciągłości, nawet na rzetelnej liczebnej ścisłości; a przecież i ta gałąź wiadomości nie jest obojętną. jeżeli idzie o dowody wzrostu i rozwoju poszczególnych zakładów, tém więcej, o przyznanie im znaczenia w ekonomii i gospodarstwie krajowém, skoro finansowy interes za dni naszych we wszelkiém przedsięwzięciu niezaprzeczoną ma ważność.

Również nasza literatura balneologiczna w dziale balneotechniki bardzo skąpe wykazuje dotychczas owoce, a ta jój gałąź jest dla naszych zdrojowisk ze względu na ich należyte i odpowiednie dzisiejszemu stanowisku umiejętności urządzenie, żywotnym dla nich warunkiem istnie-

nia i rozwoju. Brak publikacyj w ojczystej literaturze o balneotechnice, a jój lekceważenie lub nieznanomość u niektórych lekarzy zdrojowych, jest może jednym z głównych powodów nieodpowiedniego urządzenia wielu naszych zdrojowisk; znajomości bowiem balneotechniki nie szukajmy ani u właścicieli zakładów zdrojowych, ani u ich administratorów; ale ona byłaby powinna przymiotem i właściwością każdego lekarza zdrojowego. Wszak na zasadach balneotechniki polegać musi uregulowanie zdrojów lekarskich co do równomiernego odpływu z przypływem; ich ocembrowanie z materiału odpowiedniego chemicznemu ich składowi; ich należyte nakrycie i zabezpieczenie od wpływów atmosferycznych i wód meteorycznych; ściśle matematyczny pomiar wydatności wody każdego źródła lekarskiego, celem oznaczenia ilości dostarczanej wody, jako podstawy ku jego spożytkowaniu, mogącej zaspokoić albo li potrzebę do picia przy źródle, albo jego export w handel, lub użycie do ładu i jakiego rodzaju kąpieli w naprzód zakreślonym czasie. Urządzenie balneotechniczne łązierek w niektórych naszych zdrojowiskach dowodnie przekonywa o zapoznaniu i niewwzględnieniu balneotechniki; stąd zdaje się pochodzą niewłaściwości w ich urządzeniu. Wszak wiadomo, iż odmiennie należy ogrzewać na kąpiel wody słone, inaczej szczawy gazowoalkaliczne, wcale odmiennie wody żelaziste w gaz węglowy zamozne, lub zdroje mające siarkowodor za główny swój składnik. Z tego powodu nie możemy dosyć zachęcać naszych kolegów zdrojowych, aby sobie przyswoili jak najgruntowniejszą znajomość balneotechniki, a obrócili ją na pożytek powierzonego sobie zdrojowiska. Im bogatszy będzie u nich zasób balneotechniki, tém odpowiedniejszego urządzenia zdrojowiska spodziewać się możemy; gdyż lekarz zdrojowy z natury rzeczy jest pierwszym doradcą w sprawach balneotechnicznych urządzeń. Gdzie tego niedostaje, tam nieuchronne braki i wady, tam niezaspokojone wymogi balneotechniczne, tam doniosłe przeznaczenie i cel

zakładu zdrojowego w całej pełni nie będzie osiągniętym, tam ciężka odpowiedzialność w obliczu nauki i publiczności zdrojowej, tam wkłady kapitału na niefruktyfikację narażone. tam rozgoryczenie z zawiedzionych nadziei i spodziewanych korzyści.

Nie tu miejsce wchodzić w szczegóły urządzeń balneotechnicznych naszych zdrojowisk; nakreśliła je już r. 1864 praktycznie Komisya balneologiczna w Towarzystwie naukowym Krakowskiem istniejąca, wypracowawszy doniosłą instrukcję, tyczącą się urządzenia krajowych zdrojowisk, niestety! przez zbyt małą liczbę zarządów zdrojowych w wykonanie u nas wprowadzoną.

W końcu wspomnieć nam należy, iż przy ułożeniu niniejszego Słownika, zgoła nie szło nam o wymogi czysto bibliograficzne, n. p. ile było ponownych wydań którejbydz z wymienionych publikacyj, czyli i która z nich posiada przedmowę lub registr, nieprzytaczamy nazwy drukarza lub nakładcy i t. p.; te bowiem względy ważne dla bibliografa, obojętne są dla balneologa, pragnącego tylko poznać treść publikacyi a nie jej stronę zewnętrzną. W tém przekonaniu, główném naszym zadaniem była jak najmożliwsza dokładność i niepominięcie bodaj drobnej pracy piśmiennej drukiem ogłoszonej przez lekarza i przez innych naukowych zawodowców, związek z balneologiją mających; pominąć zaś byliśmy zmuszeni, lub bardzo skąpo przytoczyliśmy beletrystyczne opisy zdrojowisk. ogłaszane w czasopismach, tudzież korespondencyje ze zakładów zdrojowych zamieszczane w dziennikach i gazetach; nie tylko z powodu, iż istną było niemożebnością mieć pod ręką wszelkie tego rodzaju czasopisma, ku ich na nasz cel spożytkowaniu; ale głównie dla tego, iż z namienionych opisów lub korespondencyj trudno oczekiwać naukowego owocu.

W I-szej części niniejszej pracy podajemy literaturę zdrojowisk uważanych zbiorowo, w II-giej opis poszczególnych zdrojowisk i ich bibliografię, a w dodatku zamie-

szczamy publikacje dotyczące: Hydroterapii, Klimatoterapii i Galactoterapii, wraz z opisem odnośnych (krajowych) zakładów.

Oby praca nasza była pobudką ku dalszemu jój bodaj co lat 25 uzupełnianiu.

## CZEŚĆ PIERWSZA.

### ZDROJOWISKA

#### UWAŻANE ZBIOROWO I ICH URZĄDZENIA.

1. **Oczko Wojciech.** Cieplice—Kraków 1578, in 4-o kart jednostronnie znaczonych 39.

**Tenże.** „Przymiot i Cieplice,“ Warszawa 1881. Wydanie jubileuszowe przez *D-ra Klinka* in 8-o, maj s. 544. 1 ryciua i 3 podobizny. (Rzecz o wodach lekarskich w ogólności, jednak głównie osnowaana na wodzie siarczanój krajowój, znajdującój się w szkłe, z uwagami dotyczącými zdrojów lekarskich polskich).

2. **Rzączyński Gabryel.** Historia naturalis curiosa Regni Poloniae-Sandomiriae 1721. in 4-o. (Wzmianka o wodach lekarskich i o szkodliwych).

3. **Rzączyński G.** Auctuarium Historiae naturalis, curiosae Regni Poloniae etc. Gedani. 1745 in 4-o. (Wzmianka o naszych wodach lekarskich podówczas używanych).

4. **Krupiński J.** O wodach mocą leczącą obdarzonych, w „Opisaniu chorób.“ Lwów 1775, T. V-y. S. 200.

5. **Kausch H. J.** Die Heilquellen zu Bukowina für Aerzte und Nichtaerzte. Breslau 1802.

6. **Schindler.** Geognostische Bemerkungen über die Karpathischen Gebirge im Kön: Galizien und Lodomerien.

Wien 1815. (Wyliczenie w Galicyi w odpowiednich miejscowościach wód: słonych, żelazistych i siarczanych).

7. **Ruprecht J.** O nowój wannie do kąpeli własnego wynalazku. *Pamięt. Warszawski*, 1817 N. 11, s. 362—368.

8. **Barankiewicz D-r.** O wannach nakadzalnych, czyli o kąpielach fumigacyjnemi zwanych. *Dzieje dobroczynności krajowej i zagranicznej*. Wilno 1821, s. 897.

9. **Ammon** tłumacz **Cyprysiński**. Dyetetyka czyli prawidła używania wód mineralnych. Warszawa 1827.

10. **Bełza J.** O wodach mineralnych uważanych szczególniej pod względem sposobów i historyi ich rozbioru. Warszawa 1829, 8-o s. 164 z tablicą.

11. **Ressig Ignacy**. Dissertatio inaug. medica sistens brevem expositionem aquarum mineralium Galiciae-Vindobonae, 1827. 8-o p. 27.

12. **Zdroje i kąpiele mineralne polskie** *Tygod. Krakowski*. 1831. s. 74. (Nawoływanie o ulepszenie).

13. **Ammon** tłumacz **Kaczkowski**. Przepisy zachowania się przy użyciu wód mineralnych tak wewnętrznem, jak zewnętrznem. Lwów 1834, in 8-o, s. 116.

14. **Bulikowski Tr.** De aquis naturalibus medicalis antiquae Poloniae. Cracoviae 1834. (Dissert inaug).

15. **Piątkowski Franc.** Dissertatio inaug. medico-pharmacologica de aquis ferratis regni Galiciae-Viennae 1834, in 3-o, s. 21.

16. **Zdroje i kąpiele mineralne polskie**. *Tygod. krakowski* 1834, s. 167.

17. **Krupski K.** Łażnie parowe, Warszawa 1835, wyd. II 1846.

18. **Turek**. De aquis muriaticis regni Galiciae-Vindobonae 1836.

19. **Zeiszner L.** O wodach kwaśnych czyli szczywach w Karpatach. *Pamięt. farmaceut. Kraków*. 1836, III, s. 265—290.

20. **Steskal Jan.** De aquis muriatico-salinis, singulariter de aqua Vieliciensis et Iwonicensis—Cracowiae 1839. (Dissertatio inauguralis).

21. **Zeiszner L.** Ergebnisse v. Torosiewicz Analysen Karpathischen Mineralquellen. *Leonhard's Jahrb. für Mineralogie* etc. 1839, p. 424.

22. **De Carro F.** Eaux minerales de la Galicie, *Almanach de Carlsbad*, Prage 1840.

23. **Bełza J.** O wodach mineralnych w Król. Polskiem. Wiadomość wyjęta z raportu, który w jęz. francus. złożył Prof. **Kitajewski** Rządowi. *Biblioteka Warszawska* 1841, I, s. 70—75.

24. **Domaszewski Józef.** Przewodnik dla pijących wody mineralne, Warszawa 1841.

25. **Torosiewicz T.** O wodach lekarskich w Podgórzu, Swoszowicach, Wieliczce, Iwoniczu, tudzież o powietrzu atmosferycznym w kopalniach Wieliczki. *Roczniki Wydziału lekar.* 1841. s. 356—376.

26. **Kucharski Paweł.** Dissert inaug. medica — De aquis mineralibus Galiciae et Lodomeriae — Vindobonoe 1842.

27. **Kucharski P.** Die Heilquellen Galiziens mit Berücksichtigung ihrer chemisch Zusammensetzung und ihren medicin. Verhalten—Wien 1842.

28. **Heinrich T.** O używaniu wód mineral. naturalnych w oddaleniu od źródeł, oraz opisanie ich składu chemicznego, sposobu działania i t. d., Warszawa 1842 — 8-o.

II wydanie Warszawa 1845.

III .. .., 1857.

29. **Majer J.** Wody lekarskie Krajowe *Rocznik Wydz. lekarskiego, Kraków 1843.* T. VI. s. 207 — 310.

30. **Wiadomość** o źródłach mineralnych Galicyi, *Kalendarz lwowski* 1845. in 4-o.

31. **Marczykiewicz Fr.** Hydrografia m. Krakowa, Kraków 1847. Rozprawa inauguralna obejmuje: opisanie wód miner. b. Rzeczypos. krakowskiej.

32. **Alth A.** Die Mineralquellen der Bukowina und deren geologischen Verhalten *Leonahrd's Jahrb. für Mineralogie etc.* 1848., p. 526.

33. **Starkei J. C.** O łaźni parowój w krótkości zebrane uwagi, podług własnych i innych postrzeżeń, Rzeszów 1848, in 8-o s. 64, Wyd. II-ie Rzeszów 1858, 8-o, s. 64.

34. **Adamowicz A.** O wodach mineralnych w gubernii Kowieńskiej, *Pamiętnik Tow. lek. warszaw.*, 1851, T. 26. Z. 1, s. 75—82.

35. **Torosiewicz T.** Źródła mineralne w Król. Galicyi i na Bukowinie. Lwów 1849, 8-o. s. 202.

36. **Lilpop K.** Objasnienie dla używających wody mineralne. Warszawa 1851, 16-o s. 16.

37. **Lesiński Teofil.** Główniejsze wody mineralne, ich skład, działanie i wskazania do użycia i t. d. Warszawa 1851, 8-o s. 86.

38. **Dietl Józef.** Uwagi nad zdrojowiskami krajowemi ze względu na ich skuteczność, zastosowanie i urządzenie. Część I, druk Uniw. Jag., 8-o str. VIII, 362. Kraków 1858.

39. **Instrukcja** dla komisji Balneologicznej z grona Towarz. nauk. Krakow. wysadzonej. Kraków 1857, 8-o s. 5.

40. **Skobel Fr. K.** Obrazki wód podgórskich: Krynica, Bardyjów, Żegiestów i Żulin. *Rocznik Tow. nauk krakowskich* 1857 III, s. 145—243. Odbitka, Kraków 1857, 8-o s. 90.

41. **Radwański Jan.** Krótka wzmianka o łaźniach w Krakowie. Kraków 1858, 8-o s. 16.

42. **Torosiewicz T.** Woda źródłowa we Lwowie chemicz. rozebrana, i niektóre uwagi o wodzie żelaznej w Sokolnikach i o wodach alkalicznych w Iwoniczu i Szczawnicy. Warszawa 1858, **Odbitka z Pamięt. Tow. lek. warszaw.** 1858. T. 40, s. 165—180.

43. **Aleksandrowicz A.** Projekt urządzenia sali, przeznaczonej do wziewań pary wytwarzanej z wód lekarskich. *Rocz. Tow. nauk. Krak.* 1860., s. 276 z tablicą.

44. **Dietl J.** O oznaczeniu i przeznaczeniu spółki zdrojowisk krajowych. Kraków 1860 8-a, str. 38.

45. **Dietl J.** O zużytkowaniu wód mineralnych krajowych. *Rocz. Tow. nauk krakows. T. 27 1860*, str. 142—162, **Odbitka**, Kraków 1860, 8-a s. 21.

46. **Dietl J.** Zdanie sprawy z czynności na ogólnych zgromadzeniach Balneologów krajowych, odbytych dwukrotnie w Krakowie. *Rocz. Tow. nauk krak. 1860, T. 27, Odbitka*. Kraków 1860, 8-a s. 18.

47. **Dietl J.** Galizische Badereisen. *Wiener medicin. Wochenschrift 1859—1860*.

48. **Dietl J.** Pogląd na ruch i postępowanie w zdrojowiskach krajowych w r. 1859. *Rocz. Tow. nauk krakows. 1860, T. 28*, s. 179—218, **Odbitka**. Kraków 1860. s. 32.

49. **Księżarski T.** Plan urządzenia sali służącej do wzięcia części lotnych z wód mineral. w temperaturze zwykłej. *Rocz. Tow. nauk krakow. 1860*, s. 281 z tablicą.

50. **Księżarski T.** Plan urządzenia wanny służącej do kąpieli gazowych, *Rocz. Tow. nauk krakow.*, s. 283 z tablicą, r. 1860, Tom 28, s. 179—218.

51. **N. N.** Wiadomość o 4-ch małych zdrojowiskach lekarskich w Galicyi, *Pam. Tow. lek. warszaw. 1860, T. 43*, s. 360. Jestto treściwy wyciąg z *Rocznika Tow. nauk krak. r. 1859 T. 26*, podany tam o zdrojach: w Rabce Jaszczurówce, w Wysowy i Krościenku.

52. **Skobel K. Fr.** Pogląd na stan zdrojowisk krajowych, *Rocz. Tow. nauk krak. r. 1860*, poczet III. T. IV.

53. **Zieleniewski M.** Pogląd na ruch i postępowanie zdrojowisk ojezystych w r. 1860 dostrzeżony. *Rocznik Tow. nauk krakow. 1860, T. IV, poczet 3*, odbitka. Kraków 1860, 8-a, s. 40.

54. **Żebrowski T.** Narząd do prędkiego ogrzewania wody mineral. do picia, *Rocz. Tow. nauk krakow. 1860*, s. 274 z tablicą.

55. **Żebrowski T.** Wanna służąca mająca do kąpieli falistój, *Rocz. Tow. nauk krakow. 1860*, s. 276 z tablicą.



56. **Mildner Henr.** Przewodnik po Krakowie z dodaniem instrukcyi do Szczawnicy, Krynicy, Swoszowic i Wieliczki, z niemiec. przełożył **M. Czernicki**, Kraków 1861.

57. **Majer J.** Literatura Fizyjografii ziemi polskiej. *Rocz. Tow. nauk krak. 1862, T 7. Poczet 3.* Mieści literaturę Balneologii krajowej. s. 185—234.

58. **Trembecki O.** Dyetetyka czyli ogólne prawidła zachowania się przy picciu wód lekarskich i żętycy. Kraków 1862, 8-a s. 46.

59. **Żebrowski T.** Wykaz zdrojowisk lekarskich Galicyi i Bukowiny, z mapą. Kraków 1862.

60. **Orkisz Józef.** Bibliografia wód mineral. polskich, *Tygod. lekar.* Warszawa 1863, N. 14—187.

61. **Warschauer J.** Pogląd na ruch i postęę zdrojowisk krajowych w r. 1862; *Przegląd lekar.* 1863, N. 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

62. **Instrukcyja** tycząca się urządzenia zdrojowisk krajowych przez Komisję balneologiczną ułożona, *Rocz. Tow. nauk. krak. 1864, T. VIII, poczet 3*, ogól. zbioru **T. 31**, s. 247—256.

63. **Gogojewicz.** Pogląd na ruch w zdrojowiskach krajowych podczas pory zdrojowej r. 1863, *Przegląd lekar.* 1864, N. 24, 27, 29, 31.

64. **Ściborowski Wł.** Listy ze zdrojowisk krajowych podkarpackich: Szczawnica, Krynica, Żegiestów i Rabka, *Tygodnik lekar.*, 1864 N. 45—52.

65. **Zieleniewski M.** Rys historyczno balneologiczny o dawnych i terażniejszych rodzajach łaźni parowej. Kraków 1864 8-o. s. 64.

66. **Zieleniewski M.** Czy drogo czy tanio w naszych zdrojowiskach. Kraków 1864 8-o, s. 14.

67. **Kryszka A.** O ciśnieniu atmosferycznem ze względu na leczenie wodami mineralnemi, *Pamiętnik Towarz. lekar.* warszaw. r. 1865, **T. 53**, s. 321.

68. **Ściborowski Wł.** Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach krajowych. Zobacz *Przegląd lekarski* za r. 1864 r. 1865, odbitka, Kraków 1865 in 8-o, s. 40.

Toż-tenże za r. 1865 „*Przegl. lekar.* r. 1866, N. 20—29.

„ za r. 1867 tamże 1868, N. 22—25.

„ za r. 1868 tamże 1869, N. 20—27.

„ za r. 1869 „ 1870, N. 27, 29, 30.

„ za r. 1870 „ 1871, N. 23, 24, 25, 27, 28.

Zamieszczone w sprawozdaniach z ówczesnych czynności Komisji Balneologicznej wówczas istniejącej w Towarzystwie lekars. krakows.

69. **Kryszka A.** O kąpielach lekarskich *Pamięt. Tow. lek. warsz. r. 1866 T. 56*, s. 340.

70. **Pląskowski R.** Wody mineralne *Bluszczy* 1866, T. I, N. 37—39, T. II, N. 41.

71. **Ściborowski Wł.** Listy ze zdrojowisk galicyjskich *Tygod. lekars.* 1865, N. 26—52.

Toż tamże 1866, 21—37.

72. **Zieleniewski M.** Zawiązek szpitali w zdrojowiskach galicyjskich *Przegl. lekars.* 1866, N. 3, 4, 5.

73. **Doskowski Józef.** Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach krajowych w r. 1866, *Przegl. lekars.* 1867, Nr. 23, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 34.

74. **Ściborowski Wł.** Wiadomości o zdrojowiskach krajowych *Kalendarz krakowski Wildta* 1867.

75. **Sawicki Stella Jan.** Les eaux minerales en Pologne, Strasbourg 1870.

76. **Alth Aloizy.** Pogląd na źródła solne i naftowe, tudzież na warzelnie soli kuchennej w Galicyi i Bukowinie. *Odbitka ze sprawozdań komisji fizyograficznej* za r. 1870, Kraków 1871 8-o, s. 45.

77. **Lutostański B.** Projekt ogólnej ustawy zdrojowej, *Przegl. lekars.* 1871, N. 8.

78. **Skobel Kaz. Fr.** Germanizacyja na polu Balneologii, *Przegl. lekars.* 1871, N. 13.

Pam. T. L. t. 85 Z. II.

79. **Kopernicki**. O wymrażaniu wód mineralnych dla użytku lekarskiego, *Przeegl. lekars.* 1872, N 42.

80. **Schmidt Adolf**. Przewodnik dla pijących wody mineralne — cennik składu wód min. przy aptece utrzymywanych. Instytut wód min. sztucznych i kąpeli, Warszawa 1872.

81. **Zieleniewski M.** Illustr. opis zakładów zdrojowokąpielnych w Galicyi istniejących. Lwów 1872, in 4-o obejmuje opisanie: Krynicy, Iwonicza, Swoszowic, Jaszczurówki, Rabki, Lubienia, Truskawca, Żegiestowa i Szczawnicy. Odbitka z czasopisma *Strzecha*, Lwów 1871 i 72.

82. **Zieleniewski M.** Bemerkungen über die Entwicklung der wichtigeren polnischen Brunnenanstalten in den letzt verflossenen Jahren Wien 1872 p. p. 38, *Separat-Abdruck aus Kisch's Jahrbuch für Balneologie Wien 1872*. Enthält; Bóbrka, Busko, Ciechocinek, Druskieniki, Jaszczurówka, Iwonicz, Krynica, Lubień, Rabka, Solc, Swoszowiec, Szczawnica, Truskawiec und Żegiestów.

83. **Zdrowiska Tygodnik kąpielowy** wydawany przez D-rów **Lutostańskiego, Ściborowskiego i Zieleniewskiego**.

**Rocznik I-y**, Kraków 1872, N. 1, do 15 in folio.

Oprócz korespondencyj ze zdrojowisk i list gości zdrojowych ówczasie przebywających: w Busku, Jaworzu, Iwoniczu, Krynicy, Rabce, Solcu, Szczawnicy, Szkle, Truskawcu i Żegiestowie, zawiera między artykułami prace: **D-ra Zieleniewskiego**. 1-o „Nasze wody lekarskie i zdrojowiska ojczyste,“ opis: Wieliczki, Drochobycza, Truskowca, Ciehocinka, Druskienik, Birsztan, Bóbrki, Iwonicza i Rabki — tudzież 2-o „Obraz ruchu i przemysłu w zdrojowiskach ojczystych za r. 1871“ t. j. w Busku, Ciehocinku, Jaworzu, Iwoniczu, Krynicy, Lubieniu, Rabce, Solcu, Swoszowicach, Szczawnicy, i w Żegiestowie.

**Rocznik II-gi** Kraków 1873 in folio — wydawany ze współudziałem lekarzy zdrojowych: **Blatteisa** z Krynicy, **Bośniackiego** z Iwonicza, **Hordyńskiego** z Karlsbadu, **Ścibo-**

rowskiego i Trembeckiego ze Szczawnicy przez D-ra Lutostańskiego N. 1 do 16.

Oprócz list gości zdrojowych przebywających ówczesnie: w Iwoniczu, Krynicy, Szczawnicy i Truskawcu, zawiera z ważniejszych artykułów prace:

- 1) Opis Krynicy przez D-ra **Blatteisa**.
- 2) „ „ Szczawnicy przez D-ra **Lutostańskiego**.
- 3) Sprawozdanie z pory kąpielowej za rok 1872: z Iwonicza, Rabki, Szczawnicy i z Truskawca.

**Rocznik III-ci Tygodnik kąpielowy** — organ **Towarzystwa tatrzańskiego**, wydawany za współudziałem lekarzy zdrojowych: **Blatteisa** z Krynicy; **Bośniackiego** z Iwonicza, **Czerwiakowskiego** z Gleichenbergu, **Hasewicza** z Karlsbadu, **Ściborowskiego** i **Trembeckiego** ze Szczawnicy, tudzież Zarządu Towarzystwa Tatrzańskiego pod redakcją D-ra **Lutostańskiego**, Kraków 1874, N. 1 do 10 in 4-o.

Oprócz list gości zdrojowych, ówczesnie przebywających: w Iwoniczu, Krynicy, Szczawnicy, Szkle i w Żegiestowie zawiera:

1) Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach krajowych za r. 1873, obejmujący tylko Iwonicz i Szczawnicę pióra D-ra **Lutostańskiego**.

2) Prawidła zachowania się podczas leczeń zdrojowych i dyjetetyczno-higienicznych w górskich uzdrowiskach pióra D-ra **Lutostańskiego**.

3) Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach krajowych podczas pory zdrojowej roku 1878, ograniczający się tylko do Iwonicza, skreślony przez D-ra **Bośniackiego** i do Szczawnicy napisany przez D-ra **Ściborowskiego**.

84. **Zieleniewski M.** Zakłady zdrojowokąpielne w Galiicyi (z ilustr.). Obejmuje opis: Jaszczurówki, Iwonicza, Krynicy, Lubienia, Rabki, Swoszowic, Szczawnicy, Truskawca i Żegiestowa, zobacz *Tygodnik ilustrowany*, Warszawa r. 1871 i 72, s. 2, T. VII, s. 273, 292, s. 2, T. VIII, s. 8, 28, 44, 62, s. 2, S. IX, s. 213, 227, 252, 313, 334. Odbitka (bez ilustracji), Warszawa 1873, 8-o min., s. 63.

85. **Zieleniewski M.** Rys balneologii powszechnej. Warszawa 1873, 8 maj, s. 379.

86. **Wody mineralne**, „Ciechocinek, Busk, Solec, Druskieniki, Birsztany, Nowe-Miasto i Sławinek.“

Pod tym tytułem wychodził obok **Gazety lekarskiej** od 24/5 do 30/8 r. 1875 wraz z T. 18 i 19 **Dodatek tygodniowy** od N. I do XVIII in 4-o, poświęcony wyłącznie balneologii, zawierający oprócz list gości zdrojowych ówczesnie przebywających: w Ciechocinku i Solcu, między innymi następujące ważniejsze artykuły:

- 1) O pożyteczności leczenia wodami mineralnemi.
- 2) O dyjetycznym zachowaniu się podczas leczenia wodami mineralnemi.
- 3) Opis zakładu przyrodoleczniczego w Nowem-Mieście nad Pilicą.
- 4) Obserwacje meteorologiczne, jakie robione być mają przy źródłach mód mineralnych.
- 5) O wyborze zdrojowiska i właściwej do leczenia porze.
- 6) Leczenie mlekiem, serwatką, sokami ziołowemi, oraz kuracyja winogronowa.
- 7) Życiorys D-a Rom. **Ignatowskiego** lekarza zdrojow: w Ciechocinku przez Prof. D-ra **Girsztowta**.
- 8) O powietrzu pod tężniami.
- 9) Wody mineralne w Birsztanach przez D-ra **Regniora**.
- 10) Obszerna korespondencyja z Buska.
- 11) Obszerna korespondencyja z Solca.
- 12) D-r **Jan Pilecki** twórca i naczelny lekarz zakładu zdroj. w Druskienikach przez Prof. **Girsztowta**.

87. **Illustrowany przewodnik po Krakowie i jego okolicach, z dodaniem opisu wszystkich znaczniejszych zdrojowisk w Galicyi** (Delatyn, Jaworze, Iwonicz, Konopkowska, Krynica, Krzeszowice, Kulaszne, Latoszyn, Lubień, Niemirów, Rabka, Sassów, Swoszowiec, Szczawnica, Szkló, Truskawiec, Wysowa, Zakopane, Żegiestów). Kraków

1875, in 8 o nakład ksiąg i wydawn. „Czytelni ludowej“ A. Nowoleckiego.

88. **Czyżewicz A.** Sprawozdanie krajowej rady zdrowia Galicyjskiej za r. 1874, Lwów 1876. **Toż.** za r. 1875 i 1876, Lwów 1876. Mieści uwagi nad współczesnym stanem zakładów zdrojowych galicyjskich.

89. **Lutostański B.** Obraz czynności komisji balneologicznej z r. 1877, Kraków 1877, in 8, s. 13.

90. **Korczyński Edw.** Kierunek i zadanie balneologii społecznej w ogóle, w szczególności zaś balneologii krajowej i komisji balneologicznej *Przeł. lekars. 1877 N 13.*

91. **Rydygier Ludwik.** O zdrojach ojczystych i stosunkach ich do zagranicznych. Odczyt na posiedzeniu Wydziału towarz. nauk. toruńskiego. Poznań 1877, 8-o min.

92. **Skórczewski B.** O wpływie ciepłoty wód lekar. (Iwonicza i Krynicy) na chyżość ich chłonięcia w przewodzie pokarmowym, Warszawa 1877, 8-o, s. 12.

93. **Skórczewski B.** O związku między chłonięciem wód lekarskich a wydzielaniem moczu. *Pamięt. towarz. lekars. warszawsk. 1877*, odbitka, Warszawa 1877, 8-o, s. 32 z tablicami.

94. **Korczyński Edw.** Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń komisji balneologicznej Tow. lekars. krakowskiego w r. 1877, Kraków 1878, 8-o, s. 79.

95. **Skórczewski B.** O zachowaniu się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego, *Sprawozdania z posiedzeń Wydziału matemat. przyrodniczego Akademii umięjęt. Kraków 1878*, odbitka Kraków 1878, 8-o, s. 38.

96. **Sprawozdania z posiedzeń komisji balneologicznej** Towarzystwa lekars. krakows. w r. 1879, *Przeł. lekars. 1879*, odbitka Kraków 1879, 8-o, s. 88.

97. **Skórczewski B.** Listy balneologiczne *Przeł. lekars. 1878 N. 1, 4, 5, 6, 10 i 11.*

98. **Zieleniewski M.** Nasze zakłady zdrojowokąpielne *Gazeta Warszawska* r. 1879 N. 69, 151, 205, 221. 257 tu-

*dzięć* r. 1880 N. 12, 25. Obejmuje opis: Buska, Szczawnicy, Ciechocinka i Truskawca.

99. **Skórczewski B.** Dyetetyka kąpielowa czyli nauka jak zachować się należy podczas leczenia w zdrojowiskach *Zdrowie*, Warszawa 1880. Odbitka, Warszawa 1880. 8-o V., 355.

100. **Korczyński E.** Sprawozdanie z posiedzeń komisji balneologicznej Towarz. lek. krakowsk. w r. 1875, Kraków 1879, 8-o maj, s. 37.

101. **Rundo Herman.** Zasady Balneologii podług dzieł F. Brauma i L. Lehmann, Warszawa 1880, 4-o, s. 43.

102. **Zieleniewski M.** Nasze zdrojowiska a zapowiedziana wystawa balneologiczna w Frakfurcie w r. 1881, *Przegl. lekars.* 1880 N. 44.

103. **Lambda D-r.** Wycieczka uczestników III zjazdu lekarzy i przyrodników do Krynicy, Żegiestowa i Szczawnicy, *Przegl. lekars.* 1881, N. 32, 33, 34.

104. **Sprawozdanie** z posiedzeń komisji balneologicznej Towarz. lekars. krakowskiego w r. 1880, Kraków 1881, 8-o maj, s. 28.

105. **Jakie ostrożności** zachować należy przy picciu wód mineralnych szczególnież żelazistych z kwasem węglowym, z punktu gynecologicznego, *Medycyna* r. 1882 N. 52.

106. **Łuczkiwicz H.** Korespondencyja ze szląskich zakładów kąpielowych, *Gazeta lekar.* r. 1882 N. 49—50.

107. **Łuczkiwicz H.** O kąpielach i łaźniach pod względem higienicznym, *Kłosa* r. 1882 N. 888, 889.

108. **Olszewski Karol.** O napełnianiu wód żelazistych, *Przegl. lekars.* r. 1881, N. 45, 46. Odbitka, Kraków 1881 in 8-o, s. 10.

109. **Sprawozdania** z posiedzeń komisji balneologicznej Towarz. lekars. krakowsk. w r. 1881, Kraków 1882, 8-o, s. 17.

110. **D-r . . . ski (Jasiński).** Poradnik w chorobach i przewodnik do uzdrowisk, opracował dla nieleka-

rzy D-r . . . . we Lwowie 1883, 8-o, s. 132, II wyd. Lwów 1884 in 8-o, s. XVI i VII.

111. **Sprawozdania** z posiedzeń komisji balneologicznej Towarz. lekars. krakow. w r. 1882. Kraków 1883, 8-o, s. 14.

112. **Ziemiński Leonard**. Opis główniejszych wód mineralnych i kąpeli, ich skład i działanie, dyjeta przy tychże potrzebna, Warszawa 1884, in 16-o, s. 51.

113. **Dla czego balneologia** i klimatologia tak małe czynią postępy, *Medycyna 1885*, s. 376—394.

114. **Dobrzycki H**. Jakiemi zdrojowiskami i leczeniami innych krajów zastąpić się dają zdrojowiska i leczenia pruskie, *Medycyna 1886*, N. 24, 25, s. 402—421.

115. **Lutostański B**. Przemysł zdrojowo-leczniczy. Ustawa dla zdrojowisk krajowych, *Nowa Reforma*, Kraków 1886, odbitka, Kraków 8-a min., s. 98.

116. **Zieleniewski M**. Rys balneoterapii, Kraków 1886, 8-o maj., str. 391.

117. **Zieleniewski M**. Nasze wody mineralne i zakłady zdrojowo-kąpielowe, *Gazeta lekarska 1886*. Obejmuje opis: Iwonicza, Krynicy, Lubienia, Rabki, Szczawnicy i Truskawca, odbitka, Lwów 1886, 8-o min, s. 68.

118. **Akta** dotyczące historii spółki zdrojowisk krajowych, zawiązanój w Krakowie r. 1860, a przez 12 lat trwającój.

119. **Mapa zdrojowisk krajowych** ułożona przez D ra **Strańskiego**, Protomedyka Galicyi: (autograf).

(C. d. n.)



# POSIEDZENIA KOMITETU HYGIENY PUBLICZNEJ

(Od 15 Września 1886 do 23 Lutego 1877.).

---

Posiedzenie d. 15 Września 1886 r.

PRZEWODNICZĄCY: **Rogowicz.**

O b e c n i: FRITSCHÉ, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, MAYZEL, MARKIEWICZ, NENCKI, PRZEWÓSKI.

1) Stosownie do wymagań ustawy komitetu przystąpiono do wyborów rocznych przewodniczącego i sekretarza. Większością głosów obrany został na przewodniczącego w dalszym ciągu kol. NATANSON, na sekretarza kol. JAKOWSKI.

2) Przewodniczący zawiadamia, że celem dzisiejszego posiedzenia ma być kwestyja zredagowania memoryjału, jako głosu delegatów Towarzystwa Lekarskiego na posiedzeniach komitetu sanitarno-policyjnego przy biurze p. Oberpolicmajstra.

MARKIEWICZ, jako jeden z delegatów, przypomina, że na posiedzeniu d. 2 Czerwca zdawał sprawę z odbytego posiedzenia komitetu sanitarno-policyjnego. Po kilku tygodniach odbyło się drugie posiedzenie, na którym również kwestyja rewizyj lekarskich w dalszym ciągu rozbieraną była. W przedstawionym do podpisu protokóle dwóch tych

posiedzeń głosy delegatów Towarzystwa Lekarskiego zostały wszakże niedostatecznie zredagowane, motywa głosów i żądań przez delegatów stawianych nie załączone, w skutek czego delegaci odmówili podpisania protokółów tych posiedzeń, wyrażając jednocześnie gotowość podania zdania swego na piśmie. Pan Oberpolicmajster, zgadzając się chętnie na tę propozycję, prosił o możliwie prędkie wygotowanie i przesłanie tych głosów. Z powodu nieobecności w Warszawie drugiego delegata Towarzystwa, kolegi NATANSONA, MARKIEWICZ prosi komitet o przedyskutowanie na następném posiedzeniu przygotowanego przez siebie memoriału.

Po dłuższej dyskusji zgodzono się na wyznaczenie w tym celu posiedzenia nadzwyczajnego dnia 22 Września.

3) Sekretarz odczytuje odpowiedź, nadesłaną przez zarząd policji miasta Berlina na zapytanie, co do sposobu dezynfekowania mieszkań za pomocą chloru, zawiadamiającą, że kwestyją tą zajmuje się obecnie właśnie komisya naukowa i że wkrótce nowe przepisy w tym względzie wydane zostaną.

Sekretarz: *Jul. Kramsztyk.*

Posiedzenie d. 27 Października 1886 r.

PRZEWODNICZĄCY: **Natanson.**

Obecni na posiedzeniu: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, FRITSCHÉ, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, MARKIEWICZ, MAYZEL, NATANSON, NENCKI, ROGOWICZ i PRZEWOSKI.

Pr e z y d u j ą c y składa sprawozdania miesięczne warszawskiej stacyi metereologicznej, za miesiąc Kwiecień. Maj, Czerwiec i Lipiec r. b.

Pr e z y d u j ą c y komunikuje odezwę pana Oberpolicmajstra, wystosowaną doń jako do delegata Towarz. lekarskiego na posiedzeniach komitetu policyjno-sanitarnego,

Pan Ober-policmajster uprasza w takowej prezydującego o napisanie oddzielnego zdania co do trzech posiedzeń, odbytych w komitecie policyjno-sanitarnym, gdyż protokół z takowych przez obu delegatów Towarz. lekarskiego nie został podpisany. Po wyłuszczeniu przyczyn niepodpisania, a mianowicie dla niezgodności protokołu z przebiegiem obrad i dla nieuwzględnienia w nim motywów głosów i żądań obu delegatów Towarzystwa, prezydujący odczytuje swój memoriał.

MARKIEWICZ, jako drugi delegat Towarzystwa, do którego również wystosowaną była odezwa p. Ober-policmajstra, odczytuje także swą odpowiedź.

Po dyskusyi zgodzono się aby obie odpowiedzi jak najspieszniej odesłane były do p. Ober-policmajstra.

Postanowiono wnieść na porządek dzienny obrad najbliższych posiedzeń kwestyję sztucznego masła (sprawozdania podjęli się KRAMSZYK, NENCKI, PRZEWÓSKI, i kwestyję dezynfekcyi mieszkań, odzieży chorych i t. p. (BARANOWSKI).

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie d. 10 Listopada 1886 r.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni na posiedzeniu: BARANOWSKI, DOBZYCKI, FRITSCHÉ, GEPNER, JAKOWSKI, LUBELSKI, MAYZEL, MARKIEWICZ, NATANSON, NENCKI, PRZEWÓSKI i ROGOWICZ. Gość kol. POLAK.

Prezydujący okazuje rysunek nowój lampy gazowój systemu HAMOND zbliżony do lamp SIEMENS'a. Lampa ta zużywa mniejszą ilość gazu, niż zwykłe, daje silniejsze światło, które przytem całe bije ku dołowi, nie rozszerza naokoło takiój ilości ciepła, jak zwyczajna lampa gazowa, i służy równocześnie jako przyrząd wentylacyjny, gdyż

za pomocą stosownego urządzenia rur, powietrze otaczające, wraz z produktami spalania, zostaje odprowadzoném nazewnątrz pokoju.

Z powodu nieobecności kol. KRAMSZTYKA, jednego z referentów w sprawie masła sztucznego, kwestyja ta została odłożoną do jednego z najbliższych posiedzeń.

BARANOWSKI streszcza dawniejsze prace dokonane w łonie komitetu higieny publicznej w kwestyi dezynfekcyi, zaznacza nieodzowną konieczność szybkiego zdecydowania téj sprawy i proponuje, aby zająć się naprzód dezynfekcyją, jaka winna być koniecznie dokonywaną po chorobie, a więc dezynfekcyja odzieży i pościeli, mieszkania, mebli i t. p.

MARKIEWICZ proponuje, aby ograniczyć dyskusyję ściśle do dezynfekcyi mieszkań, a FRITSCHÉ zaznacza konieczność zajęcia się tém, z powodu że przytrafiają się fakty iż sama publiczność nalegająco domaga się takiej dezynfekcyi.

NENCKI obowiązuje się dostarczyć odnośnych rozporządzeń władzy policyjno - sanitarnój, aby wymagania w kwestyi dezynfekcyi stawiane przez komitet hyg. publicznej, nie stawały w sprzeczności z takiemiż wymaganiami władz.

Prezydujący proponuje, aby w obec braku stanowczej odpowiedzi z Berlina, co do dezynfekcyi mieszkań chlorem, dyskusyję nad tym przedmiotem odłożyć.

BARANOWSKI zaznacza, że jakkolwiek brak dotąd ostatecznych wyników badań naukowych co do skutecznej dezynfekcyi mieszkań, to jednakże sprawy téj odłożeniem pozostawiać nie można i tymczasowo stosować i uważać za obowiązujące sposoby dezynfekcyjne zalecane dotychczas przez przepisy policyjne berlińskie.

Po dłuższej dyskusyi w której przyjęli udział prezydujący, BARANOWSKI, MARKIEWICZ, FRITSCHÉ, MAYZEL, NENCKI, PRZEWOSKI i JAKOWSKI, zgodzono się, aby do czasu otrzymania pewniejszych wiadomości z Berlina,

co do badań naukowych nad dezynfekcją mieszkań, uważać za konieczne dokonywanie dezynfekcyi takowych według tymczasowych przepisów, wydanych przez policję sanitarną miasta Berlina.

PRZEWÓSKI w téjże kwestyi proponuje jeszcze, czyby dezynfekcyja zapomocą chloru lub kwasu karbolowego stosowana z przerwami przez czas dłuższy nie okazała się tu skuteczną, podobnie jak to ma miejsce przy wyjaławianiu niektórych gruntów odżywczych, używanych do hodowli bakteryj i zaznacza, że pożądaném byłoby, aby ktoś przedsięwziął odnośne badanie.

Postanowiono, aby na najbliższém posiedzeniu zająć się sprawą dezynfekcyi podczas choroby, przyczem MAYZEL zobowiązał się dostarczyć przepisy wydane w téj materyi, przez wiedeńską komisję ministeryjalną anticholeryczną.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie d. 17 Listopada 1886 r.

PRZEWODNICZĄCY: **Natanson.**

Obecni na posiedzeniu: BARANOWSKI, DOBRZYCKI, FRITSCHÉ, JAKOWSKI, MAYZEL, NATANSON, PRZEWÓSKI i ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: KRAMSZTYK i LUBELSKI. Sekretarz zapytuje, czy komitet nie uzna za potrzebne wydrukować w Pamiętniku Tow. lekarskiego czasowych przepisów berlińskiej policji sanitarnéj, dotyczących dezynfekcyi mieszkań.

Na wniosek prezydującego postanowiono wydrukować te przepisy, a MAYZEL obiecuje dostarczyć takowe w oryginale.

PRZEWÓSKI odczytuje przepisy, zredagowane przez komitet higieny publicznej w roku 1883 dla szkół i pen-

syjonatów. (Pamiętnik Tow. Lek. 1883, str. 597), dotyczące sposobów dezynfekcyi podczas choroby.

W celu przeprowadzenia wyczerpującej dyskusyi nad tym przedmiotem i ze względu na konieczność zmian w dawnym regulaminie (z r. 1883) p r e z y d u j ą c y proponuje, aby który z członków komitetu opracował szczegółowy regulamin dezynfekcyi podczas choroby, uwzględniając: a) dezynfekcyję powietrza w pokoju chorego, b) przedmiotów otaczających chorego i przezeń używanych i c) dezynfekcyję wydzielin chorobowych.

PRZEWÓSKI podejmuje się wygotować takowy referat i przedstawić go do rozpoznania komitetowi na najbliższym posiedzeniu.

MAYZEL podaje w streszczeniu przepisy dezynfekcyjne, zalecane przez komisję ministerjalną anticholeryczną w Wiedniu. Główne zasady takowych są:

1) Do dezynfekcyi w y p r ó ż n i e ń osób dotkniętych cholerą lub podejrzanych o takową, a także do dezynfekcyi w y c h o d k ó w zalecają 5% kw. karbolowy lub tenże kwas nieoczyszczony (surowy) w stosunku 2 cz. na 18 części wody. Sublimat wyklucza komisja wiedeńska stanowczo ze względu na to, że wytwarza on stałe związki z białkiem, jest niebezpieczny w użyciu i niszczy wszystkie naczynia metaliczne.

2) O d z i e ż i p o ś c i e l ma być dezynfekowaną za pomocą pary w kamerze dezynfekcyjnej.

3) Przedmioty nie przedstawiające wartości a będące w styczności z chorymi, powinny być spalone.

4) O d z i e ż o s ó b d o z o r u j ą c y c h chorego ma być dezynfekowaną również w kamerze za pomocą pary.

5) Przedmioty takie, jak w y ś c i e ł a n e meble, p o w o z y d l a c h o r y c h i t. p. dość jest na czas jakiś pozostawić bez użycia w miejscu ciepłym, przewietrzanym i suchym, poddawać zaś specjalnej dezynfekcyi wtedy tylko, gdy zostały zawałane wydzielinami chorobowymi.

6) Podłoga, ściany, meble drewniane mają być wymyte 5% kw. karbolowym, a szmaty użyte do mycia winny być spalone.

7) Izby mieszkalne powinny być opróżniane, ściany wybielone wapnem, i przez dni kilka wietrzone, co dobrze jest przyspieszyć za pomocą silnego ogrzewania.

8) Osoby dozorujące chorych winny wymyć się dobrze mydłem i 5% kw. karbolowym.

9) Trupy nie powinny być wcale myte, lecz zawijane w płótno, zmoczone w 5% kw. karbolowym i tak grzebane.

10) Do dezynfekcyi publicznych wychodków trzeba używać kw. karbolowy, siarczan żelaza lub chlorek manganu w takiej ilości, aby reakcja zawartości dołów kloaczych była kwaśną (25–30 gram. w ciągu dnia na osobę); do wypłukiwania sedesów i ich lejków trzeba używać mieszaniny 60 gram 5% kw. karbol. surowego i 100 gram (10%) siarczanu żelaza w 100 litrach wody; w pisoirach można posypywać chlorek wapna.

11) Dezynfekcyja parami Cl<sub>2</sub>, J i Br działa niepewnie i po większej części bezskutecznie.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie d. 1 Grudnia 1886 r.

**PREZYDUJĄCY: Natanson.**

Obecni na posiedzeniu: DOBRZYCKI, GEPNER, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, NATANSON. PRZEWÓSKI i ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: BARANOWSKI, FRITSCHÉ i MAYZEL.

PRZEWÓSKI odczytuje napisany przez siebie projekt przepisów o sposobach dezynfekcyi podczas choroby, zaznaczając przytém, że starał się zestawić w nim wszystko

co pisano w tym przedmiocie i przedstawia maximum wymagań.

W dyskusyi nad całością projektu odczytanego przez kol. PRZEWOSKIEGO, p r e z y d u j ą c y zaznacza, że nadmiar w użyciu kwasu karbolowego, jak to jest proponowaném w projekcie, może nasuwać obawę zatrucia chorego tymże kwasem, a DOBRZYCKI zwraca uwagę, że w naszych warunkach, przy braku odpowiedniej wykształconej posługi dla chorych nie można nawet myśleć o zbyt drobiazgowém wykonywaniu wszystkiego tego, co się zawiera w projekcie kol. PRZEWÓSKIEGO.

P r e z y d u j ą c y proponuje, aby wymagania dezynfekcyi podczas choroby ograniczyć do rzeczy koniecznych i uznając projekt kol. PRZEWÓSKIEGO za odpowiadający wszystkim idealnym wymaganiom w tym względzie, przejść do dyskusyi nad szczegółowemi punktami projektu i poczynić w nim zmiany względnie do istniejących u nas warunków.

Podczas dyskusyi, w której przyjmowali udział p r e z y d u j ą c y, PRZEWÓSKI, DOBRZYCKI, KRAMSZTYK i LUBELSKI rozbieżności przepisów dotyczące urządzenia i wyboru pokoju, w którym ma się znajdować chory i odzieży osób dozorujących chorego. Ostateczna redakcyja tych przepisów będzie zamieszczoną w protokóle po przedstawieniu całości projektu.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

---

Posiedzenie d. 29 Grudnia 1886 r.

PREZYDUJĄCY: **Natanson,**

Obecni na posiedzeniu: DOBRZYCKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, MARKIEWICZ, MAYZEL, NATANSON, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomił BARANOWSKI.

Po odczytaniu protokółu uprzedniego posiedzenia MARKIEWICZ proponuje, aby do przepisów dotyczących



urządzenia pokoju chorego i obsługi, dodać jeszcze przepisy co do przynoszenia dla chorego pokarmów; aby mianowicie pokarmy, o ile można, były przyrządzone po za domem, gdzie znajduje się chory i były przynoszone przez posługę, nie wchodzącą wcale do pokoju, gdzie leży chory, naczynia zaś, z których jadł ten ostatni, aby były na miejscu wymywane zaraz po spożyciu pokarmów wrzącą wodą. Po dyskusyi wniosek ten przyjęto.

W dalszym ciągu dyskusyi nad referatem kol. PRZEWOSKIEGO rozbierano przepisy, zabezpieczające lekarzy od mimowolnego przenoszenia chorób zakaźnych do własnego domu, przepisy o odwiedzaniu chorych, wreszcie przepisy dotyczące dezynfekcyi ciała chorego po przebytej chorobie. (Ostateczna redakcyja tych przepisów równie jak uprzednio rozbiiranych, będzie zamieszczoną w protokóle po przedyskutowaniu całości).

W kwestyi możności przenoszenia zarazy przez samego chorego a głównie przez otaczających, MARKIEWICZ zapytuje, czy do rzędu chorób zakaźnych, takich jak ospa, szkarlatyna, tyfus, w których stanowczo stwierdzono możność takowego przenoszenia, wypada zaliczyć i odrę, czy też trzeba ją uważać za cierpienie, które przez otaczających przenoszonym być nie może; zaznacza przytém, że ani razu nie zdarzało mu się spotykać w praktyce faktu przeniesienia odry przez osoby pielęgnujące chorego, NATANSON i JAKOWSKI przytaczają spostrzegane przez się dwa przypadki, w których odra została przeniesioną przez osobę pielęgnującą (matkę) do miejscowości zdala położonych od miejsca, gdzie znajdował się chory (w jednym z przypadków na odległość 600 przeszło wiorst). DOBRZYCKI przytacza również podobne spostrzeżenie z czasu swój praktyki na prowincyi.

Postanowiono wymienić w przepisach i o drę jako chorobę, podczas i po której wymaganém jest ściśle wykonanie wszelkich przepisów dezynfekcyjnych.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie d. 26 Stycznia 1887 r.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni na posiedzeniu: CHEŁCHOWSKI, DOBRZYCKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI. NATANSON, POLAK, PRZEWOSKI i KOGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: BARANOWSKI, FRITSCHÉ, MARKIEWICZ i MAYZEL.

W dalszym ciągu dyskusyi nad referatem kol. PRZEWOSKIEGO o dezynfekcyi podczas choroby, rozbiegano projektowane przepisy co do sposobu zachowywania się posługi w pokoju chorego, a dalej przepisy dotyczące urządzenia pościeli chorego, dezynfekcyi bielizny, używanéj przez chorego, naczyń używanych do jedzenia i naczyń przeznaczonych do oddawania kału i moczu i płwociny i dezynfekcyi tychże wydzielin. Wreszcie rozbiegano przepisy, projektujące sposób dezynfekowania ścian i podłogi w pokoju chorego, a w końcu sposoby dezynfekcyi powietrza w tymże pokoju.

Wskutek przedyskutowania wszystkich szczegółów projektu, postanowiono, aby ów projekt, ostatecznie obroniony przez autora według wskazówek komitetu, był raz jeszcze w całości przeczytany na przyszłym posiedzeniu a potem dopiero przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego.

Na wniosek prezydującego kol. PRZEWOSKI obiecuje opracować referat o sposobach dezynfekcyi po chorobie i takowy zakomunikować na jednym z przyszłych posiedzeń komitetu.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie d. 9 Lutego 1887 r.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: CHEŁCHOWSKI, DOBRZYCKI, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, LUBELSKI, NATASON, PRZEWOSKI i ROGOWICZ.

O nieobecności zawiadomili: BARANOWSKI, FRITSCHÉ, MAYZEL i POLAK.

Kol. DOBRZYCKI opisuje kamerę dezynfekcyjną pomysłu p. LEDUC: Kamera ta zbudowaną jest w ten sposób, że z jednej strony doprowadzoną może być para przez rurę, idącą od kotła parowego, z drugiej dochodzi do niej gorące powietrze, rozwijające się w wielkiej ilości nad paleniskiem gazowém. Wewnątrz kamery wtacza się wózek, w którym są umieszczone przedmioty poddawane dezynfekcyi; wózek ten w przykrywie i we dnie posiada duże otwory, z których ostatni t. j. znajdujący się w dnie wózka, za pomocą rury, po wprowadzeniu wózka do kamery, łączy się z aspiratorem. Powietrze lub para, albo też jak się przekonano, najlepiej para wraz z powietrzem gorącym przenikają do przedmiotów dezynfekowanych, leżących w wózku, przez otwór górny (w przykrywie) a następnie w skutek działania przyrządu aspiracyjnego przechodzą przez też przedmioty i za pomocą otworu dolnego (w dnie) są przez rurę odprowadzane na zewnątrz. W kamerze téj więc w skutek aspiracji, para i powietrze doskonale przenikają przez rzeczy dezynfekowane, wskutek zaś wentylacji i odprowadzania zużytej pary lub powietrza na zewnątrz, takowe ciągle przyływają świeże z kotła parowego i paleniska gazowego. Najlepiej ma działać, według LEDUC'a, para wraz z powietrzem razem użyte. Próby dokonane z wytrzymałością tkanin poddanych dezynfekcyi w téj kamerze wykazały, że tkaniny, które wytrzymały 25 kg. po godzinnéj dezynfekcyi mogły wytrzymać tylko 10 kg. Kamera ta jest drogą.

Prezydujący zaznacza, że i w kamerze dezynfekcyjnej pomysłu p. Świecianowskiego, dałby się zastoso-

wać podobny przyrząd aspiracyjny, jak w tylko co opisanąj.

Kol. KRAMSZTYK podaje opis kamery dezynfekcyjnej przenośnej pomysłu Diehl'a z Monachium, która ma być sprowadzoną do szpitala dziecinnego starozakonnych przez kuratora p. Bersohna. Składa się ona z kociołka parowego, wytrzymującego ciśnienie 8 atmosfer, rura kauczukowa doprowadza parę do rozpylacza, który może być dowolnie skierowany na jakiebądź miejsce. Zazwyczaj nie bywa ona ogrzewaną do wysokości ciśnienia, jakie może wytrzymać, lecz ograniczają się na ciśnieniu 4 atmosf.; w ciągu 5 minut zużywa ona 2 litry wody a użycie przez cały dzień kosztuje 3 fenigi. Główne jej przeznaczenie jest do dezynfekowania mieszkań, gdyż para pod tak wysokim ciśnieniem ma przenikać we wszelkie szczeliny, może być jednak użytą i do dezynfekcji mebli i t. p. Urządzenie rozpylacza pozwala zastosować równocześnie i różne płyny dezynfekujące jak np. sublimat lub t. p. Koszt kamery wynosi 400 marek.

Kol. PRZEWÓSKI zwraca uwagę, że kamera ta nie może mieć znaczenia zupełnie dezynfekcyjnego, gdyż do głębi para przenikać nie może, skrapla się natychmiast i działa przez czas bardzo krótki. P r z e w o d n i c z ą c y i kol. DOBRZYCKI przypuszczają, że raptowne działanie bardzo wysokiej ciepłoty (do 150 C<sup>o</sup>) wywiera również działanie dezynfekcyjne, a równocześnie znaczna ilość wody wymywa i wydala zarazki siedzące na ścianach i w szczelinach, wreszcie po zmaczaniu można użyć chloru. Kol. JAKOWSKI zaznacza, że działanie jednorazowe nawet tak wysokiej ciepłoty nie może zastąpić dłuższego działania niższej, jak to stwierdzono na pewno dla niektórych bakteryj; przy braku wiadomości co do badań doświadczalnych z obu opisanymi kamerami na bakteryje trudno coś pewnego powiedzieć o ich wpływie pod tym względem. P r z e w o d n i c z ą c y jest zdania, że jakkolwiek wymyćcie i wydalenie bakteryj, które można osiągnąć za pomocą

kamery DIEHL'a ma swoje znaczenie, to jednak nie ulega kwestyi, że daleko więcej pożądanem jest równoczesne zabicie ich. W końcu kol. przewoźniczy podaje, że zdołał wiele razy usunąć wzrost pleśniowców a prawdopodobnie i innych bakteryj na wilgotnych ścianach, przez smarowanie tychże 20% roztworem siarczanu cynku, wytwarzającego z wapnem, jak wiadomo, siarczan wapna.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie d. 23 Lutego 1887 r.

PREZYDUJĄCY: **Natanson.**

Obecni: FRITSCHÉ, GEPNER, JAKOWSKI, KRAMSZTYK, NATANSON, PRZEWOSKI, ROGOWICZ, MAYZEL i DOBZYCKI.

O nieobecności uwiadomili: BARANOWSKI, LUBELSKI i MARKIEWICZ.

Kol. PRZEWOSKI odczytuje ostateczną redakcyję swego referatu o sposobach dezynfekcyi podczas choroby. Po wysłuchaniu go postanowiono załączyć do protokółów z posiedzeń komitetu higieny publicznej i wraz z takowými odczytać na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego.

Kol. JAKOWSKI komunikuje wyniki swych doświadczeń dokonanych z kamerą dezynfekcyjną Świecianowskiego. Wynikiem doświadczeń tych było, że bakteryje (las. czarnej krosty, las. sienny, *mier. prodigiosus*) wystawione na dwugodzinne działanie suchego powietrza, ogrzanego od 120—130 C° giną i nadal na gruntach odżywczych mnożyć się nie mogą. Krótsze działanie (1½ godziny) nie wystarcza do zabicia bakteryj.

Kol. DOBRZYCKI zaznacza, że dłuższe działanie suchego powietrza, jak dowiódł KOCH, nie jest odpowiedniem do dezynfekcyi ze względu na zniszczenie rzeczy dezynfeko-

wanych w takich warunkach. Zawiadamia przytem, że pan Świecianowski zbudował obecnie kamerę swego pomysłu w Szpitalu ujazdowskim; jest ona murowaną, posiada dwie oddzielne części, jedną dla rzeczy zakażonych, drugą zaś dla rzeczy już wydezynfekowanych, tak iż te ostatnie nie są w najmniejszej styczności z przedmiotami, mającemi dopiero uleść dezynfekcyi.

Sekretarz *M. Jakowski.*

C Z Y N N O Ś C I  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

-----  
PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.  
ROK 1886.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 Maja 1886 r.

PRZEWODNICZĄCY Gepner.

*Treść:* I. Tow. ogrodnicze wars. II. Nadesłane książki i broszury. III. Prof. HOYER i JAKOWSKI: Kultura bacillów gruźliczych. IV. MATLAKOWSKI demonstracja postępowania antyseptycznego. V. ORŁOWSKI wniosek porządkowy. VI. NUSBAUM: o doświadczeniu i wnioskowaniu lekarskiém.

Obecni członkowie: PRYZSTAŃSKI, HOYER, KONDRATOWICZ, J. KRAMSZTYK, JAWDYŃSKI, FABIAN, LUBELSKI, THIEME, RAJCHMANN, GEPNER, FLORKIEWICZ. F, NEUGEBAUER, RUPPERT, POLAK, PESZKE, ORŁOWSKI, DOBRZYCKI, MAYZEL, DUNIN, Z. KRAMSZTYK, MATLAKOWSKI, GROSTERN, CHROSTOWSKI, JASIŃSKI, ZAGÓRSKI, KORNIŁOWICZ, CHEŁCHOWSKI, ROGOWICZ, DOBRSKI, MEYERSON, NENCKI, SOKOŁOWSKI, HEIMAN, ANDERS, BAUERERTZ, BENNI, MARKIEWICZ, JAKOWSKI, NUSSBAUM.

Goście: GLUZIŃSKI LESŁAW, SZUMLAŃSKI, DELINIKAJTYS, PRZYBOROWSKI.

I. Towarzystwo ogrodnicze warszawskie odniosło się z prośbą do prezydium Tow. Lek. o darowiznę biblioteczec Tow. ogr. duplikatów dzieł przyrodniczych i ogrodniczych znajdujących się w bibl. Tow. lek.

Postanowiono w razie znalezienia podobnych duplikatów życzeniu Tow. ogr. zadośćuczynić.

II. Nadesłane książki i broszury:

1. Od kol. LUBELSKIEGO w darze: Rapport au conseil municipal sur le service de revaccinations et revaccination publique pendant l'année 1885, par M. A. Plumeau. Bordeaux 1886.

2. Protokoły posiedzeń ces. kaukazkiego Tow. lek. N. 17 i 18, r. 1885/6.

3. Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich, skreślił prof. D-r ALFRED OBALIŃSKI. Kraków 1886.

4. Istota cholery azyjatyckiej i pospolite jój leczenie napisał FLORYJAN KRASOWSKI. Warszawa 1880.

5. Słownik lekarzy, którzy otrzymali stopień doktora medycyny w Uniwersytecie moskiewskim przez LWA ZMIEJEWA, (po rosyjsku). Petersburg 1885.

III. Prof. HOYER wraz z kol. JAKOWSKIM przeprowadzili hodowlę laseczników gruźliczych; przed siedemnastu dniami zastrzyknęli królikowi w mowie będące laseczniki, królik począł bardzo szybko chudnąć, a po dokonanej sekcji okazało się, iż cały ustrój przepełniony był kolonijami gruzelków. Najwięcej ich znaleziono w płucach, dalej w śledzionie, wątrobie, nerkach, szpiku kostnym i oponach mózgowych. Prof. przedstawia narządy królika dla demonstracji makroskopijnie oraz odpowiednie preparaty mikroskopowe.

IV. Kol. MATLAKOWSKI demonstruje poglądowo postępowanie antyseptyczne przyjęte na oddziale chirurgicznym kobiecym w szpitalu Dz. Jezus (oddział kol. MATLAKOWSKIEGO) przy dokonywaniu operacyj, ze ścisłym zachowaniem wszelkich w rzeczywistości stosowaniu tego postępowania zachowywanych szczegółów, odnoszących się do



samój sali operacyjnej, stołu operacyjnego, podścieliska, lekarza, służby lekarskiej, narzędzi, ciała chorego, rany samój, opatrunku i t. d.

V. Kol. ORŁOWSKI. Z powodu ważności niektórych kwestyj, traktowanych przez komisję zdrowia publicznego war. Tow. lek. oraz interesowania się wielu członków debatami téjże komisji wnosi, aby zawiadamiano członków czynnych tow. o terminach i porządku dziennym posiedzeń komisji zdrowia publicznego.

Po krótkiej dyskusji wniosek kol. ORŁOWSKIEGO przyjęto.

VI. Kol. NUSSBAUM. Najmocniej przepraszam, że ośmielam się uwagę szanownych kolegów zająć przedmiotem, który dla niejednego z obecnych wydaje się może bez interesu. Nie przynoszę tu bowiem szanownym kolegom żadnego przyczynku do fizjologii lub patologii, ani przychodzę z jaką ciekawą obserwacją kliniczną lub nową metodą leczniczą. ani z żadnym środkiem nowym, lub choćby tylko z nowym preparatem dawnego środka, przeze mnie lub kogoś innego z dobrym skutkiem stosowanego—ale pragnę tylko rzucić spojrzenie krytyczne na m e t o d ę, chcę kilka słów powiedzieć w kwestyi metodologii lekarskiej. A jeżeli się nie mylę, wielu pielęgnuje w usposobieniu swoim, szczególne nieupodobanie w tego rodzaju rozprawach, i dla tego jeszcze raz przepraszam za poruszenie téj kwestyi.

Pragnę mianowicie dotknąć skalpelem (może zbyt tępym) krytyki jedną z najstarszych a razem najmniej doskonałych, jedną z najpowszedniejszych, najpowszechniej stosowanych a razem jedną z najtrudniejszych metod wtajemniczania się w arkany sztuki lekarskiej a mianowicie metodę spostrzeżeń lekarskich w zwykłym znaczeniu tego wyrazu i wniosków ze spostrzeżeń tych na mocy mniej lub więcej bogatego doświadczenia wyprowadzanych.

Mojem zdaniem i bezwątpienia zdaniem wielu. krytyka metody samój ma co najmniej tyle wartości dla rozwoju

wiedzy ludzkiej, ile samo metody stosowanie. Krytyka metody jest rzeczą trudną i dla tego tych szanownych kolegów, którzy przeświadczeni są o doniosłości samej kwestyi, proszę o pobłażanie nieudolności moich wywodów, dla téj jedynéj mojej zasługi, że kwestyję tę przysłała mi myśl poruszyć i że da ona pohop, przez wywołanie dyskusyi, dzielniejszym od mojego umysłem wypowiedzenia świątłych w téj arcy trudnej kwestyi uwag.

Wszelkie p o z n a n i e polega na nabyciu świadomości o stosunkach, w jakich zjawiska występują obok siebie w przestrzeni, o stosunkach, w jakich zjawiska następują po sobie w czasie, na wysledzeniu powikłań zjawisk w danéj chwili lub powikłań długo trwających ale niezmiennie, lub na wysledzeniu powikłań odmiennych w chwilach kolejnych.

Poznawanie treści rzeczy w przestrzeni w stosunku do poznawania treści rzeczy w czasie ma się już do siebie niemal jak ilość nieskończenie mała do ilości nieskończenie wielkiej. Oto ziarnko g r o c h u—poznanie jego kształtu, barwy, składu łuski i skrobiu łuską tą pokrytego cóż za skąpa wiązka wiadomości o zjawiskach w przestrzeni w porównaniu ze zjawiskami dotyczącemi tegoż ziarnka grochu rozwinać się mogącemi w czasie, gdy ziarnko to padnie na glebę urodzajną: kiełkowanie, wzrost, kwitnienie, dojrzewanie — lub gdy ziarnko to dostanie się jako pokarm do wnętrza żyjącego ustroju—strawienie go, przerobienie, przyswojenie, wydzielenie.

Zjawisko w czasie jest summą oddzielnych zjawisk przestrzennych, z których każde nietylko że z osobna poznawać musimy w jego warunkach przestrzennych, ale pomiędzy niemi upatrywać jeszcze związki koniecznej zależności związków przyczyny i skutku.

A n a t o m i j a ciała ludzkiego to dziedzina zjawisk w przestrzeni chodzi tu o kształty i barwy, o bliskość i odległość, o rozciągłość,

Fizjologia ciała ludzkiego to dziedzina zjawisk w czasie, tu chodzi o wszystkie poprzednio wymienione stosunki, w rozwoju ich zmiennym w czasie z węzłami przyczyny i skutku. Zakres téż fizjologii przedstawia bez porównania obszerniejsze pole badań aniżeli anatomii.

Przez zjawiska przestrzeni rozumiemy stosunek pewien form w jednej chwili, lub w długim czasie ale stosunek niezmienny.

Jak tylko bierzemy pod uwagę zmienność w czasie, to treść zjawisk mnoży się do nieskończoności, bo w obec zmieniających się powikłań danego zakresu zjawisk na tle innych zjawisk niezmiennych przybywa znowu zmienność powikłań danego zakresu zjawisk na tle innych zjawisk również zmiennych, z czego wynika taka olbrzymia moc kombinacyj i waryjacyj wpływów wzajemnych, taka nieskończona różnorodność przyczyn i skutków, takie bogactwo zjawisk, iż dla wyobraźni naszej stanowiąc to tylko może nigdy nie zgłębiany w perspektywie swój obraz, którego dalsze plany giną we mgle naszej umysłowej ślepoty. Badanie zjawisk w przestrzeni możemy sobie uzmysłować w ten sposób: *A. a b c d e f g* oto zjawisko obok siebie; bierzemy pod uwagę *c d e*. Badanie zjawisk w czasie tak sobie tedy zszematyzujemy *B.*

$$\begin{array}{c}
 a b c d e f g \\
 c' d' e' \\
 c'' d'' e'' \\
 c''' d''' e''' \\
 \dots \dots \dots
 \end{array}$$

ale to tylko będzie obraz tego przypadku, w którym zmiana stosunków danego zakresu zjawisk odbywa się na tle innych zjawisk niezmiennych, *a b* i *f g* pozostają tu niezmiennionami. Jeśli jednocześnie ulegać będą zmianom *a b f g* wtedy obok grupy *B.* mamy nową grupę która z poprzednią tworzy złączone grupy *C.*

$$\begin{array}{ccc}
 c d e & \times & a b f g \\
 c' d' e' & & a' b' f' g' \\
 c'' d'' e'' & & a'' b'' f'' g'' \\
 \dots \dots \dots & & \dots \dots \dots
 \end{array}$$

które badać musimy we wielokrotnym wzajemnym na siebie wpływie; w tym przypadku szereg odmian  $c d e$  w czasie wypadnie bardzo różny, stosownie do odmiennych warunków  $a b f g$ , wśród których będzie się rozwijał.

Odnosnie do zjawisk życia wyższych ustrojów, przybywa tu jeszcze jedna obszerna dziedzina zjawisk którą zwykło się najczęściej pomijać w dziedzinie innych badań, mianowicie rozwój zjawisk pod wpływem rozmaitych często przypadkowo zmiennych warunków. Ziarnko grochu badamy w rozwoju jego przemian w czasie, gdy dostanie się na glebę urodzajną, ale obojętnymi nam są losy jego przemian gdy się dostanie na bagniska zbyt wilgotne lub piasek zbyt suchy, lub gdy w wilgotnym powietrzu stanie się pastwą pleśni.

Jeżeli szemat  $A$  odpowiada *anatomii*,  $B$  *fizjologii*,  $C$  odpowiada *patologii*.

Nauce lekarskiej przybywa jedno jeszcze najtrudniejsze zadanie odwracania odmian w zjawiskach  $c d e$  wywołanych przez odmiany w zjawiskach  $a b f g$ , a zatem zadanie wprowadzenia nowej grupy czynników  $x y z$ , których zmiany w czasie, powikłane ze zmianami wpływającymi z oddziaływania na siebie czynników fizjologicznych i patologicznych, mają neutralizować działanie tych ostatnich; zatem szemat badań lekarskich w ich pełni przedstawia się tak:

$$\begin{array}{ccc} c d e & \times & a b f g \\ c' d' e' & \times & a' b' f' g' \\ c'' d'' e'' & \times & a'' b'' f'' g'' \end{array} \quad \times \quad \begin{array}{c} x y z \\ x' y' z' \\ x'' y'' z'' \end{array}$$

Widzimy tedy, jak skombinowanym, jak obszernym jest pole badań lekarskich.

Oprócz olbrzymiego, tysiącami trudności najeżonego pola badań lekarskich, charakteryzuje je jeszcze jedna bardzo szczególna cecha. Anatom ma przed sobą przedmiot realny, który w granicach swych zmysłów, środków pomocniczych i swojego rozumu poznaje. Fizjolog również bada kolej zjawisk realną, którą nazywamy życiem. Patolog ma przed sobą niewątpliwą postać chorobową z niewątpli-

wą jej i konieczną w swym bycie przyczyną. Może ta przyczyna być mniej lub więcej, lub wcale nie przystępną dla naszego poznania, ale bądź co bądź jest i patolog wie przynajmniej, że jest coś, czego szuka. Lekarz zaś u szczytu swojej pracy zawodowej, lekarz jako terapeuta szuka często rzeczy, które wcale nie istnieją, szuka bowiem czynników, któreby w żądanym kierunku wpływały na powikłanie pewnych zjawisk istotnych, kiedy takie czynniki mogą wcale nie istnieć, kiedy to powikłanie czynników fizjologicznych i czynników chorobotwórczych może w istocie swój posiadać nieodwołalność i niezmienną konieczność rozwoju w danym, najmniej przez nas upragnionym kierunku.

Niejedne usiłowania terapeutów są może szukaniem kamienia filozoficznego lub chęcią rozwiązania zadania o kwadraturze koła, w tych wszystkich wszakże przypadkach, w których płonność dążeń nie jest dowiedziona, stanowczo obowiązkiem medycyny jako nauki stosowanej, obowiązkiem terapii jest badać i szukać klejnotu, który może leży gdzieś schowany a może nie istnieje wcale. Na rezultaty prac terapii czeka z gorączkową niecierpliwością cała ludzkość fizycznie cierpiąca.

Każda nauka jest w części filozoficzną w części praktyczną, oderwaną i stosowaną. *Astronomia* szuka prawd mały związek z życiem naszym mających, wzbogaca jednak i praktyczną życia dziedzinę choćby tylko *gierą*, wszakże nikt się od niej nigdy nie domagał namacalnych rezultatów jej odkryć. *Chemija* badając jako nauka budowę różnych form materii, prawa ich związków i zależności wzajemnej, hojnie obdarza ludzkość nieoczekiwanymi darami, wzbogacającymi przemysł i sztukę, każde przecież jej odkrycie jest niespodzianką, jest datkiem królewskim, prawie wspaniałomyślnym, bo z góry nie żądanym. Od medycyny dawno np. domagano się środka usuwania cierpienia przy bolesnych operacjach chirurgicznych, ale chemii nikt nigdy nie stawiał żądania by wynalazła chloroform! *Fizyce* dziękujemy za wynalazek

telegrafu i telefonu, ale nikomu nigdy się nie śniło, by można było czegoś podobnego żądać i t. d. Medycyna natomiast zaledwie tkać zaczęła trzos, w którym gromadzić zamierzyła na pożytek ludzkości znojnje zbierane skarby wiedzy, zaledwie końcem stopy swój dotknęła téj ziemi, na której miała stanąć w rzędzie innych pracownic dobra ogólnego, już obległa ją ciżba domagająca się okrzykiem rozpaczy na ustach i ze łzą cierpienia w oku tego wszystkiego, co tylko kiedykolwiek w jój trzosie mogło by się pomieścić a nawet i tego wszystkiego, co na zawsze pozostanie po za granicami jój możliwości. Najpierwsi lekarze, dając natarczywie zebrzącym próbne (najpierwsza lekarska dedukcja) licznym miasto złota, to dzięki trwodze nieuzasadnionej, to dzięki przypadkowi, dzięki więc złudnej skuteczności, zyskali wiarę, obwołani zostali prorokami, i uwierzyła naprzód w nich rzesza, a ci oszołomieni uwierzyli w siebie samych. W dziejach rozwoju nauki lekarskiej brały istotnie bardziej niż w rozwoju innych nauk, udział pewne czynniki psychologiczne, nad którymi możnaby się specjalnie zastanowić, ale nie tu miejsce szerzej nad nimi się rozwodzić, pozwolę sobie li zaznaczyć, że i dziś jeszcze wiara rzeszy i jój świadectwa są jednym z czynników oszałamiających zmysł krytyczny lekarza i prowadzących go na manowce z dziedziny rzetelnej pracy dla własnego i ogólnego postępu.

Tak jest, od kolebki swój ludzkość zebrze od medycyny przywrócenia zdrowia bez względu na naturę choroby, życia bez względu na okres choroby i okres życia. Gdyby sztuka lekarska od początku istnienia swojego weszła na drogę najracjonalniejszego rozwoju, to ze względu na ogrom zadania byłaby długo przedmiotem zarzutów, zanim by do możliwego stopnia swego rozwoju doszła a nie oczyści się zupełnie z wszelakich do niej żalów nawet po osiągnięciu tego rozwoju. Patologiczność bowiem zdaje się być koniecznością w przyrodzie, spotykamy ją w zjawiskach astronomicznych i geologicznych, w najdzikszym więc najnaturalniejszym życiu roślin i zwierząt, dlaczegożby w ży-

ciu ludzkości mogła być wyłączoną.. Mogą obcy zjawiskom przyrody mędrkowie, marzyć o zniesieniu wszelkich patologicznych objawów w życiu ekonomiczném społeczeństw przez idealne urządzenie stosunków socyalnych, ale nie mogą o tem marzyć przyrodnicy w dziedzinie biologicznej.

Medycyna wszakże nie weszła, bo nie mogła od razu wejść na drogę racjonalnego rozwoju, owszem stosunek tego czasu, przez który po właściwej kroczy drodze do czasu, w którym i po manowcach błędziła, równa się stosunkowi godziny do wieku. Oto w tém leży przyczyna dlaczego sądząc usiłowanie po owocach zwolennicy t r a d y c y i w sztuce lekarskiej lekceważą jej mrówczą pracę w ostatnich dziesiątkach lat w dziedzinie np. chemii fizyologicznej, patologii eksperymentalnej, farmakodynamiki, bakteriologii i t. d. i wątpią o owocach ztąd płynąć mogących dla terapii, która jest niezależnie od teorii, od wszelkiej dedukcyi, niedoskonałą wprawdzie ale starą poważną i czcigodną budowlą spiętrzoną przez empiryję wieków.

Dawniejsza medycyna, której trudno przydać miano nauki prawie do końca XVIII wieku i która właściwie powinna by nosić odrębne miano jak np. alchemija w stosunku do chemii, opierała się wyłącznie na empiryi przy łożu chorego, ta dawniejsza medycyna empiryczna (choć nie była w istocie empiryczną o czem poniżej) z bogaciła wprawdzie terapiją pewnemi środkami, tak jak alchemija chemiją dzisiejszą, ale ta jej spuścizna tak jest maluczką, że w niczem nie usprawiedliwia dawniejszej metody spostrzeżeń lekarskich. Jedynym może skarbem jej to chinina, ale i dziś indyjanie dzicy z bogacili nas pewnemi środkami, a chyba że nie pozazdrościmy im metod obserwacyjnych. Nie jałbym się krytyki dawniejszej metody wnioskowania ze spostrzeżeń lekarskich i korzystania z doświadczenia w tym względzie, gdyby nie ten fakt że pomimo, iż we wszystkich innych kierunkach medycyna współczesna stoi na gruncie prawdziwych naukowych badań, to

jednakże terapia jako metoda badania czyli właściwiej mówią empiryja kliniczna daleką jest i dziś jeszcze od prawdziwej naukowej metody.

Powróćmy do szematu  $C \begin{array}{ccc} abc - def - xyz \\ a'b'c' \quad d'e'f' \quad x'y'z' \\ a''b''c'' \quad d''e''f'' \quad x''y''z'' \end{array}$

Widzimy tedy, że dla wprowadzenia w dziedzinę naszych spostrzeżeń lekarskich, czynników terapeutycznych, musimy mieć możliwie doskonałe pojęcie o zjawiskach fizjologicznych, o zjawiskach patologicznych, i wyrabiać sobie dopiero pewny sąd o wpływie trzeciej kategorii czynników leczniczych na połączone dwie pierwsze.

I-szém prawem wnioskowania indukcyjnego jest, aby dla wypróbowania wpływu czynnika  $x$  na czynnik  $a$  usunięte były wszelkie wpływy poboczne, które by mogły wikać oddziaływanie wzajemne na siebie dwu badanych czynników, więc aby w powtarzanych spostrzeżeniach, tożsamość czynników była stanowczą: ile razy  $x$  działa na  $a$  otrzymujemy  $u$ . Czynniki lecznicze dobrowolnie przez nas do badania wzięty musi być skontrolowanym co do swój tożsamości i czystości pod względem ilościowym i jakościowym (już to przedstawia pewne trudności ale na teraz te trudności pomijamy) z drugiej strony osobnik fizjologiczny musi za każdym razem te same posiadać własności

$$\begin{array}{c} abc \\ a'b'c' \\ a''b''c'' \end{array}$$

oto normalny rozwój fizjologiczny osobnika — czyż łatwo otrzymać w powtarzanych spostrzeżeniach tożsamość obiektu? Chodzi o wpływ danego czynnika na człowieka. Ale to pojęcie człowieka jak wielkie przedstawia różnice. Przedewszystkiém podział na płeć: mężczyzna, kobieta; wiek: niemowlęcy, dziecięcy, młodzieńczy, dojrzały, zgrzybiały; indywidualność oddziedziczona czyli temperament fizjologiczny: nerwowy, sangwiniczny, lymfatyczny, a zajęcie, sposób życia, usposobienie psychiczne, wreszcie pora roku, stan



barometru i temperatury i t. d. Widzimy tedy trudności wyrastające gdy badamy wpływ czynników leczniczych na organizm zdrowy.

Przychodzi tu nowe powikłanie z b o c z e n i e c h o r o b o w e

$$\begin{array}{l} d e f \\ d' e' f' \\ d'' e'' f'' \end{array}$$

Już w téj formie, w jakiej w klasycznych podręcznikach występuje system zboczeń chorobowych, stanowi on taki ogrom różnaitości, że już z tego wypływa trudność zadania w korzystaniu ze spostrzeżeń wpływu czynników leczniczych na rozliczne formy chorobowe, a wszakże formy chorobowe spotykane w rzeczywistości przewyższają o wiele swoją różnaitością akademickie ich obrazy podręcznikowe. Naprzód przychodzi tu pomnożyć jedną w istocie swojej formę chorobową przez te wszystkie odmiany normalnego ustroju jakie przed chwilą rozważyliśmy, powtóre jedną i tą samą w istocie swojej formę chorobową pomnożyć potrzeba przez wszystkie stopnie jej natężenia wypływającego z natężenia ilościowego i jakościowego przyczyny chorobotwórczej i warunków, w jakich się rozwija i rozległości organu, jaki zajmuje, wreszcie pomnożyć trzeba formy pojedyncze przez te wszystkie kombinacje i waryacje, jakie wynikają ze współczesnego istnienia dwu lub więcej chorób czy to ostrych, czy jednej lub więcej ostrych na tle chorób konstytucjonalnych lub miejscowych, przewlekłych.

Wreszcie przez zmienne zewnętrzne warunki, które stanowią to co nazywamy *genius epidemicus*, przez warunki higieniczne miejscowe — a wreszcie przez zmianę usposobień somatycznych pokoleń, której zaprzeczyć stanowczo nie możemy.

Z drugiej strony ta stosunkowo nie wielka ilość zewnętrznych objawów, które dzięki fizjologicznej naturze ustroju zwierzęcego zawsze występować muszą bez względu na istotę czynnika chorobotwórczego, z pewnością kre-

śli wielki znak zapytania nad wielu formami chorobowými, które z pozoru przebiegają jednako. Tak jak specyficzna energija zmysłów stanowi do pewnego stopnia o rezultacie podrażnienia, bez względu na naturę bodźca, tak téż bezwątpienia i objawy chorobowe zbyt często są jednakie pomimo różnicy przyczyniających je warunków. Dalszy rozwój patalogii, a zwłaszcza chemii fizyologicznej i bakterjologii, rozdzieli może formy chorobowe, które dotąd bierzemy za identyczne, lub może połączy takie formy, które dziś za zupełnie różnej natury uważamy. Płytkość podstaw stanowiących dzisiaj o niektórych kategoriach patologicznych, jest po głębszém wpatrzeniu się w rzecz aż nadto bijącą — stoimy z pewnością jeszcze dziś w obec niektórych form chorobowych na tym stanowisku, na jakim stali naturaliści, którzy zaliczali wieloryba do ryb dla tego, że w wodzie żyje i ma kształt ryby, a nietoperza do ptaków dla tego, że ma skrzydła i w powietrzu się unosi. Malaria np. kryterjum jest peryjodyczność i śledziona zwiększona, ileż tu różnych może się miesza gatunków chorób. Pneumonia? (tyfusowa, malaryczna i t. d.) Choroby skóry. Odsłamy w téj kwestyi do spostrzeżeń Prof. **HOУЕРА**, w poprzednim zeszycie tegoż Pamiętnika pomieszczonych.

Zaiste dziwném mi się wydaje obstawanie lekarzy za dygnozą anomalnie przebiegającej *malaryi*, dla tego że śledziona jest powiększoną — lub roztrącanie sobie głowy, czy daną gorączkę ostrą infekcyjną zaliczyć do tyfusu brzuszego czy wysypkowego, gdy ta nie posiada charakteru ani jednej ani drugiej z dwu wymienionych postaci chorobowych.

Z tego wszystkiego wynika, jak trudnem jest zadanie czynienia logicznych wniosków o działaniu czynników leczniczych na choroby, gdy substrat sam tak jest zmienny i niepewny.

Widzieliśmy tedy zmienność zjawisk kategorii  $\begin{matrix} a & b & c \\ a' & b' & c' \end{matrix}$   
i zmienność zjawisk  $\begin{matrix} d & e & f \\ d' & e' & f' \end{matrix}$  jakże teraz wyprowadzić wnio-

sek o stanowczém działaniu czynników  $x$   $y$   $z$  — na powikłanie dwu zmiennych szeregów zjawisk?

Zwróćmy się teraz do samych tych czynników. Gdybyśmy badali samo tylko działanie czynnika czystego, skontrolowanego w jego własnościach, to jeszcze przedstawia się trudność w ocenieniu działania jego w różnych dawkach pojedynczych, w różnej częstotliwości dawek różnych, w różnie długim czasie podawania tego środka, w różnej ogólnej ilości jego zastosowanej. Ale lekarze, czerpiący w empiryi, stosują najczęściej czynniki w połączeniu a przynajmniej w towarzystwie współczesnym lub naprzemiennym z innymi czynnikami, jakąż nową trudność dla spostrzeżeń i wniosków. A przecież tych czynników leczniczych zwłaszcza w dawniejszej medycynie, wyprowadzanych i ocenianych wyłącznie tylko drogą spostrzeżeń klinicznych (bez prób na zwierzętach i bez naukowych farmakologicznych poszukiwań) były krocie, gdzież możność jakakolwiek, aby lekarz zwłaszcza w dziejach swjej indywidualnej pracy, mógł dojść do jakiegokolwiek bądź rezultatu, aby jego doświadczenie osobiste miało jakakolwiek dla niego samego lub dla potomności wartość? Trudności słowem w spostrzeganiu lekarskiem są olbrzymie i może się mylę, ale zdaje mi się, że wielu lekarzy dziś jeszcze nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z trudności, jakie ta metoda badania przedstawia.

Do błąkania po manowcach pomagają tu znowu liczne zasady psychologiczne, które pomagają bardzo do łudzenia samego siebie. Naprzód to smutne i tak bardzo rozpowszechnione „*post hoc ergo propter hoc*“ i w obec natury zjawisk patologicznych łatwo wywiązać się mogąca *rutyna*. Wszystkie formy chorobowe możemy na chwilę podzielić na dwie kategorie: uleczalne i nieuleczalne: 1-sze prawie zawsze kończą się wyzdrowieniem, wyjątkowo tylko stają się przewlekłymi lub śmierć sprowadzającymi: 2-gie kończą się prędzej czy później śmiercią

wyjątkowo niektóre z nich kończą się wyzdrowieniem. 1-sze podzielić jeszcze możemy na lekkie i ciężkie.

Naturalnie najliczniejsze są lekkie przypadłości, których jednak większa część lekarzy nie pozostawia bez czynnego terapeutycznego się wdania. Tu naturalnie dla krótkowidzów jest pole do najciaśniejszej rutyny lub do najfantastyczniejszej kapryśności wskazań, zawsze z dobrym wynikiem, co sprowadza u lekarza mimowolną halucynację o jego intuicji i odczuwaniu niejako potrzeby chwili. Ja zawsze traktuję metodą X i mam zawsze doskonale rezultaty, ja zawsze traktuję metodą Y i mam również wysmienite rezultaty, na tém polu najłatwiej o wzajemną nietolerancją i o upór, może nie tyle w stawianiu wskazań ile w wyborze indykatów.

Co się tyczy przypadków cięższych, te również przedstawiają pole dla rutyny bezmyślniej, podtrzymywanej grozą sytuacji, trwogą w obec sumienia nieoświeconego światłem wiedzy — dla czego?

Weźmy tak ciężką chorobę jak szkarlatyna, w której zwykły procent śmiertelności stanowi 15%. Lekarz tedy, któryby sobie wykreślił linię obserwacji swoich w pewnym kierunku, powie sobie, ja zawsze stosowałem w początku choroby czynnik X i jestem zadowolony z rezultatów, bo mam 85% wyzdrowień a uważa za zbrodnię temu, który tego X zastosować omieszka.

Co się tyczy ciężkich ostrych przypadków, te najczęściej wywołują gorączkowość i zmienność w stosowaniu środków lekarskich, a przypadkowe wyjątkowe zejście dobre daje rozgłos stosowanemu w tym przypadku czynnikowi i kredyt rozumie się na czas bardzo krótki.

Szanowni koledzy, stanąłem dzisiaj na stanowisku negacyjnym, ale mylił by się ktokolwiek, by mię poczytał za nihilistę w terapii.

Chciałem tylko przedstawić wielką trudność obserwacji terapeutyczno-klinicznych i zaznaczyć konieczność wysokiego sceptycyzmu w wyprowadzaniu tą metodą wnio-

sków, aby nie mnożyć ballastu błędów w tak trudnej nauce, jaką jest nauka lekarska i w tak ważnej sztuce, jaką jest jej praktyczne stosowanie.

Nihilizm jest szkodliwy, bo nic nie stworzy — ale sceptycyzm jest, sądzę, cnotą lekarza, bo prowadzi do postępu.

Pomimo olbrzymich trudności, metoda terapeutyczno-kliniczna, jest bardzo ważną i obiecującą metodą postępu nauki lekarskiej, ale musi odpowiadać koniecznie wymaganiom metody naukowej. Jakie są te wymagania? pozytywną część kwestyi będę prawdopodobnie miał zaszczyt Szanownym Panom przedstawić na jednym z następujących posiedzeń.

Posiedzenie biologiczne z dnia 25 Maja 1886 r.

**PRZEWODNICZĄCY: Gepner.**

*Treść.* I. Nadesłane książki i broszury. II. Kol. JAKOWSKI członkiem komisji higienicznej. III. Kol. J. KRAMSZTYK odczytuje protokóły kom. hyg. IV. Kol. POLAK. Praktyka szczepienia ospy.

**Obecni członkowie:** PESZKE, PRYZSTAŃSKI, JAKOWSKI, GEPNER, POLAK, ORŁOWSKI, RUPPERT, J. KRAMSZTYK, JAWDYŃSKI, THIEME, REICHMAN, SZOKAJSKI, MODRZEJEWSKI, SOKOŁOWSKI, LUBELSKI, BENNI, NUSSBAUM.

I. Nadesłano książki i broszury:

1. Od kol. LURELSKIEGO: Della cecità in Italia e dei modo di prevenirla relazione del. Prof. A. CORRADI. Milano 1886.
2. Nauczynja biesiedy wraczej zakawkaskawo powiwalnawo instytuta. Tyflis 1886, z proźbą o wymianę wydawnictwa naszego Towarzystwa.

3. O leczeniu cholery p. G. POLINTA (po rosyjsku)  
Charków 1886 r.

II. Prezes zawiadamia o zamianowaniu kol. JAKOWSKIEGO członkiem komitetu higieny publicznej.

III. Kol. J. KRAMSZYK odczytuje protokoły komitetu higieny publicznej z dnia 21 Stycznia, 5 i 19 Lutego, 5 i 19 Marca, 7 Kwietnia i 5 Maja 1886 r., których treść w niniejszym Pamiętniku na inném miejscu jest pomieszczoną.

IV. Kol. POLAK odczytuje obszerną rzecz: „O praktyce szczepienia ospy“, rzecz ta w całości ogłoszoną będzie w czasopiśmie: „Zdrowie“.

Na tém posiedzenie ukończono.

*H. Nussbaum.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 1 Czerwca 1886 r.

**PRZEWODNICZĄCY: Gepner.**

*Treść.* I. Nadesłane książki i broszury. II. Kol. LUBELSKI zdaje sprawę z prac Dr. BABIŃSKIEGO. III. Kol. JAKOWSKI przedstawia laseczniki tyfusu brzuszego. IV. Dary dla biblioteki.

**Obecni członkowie:** GEPNER, LUBELSKI, PRZYSTAŃSKI, KONDRATOWICZ, ORŁOWSKI, MODRZEJEWSKI, F. NEUGEBAUER, MAYZEL, DUNIN, GROSTERN, FLORKIEWICZ, SOKOŁOWSKI, PAWIŃSKI, GAJKIEWICZ, BAUERERTZ, THIEME, BENNI, MĄCZEWSKI, ROGOWICZ, PESZKE, JAKOWSKI, NUSSBAUM.

**Goście:** SZUMLAŃSKI, BRUNER.

**I. Nadesłano:**

1. Sprawozdanie czwarte z czynności komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym Im. Dr. med. Józefa MIANOWSKIEGO za rok 1885.

2. Protokół posiedzenia Towarzystwa lekarskiego wileńskiego Nr. 3. Marzec 1886.
3. Dr. Bronisław WOJCIECHOWSKI przesłał egzemplarz swojego przyrzędu do pisania po omacku, oraz broszurkę z opisem tegoż.
4. Kol. GAJKIEWICZ składa w darze Towarzystwu:
  - a) *Ortus Medicinae id est initia physicae inaudita etc.* Joanne Baptista von HELMONT.
  - b) *Nerwowe choroby u kobiet, znaczenie kastracyi przy neurozach.* Prof. A. HEGARA przekł. M. SZMIGIELSKI (po rosyjsku) Petersburg 1886.
  - c) *Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren krankheiten von Dr. Adolf STRUEMPELL. T. II. cz. 1. Krankheiten des Nervensystems.* Lipsk 1884.

II. Kol. LUBELSKI odczytuje sprawozdanie z prac Dr. Józefa BABIŃSKIEGO i zaleca przyjęcie go w poczet członków korespondentów Towarzystwa.

III. Kol. JAKOWSKI przedstawia rozwój kwestyi o pasorzytniczėj istocie tyfusu brzuszego. Począwszy od pierwszego niepewnego jeszcze spostrzeżenia przez BROWICZA pasorzytów lasecznikowych w śledzienie zmarłych na tyfus w 1875 r., następne poszukiwania EBERTHA, KOCHA, MEYER'a i innych wykazały istnienie w mowie będących laseczników a rzeczywistą chorobotwórczą ich rolę stwierdziły doświadczenia E. FRAENKL'a i LIMMONDR'a, którzy z powodzeniem przeszczepiali czyste hodowle lasecznika tyfusowego na króliki, wywołując u tych ostatnich rychłą śmierć przy objawach funkcjonalnych i anatomicznych, odpowiadających tyfusowi brzuszemu u człowieka.

Zaznaczył kol. J. następnie drogę zakażenia przez pokarmy a zwłaszcza wodę i sprzyjające momenty w kiszkach cienkich (alkaliczność zawartości) dla rozwoju zarodników, ich rozwój w gruczołkach odosobnionych i blaszkach

PEYERA, przenikanie do krwi i dalszych orgauów, wychodzenie w znacznej ilości w kale na zewnątrz.

Następnie przedstawia hodowle czyste w mowie będącego lasecznika oraz barwione preparaty mikroskopowe.

IV. Na wniosek Prezesa Tow. lek. postanawia podziękować piśmiennie następującym ofiarodawcom:

1. Pani LEBIEDZIŃSKIEJ za ofiarowane przez nią książki dla biblioteki Tow., pozostałe po doktorze LEBIEDZIŃSKIM.
2. S. GIEJSZTOROWI za ofiarowanie wielu dzieł przeważnie z XVI i XVII w.
3. Kol. FRITSCHEMU za ofiarowanie czasopisma: „The Lancet“ z lat 1871 do 1882.

Na tém posiedzenie ukończono.

*H. Nussbaum.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 15 Czerwca 1886 r.

**PRZEWODNICZĄCY: Gepner.**

*Treść.* I. Nadesłane książki i broszury. II. Kandydatura prof. TAYCHMANA na członka honorowego oraz KOSSOWSKIEGO na członka czynnego. III. Kol. PERKOWSKI demonstracja chorego. IV. Kol. MAYZEL, sprawozdanie z konkursu Im. KACZOROWSKIEGO. V. Kol. MAYZEL zdaje sprawę z prac BUJWIDA. VI. Kol. DUNIN. O stosunku zapalenia opłucnej do gruźlicy płuc. Dyskusja.

Obecni członkowie: PESZKE, LUBELSKI, KONDRATOWICZ, ELSENBERG, HOYER, JAWDYŃSKI, DUNIN, MATLAKOWSKI, ORŁOWSKI, PRZYSTAŃSKI, HERING, F. NEUGEBAUER, SOKOŁOWSKI, MAYZEL, JAKOWSKI, ROGOWICZ, RUPPERT, THIEME, GROSTERN, BENNI, GEPNER, NUSSBAUM.

I. Nadesłano:



1. Protokóły posiedzeń ces. Tow. lek. kaukazkiego. Nr. 19, 20, 21 za r. 1885/6.
2. Trzynaste sprawozdanie komitetu Tow. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1885.
3. Direccion general de Beneficiencia y sanidad. Resumen general de las invasiones y defunciones por causa del cólera ocurridas en Espana durante el unno de 1885. Madrid. 1886.
4. Contribution a l'étude des ferrugineux en injections hypodermiques. Thèse pour le doctorat par George Ludovic HIRSCHFELD. Paris 1886.

Kol. F. NEUGEBAUER składa:

5. Fünf Jahre poliklinischer Thätigkeit (1877 – 82) von Dr. L. v. Lesser. Leipzig 1883.
6. Ueber Varicen von Dr. L. Lesser. (sep. Abd. v. VIRCHOW's Arch. 101 B. 1885).
7. Ueber ein im Ausgang verengtes Becken (In. Dissert.) von Friedrich Dedolph. Marburg 1869.
8. O febrze przepuszczalnej epidemicznej w r. 1847. Warszawa 1847.

II. Prezes GEPNER przedstawia Prof. TAJCHMANNA z Krakowa z powodu 25-letniego jubileuszu na członka honorowego Towarzystwa.

Wedle obowiązującego regulaminu głosowanie odbędzie się na jedném z posiedzeń przyszłych.

Dr. Cezary Kossowski przesłała pracę swoją p. t.: „Przyczynek do histologii górnej części kanału pokarmowego“ z życzeniem wliczenia go w poczet członków czynnych Towarzystwa. Popierają kandydaturę Kossowskiego Sekretarz stały SZOKALSKI i Prezes GEPNER.

III. Kol. PERKOWSKI przedstawia chorego, któremu wyłuszczył całą kość łokciową z powodu ostrój *Osteomyelitis*. W krótkiej dyskusyi nad tym przypadkiem biorą udział: MATLAKOWSKI, PERKOWSKI, JAWDYŃSKI, DUNIN.

IV. Kol. MAYZEL odczytuje sprawozdanie z prac kol. BUJWIDA i poleca przyjęcie go w poczet członków czynnych Tow.

V. Kol. MAYZEL odczytuje następujące sprawozdanie z konkursu Im. KOCZOROWSKIEGO.

Praca z dewizą „*saepe cadendo gutta cavat lapidem*“, na temat o udziale drobnoustrojów w sprawie gnicia ciał białkowych, mieszcząca się w 2 zeszytach na 331 stronicach pisma (z wykazem literatury na 23 str.) i opatrzona 6 rysunkami, zawiera oprócz obszerniej części historycznej, opis 47 doświadczeń (str. 227—317), których wyniki zebrane zostały na końcu pracy od str. 317.

Praca ta świadczy z jednej strony o wielkiem czytaniu i pracowitości autora, który nie szczędził trudu na zebranie mnóstwa wiadomości z literatury i wykonanie licznych doświadczeń.

Mimo jednak najlepszych części, i rzec można wysiłku myśli na zbyt skomplikowane poszukiwania, sposób przeprowadzenia tychże zdradza przede wszystkim brak podstaw naukowego badania; wyszła ztąd robota jakby samouczka, który ściślejszej szkoły nie przebywał.

Literatura przytoczona przedstawia chaotyczny (a często niedokładny) opis wszystkiego, co się w ogóle do bakterjologii odnosić może, bez ładu, zrozumienia, krytycznego poglądu, planu i przewodniej myśli, których autor widocznie nie umiał sobie ściśle sformułować. Ztąd wynikło pomieszanie pojęć o gniciu z rozmnażaniem się bakteryj i patologicznymi zjawiskami, przez nie wywołanymi.

Z podanego sposobu badań okazuje się, że chociaż autor czytany, wiedział o potrzebie zachowania ostrożności przy badaniu bakteryj, to jednak daje dowód zarazem, że nie rozumiał właściwej istoty tych ostrożności, i mimo drobiazgowego opisu niepotrzebnych częstokroć manipulacyj, nie zachował najważniejszych zasad czystej hodowli. Niema też żadnej gwarancji, że otrzymał czyste kultury, owszem zdaje się, że miał do czynienia zawsze

z mieszaninami i kierował się jakby z góry powziętą myślą o zmienności form bakteryj i przechodzeniu obojętnych drobnoustrojów w chorobotwórcze.

Dołączone na 6 kartkach rysunki, obok niedosyć starannego wykonania, nic nie uczą i nie przyczyniają się bynajmniej do zrozumienia niejasnego i wadliwego pod względem literackim tekstu, pełnego dziwacznych wyrażen i poglądów.

Z powyższych względów pracy całej niepodobna przyznać wartości naukowej. Nietylko nie posuwa ona postawionej kwestyi naprzód, ani nie rozstrzyga wyszczególnionych w programie punktów, lecz przeciwnie wprowadza zagmatwanie pojęć w tém nawet, co dotychczas było wiadome.

*Hoyer, Szokalski, Sokolowski, Matlakowski, Mayzel.*

Praca pod tytułem: *Materiały do tematu: „Jakie grzybki zdrowiu szkodliwe znajdują się w powietrzu Warszawy“* mieści się na 27 stronicach pisma, z których 16 zajmuje opis metod badania, przyrzędu HESSE'go i innych. Dołączone do niej zostały rysunki na 24 kartkach, szereg hodowli w 24 epruwetkach oraz kilkanaście mikroskopowych preparatów.

Autor wykonał w obrębie czasu od 25 Stycznia do 25 Marca r. b. dziewięć poszukiwań, z tych 7 ilościowych zapomocą rurki HESSE'go. Badane było powietrze mieszkania prywatnego, powietrze podwórzowe, oraz powietrze dwu sal szpitalnych (chirurgicznej i terapeutycznej). Z tych prób otrzymano 27 odmiennych hodowli drobnoustrojów, w których 11 składało się z czystych kultur bakteryj i mikrokoków, 7 czystych hodowli pleśniowców, 4 mieszaniny trudno oddzielić się dające przez hodowanie na płytkach. Pięć hodowli nie zostało zbadanych.

Z pomienionych kultur trzy tylko okazały własności chorobotwórcze, mianowicie Nr. 1, 12 i 15, otrzymane z powietrza pokoju mieszkalnego i sal szpitalnych.

Szczepienia wykonane były w liczbie 9 tylko na białych myszach, przez wprowadzenie hodowli do jamy otrzewnej i pod skórę zwierzęcia.

Praca, jak słusznie sam autor przyznaje na str. 28. ze względu na nieliczne badania, uważaną być może tylko za początek usiłowań zbierania materiału do bakteryjologii powietrza w Warszawie. Sposób jednak przeprowadzenia poszukiwań wskazuje, że autor obeznany jest ze ścisłemi naukowemi metodami badania.

Byłoby zatem do życzenia, aby praca rozpoczęta mogła być prowadzoną dalej w szerszym zakresie, a zapewne dostarczy cennych wskazówek do poznania drobnoustrojów zawieszonych w powietrzu.

*Hoyer, Szokalski, Sokołowski, Matlakowski, Mayzel.*

Działo się w lokalu Tow. Lek. Warsz. w dniu 10 Czerwca 1886 r.

Obecni członkowie komitetu konkursowego: prof. HOYER, SOKOŁOWSKI, MATLAKOWSKI, oraz przybrany członek MAYZEL, po wysłuchaniu sprawozdania z dwóch prac nadesłanych na konkurs imienia Walentego KOCZOROWSKIEGO, mianowicie na temat: „O udziale drobnoustrojów w sprawie gnicia ciał białkowatych“, oraz: „Zbadać ilość i jakość szkodliwych zdrowiu grzybków zawieszonych w powietrzu etc. w Warszawie“, orzekli, że rozprawa z dewizą „*Saepe cadendo gutta cavat lapidem*“ wcale się do nagrody nie kwalifikuje. Co się zaś tyczy drugiej pracy opatrzonej literą „K“, to komitet konkursowy widząc z rozpoczętej pracy, że autor posiada kwalifikacje do tego rodzaju naukowych badań i że praca, jeśli będzie ukończona, może na nagrodę zasługiwać, postanowił zalecić autorowi przeprowadzenie dalszych uzupełniających poszukiwań, tymczasowo zaś proponuje udzielenie autorowi zasiłku w kwocie rs. s t u, z funduszu konkursowego.

Towarzystwo postanowienie komitetu konkursowego potwierdza.

VI. Kol. DUNIN wypowiada rzecz: O stosunku zapalenia opłucnej do gruźlicy płuc“. Rzecz ta w całości pomieszczoną będzie w Gazecie lekarskiej. W krótkiej dyskusji w tej kwestyi biorą udział SOKOŁOWSKI, DUNIN, MATLAKOWSKI.

Na tém posiedzenie ukończono.

*H. Nussbaum.*

Posiedzenie biologiczne z dnia 22. Czerwca 1886.

**PRZEWODNICZĄCY: Gepner.**

*Treść.* I. Nadesłane książki i broszury. II. Wybór Prof. TAYCHMANNA na członka honorowego Tow. III. Kol. MAYZEL odczytuje sprawozdania z prac Dr. KOSSOWSKIEGO i Dr. SZRAJBERA. IV. Kol. ORŁOWSKI demonstruje chorego z raną czaszki. V. Kol. JAWDYŃSKI demonstruje chorego z raną czaszki. VI. Prof. SZOKAŁSKI: spostrzeżenia z dziedziny fizjologii ruchu.

Obecni członkowie: PRYZSTAŃSKI, GEPNER, PESZKE, SOKOŁOWSKI, MALINOWSKI, PRZYBYLSKI, MĄCZEWSKI, PRZEWOSKI, POLAK, FLORKIEWICZ, PERKOWSKI, JAWDYŃSKI, GROSTERN, HOYER, MAYZEL, KORNIŁOWICZ, LUBELSKI, ORŁOWSKI, KONDRATOWICZ, GAJKIEWICZ, F. NEUGEBAUER, A. ROSENTHAL, ROGOWICZ, CHROSTOWSKI, SZOKAŁSKI, BENNI, NUSSBAUM.

Goście: SADOWSKI.

I. Nadesłano:

1. Kol. NATANSON składa w darze czasopismo „Lancet“ z szeregu lat oraz liczne broszury.

II. Na wniosek Prezesa Tow. przystępuje do wyboru kol. Prof. TAJCHMANNA na członka honorowego Tow. z po-

wodu 25-letniego jubileuszu naukowej Jego działalności naukowej.

Tow. jednogłośnie zawotowało Prof. TAJCHMANNA swoim członkiem honorowym.

III. Kol. ORŁOWSKI przedstawia przypadek złamania czaszki dotyczący Józefa O. lat 19 liczącego. J. O. czeładnik szewcki uderzony został w dniu 22 Maja młotkiem przez majstra. Przy badaniu dnia następnego znaleziono ranę na czole w okolicy górnej zewnętrznej lewej, wielkości ziarnka grochu; badając zgłębnikiem, znaleziono zatokę drążącą ku dołowi w kierunku oka na przestrzeni cała, przyczem kość okazała się obnażoną oraz wyraźnie wgniecioną. Ciepłota była podniesioną, tętno około 100, żrenica lewa nieco rozszerzona, nudności, wieczorem ciepłota 41.0°. Dnia 24 maja: stan ogólny nieco lepszy, chory przytomny, puls jednakże drobny, ciepłota podniesiona; ze względu na wyraźne objawy podrażnienia błon mózgowych, które powodował bezwątpienia odłamek blaszki wewnętrznej, wykonano trepanacją, trepanem o średnicy 12 milim. Błona twarda okazała się przedziurawioną i odłamek kostny sterzący w kierunku mózgu. Wieczorem w dniu trepanacji ciepłota 37,5°, stan bezgorączkowy ustalił się. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze a ranka na zagojeniu. Kol. O. opisuje i przedstawia odłamki kostne oraz chorego z ranką, na dnie której spostrzegać można tętniący ruch mózgu.

IV. Kol. JAWDYŃSKI przedstawia przypadek złamania czaszki, dotyczący robotnika, który przed trzema tygodniami uderzony został odłamkiem koła rozpędowego w prawą stronę głowy. Zrazu znaczny krwotok, zupełna nieprzytomność, drgawki i wymioty. Kol. J. założył bezwzględnie opatrunek aseptyczny. Nazajutrz przytomność wróciła ale chory zupełnie nie pamięta, co się z nim stało. Przy bliższem zbadaniu okazuje się, że w ranie zajmującej prawą kość ciemieniową w pobliżu szwu strzałkowego mieści się odłamek kości wgnieciony w jamę czaszkową

4 centym. długi 1 centm. szeroki. Kol. J. wykonał rezekcję i wydobyl odlamek, przyczem okazało się, że błony mózgowe są przedziurawione a istota korowa uszkodzoną. Dnia tego rano ciepłota wynosiła  $38,8^{\circ}$  po operacji  $37,1^{\circ}$ . Temperatura już się więcej nie podniosła a dziś chory przedstawiony, przedstawia się zupełnie dobrze, rana się goi, na dnie jój pulsacja mózgu widoczna.

V. Prof. SZOKALSKI miał sposobność przez pewien czas czynić spostrzeżenia nad ruchami rośliny zwanój *Mimosa pudica*. Wiadomo, że wszelki ruch bywa albo drobinkowy albo massowy; do pierwszego rodzaju należą zjawiska wzrostu, zaniku i odżywiania, jest to ruch zarówno właściwy światu zwierzęcemu jak i roślinnemu.

Ruch massowy charakteryzuje się zmianą położenia w przestrzeni; ten ostatni ruch niezmiernie rozpowszechniony w świecie zwierzęcym, daleko mniej i rzadziej się uwydatnia w świecie roślinnym. W fizjologii zwierząt ruch massowy tłómaczą kontrakcją, w którym to zjawisku konieczny udział bierze protoplazma kurczliwa (mięśniowa) oraz protoplazma pobudliwa (komórka zwojowa). W fizjologii roślin ruchy massowe starają się objaśniać wyłącznie na drodze fizycznej przez tak zwaną *turgescencję*. Ciekawe spostrzeżenia i doświadczenia Prof. Sz. nad ruchami *Mimosa pudica* przywiodły go do przekonania, że i w roślinach spotyka się zjawisko *kontrakcji* i że bezwątpienia mechanizm nerwowo-mięśniowy tak rozpowszechniony w świecie zwierzęcym, występuje już jakkolwiek pod postacią niemal zarodkową w świecie roślinnym. Prof. Sz. poleca ciekawe to zjawisko dalszym badaniom fizjologów i botaników.

VI. Kol. MAYZEL odczytuje sprawozdanie z prac kol. KOSSOWSKIEGO i poleca przyjęcie go na członka czynnego Tow. oraz w miejsce nieobecnego kol. DOBRZYCKIEGO sprawozdanie z prac Dr. SZRAJBERA Józefa z Wiednia,

polecając przyjęcie go w poczet członków korespondentów Tow.

Na tém posiedzenie skończono.

*H. Nussbaum.*

Posiedzenie dodatkowe z dnia 25 Czerwca 1886 r.

**PRZEWODNICZĄCY: Gepner.**

*Treść.* I. Kol. BUJWID o szczepieniach ochronnych wścieklizny. II. Wybory nowych członków.

Obecni członkowie: ORŁOWSKI, PRZEWOSKI, PRZYBYLSKI, MEYERZON, OŁTUSZEWSKI, GOLDFLAM, BARANOWSKI, ZAGÓRSKI, LUBELSKI, DOBRSKI, ROGOZIŃSKI, JAWDYŃSKI, HERING, CIHWAT, GREKOWICZ, BRODOWSKI, PRZYSTAŃSKI, WSZEBOR, FLORKIEWICZ, FABIAN, MAYZEL, ELSENBERG, LIBKIND-LUBODZIECKI, BENNI, PESZKE, KONDRATOWICZ, JAKOWSKI, HOYER, FUNK, PAWIŃSKI, W. STANKIEWICZ, SZOKALSKI, PŁĄSKOWSKI, GROSTERN, GEPNER, ROGOWICZ, SOKOŁOWSKI, A. ROSENTAL, NUSSBAUM.

Goście: SZUMLAŃSKI, FEILCHENFELD, GĄBSZEWICZ, M. LEWIŃSKI, BUJWID.

I. Kol. BUJWID po powrocie z Paryża zdawał sprawę ze spostrzeżeń osobistych nad metodą szczepienia wścieklizny ochronnej PASTEUR'a. Kol. B. zdemontrował całą manipulację zarówno przygotowywania odpowiednich preparatów z ośrodków nerwowych zwierząt wścieklizną dotkniętych, do przeszczepiania i osłabiania jadu jak i szczepienia jadu królikom, zwierzęta chore, oraz wszelkie pomocnicze przyrządy.

II. Przystąpiono do głosowania nowych członków a mianowicie kol. O. BUJWIDA i M. KOSSOWSKIEGO na członków czynnych oraz kol. BABIŃSKIEGO z Paryża na członka korespondenta. okazało się że zarówno kol. BUJWID i KOSSOWSKI jak i BABIŃSKI zostali wybrani, pierwsi



na członków czynnych, ostatni na członka korespondenta Tow.

Na tém posiedzenie skończono.

*H. Nussbaum.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 14 Września 1886 r.

**PRZEWODNICZĄCY: Gepner:**

*Treść.* I. Nadeszły korespondencyje. II. Nadesłane książki i broszury. III. Kol. ZAGÓRSKI: Dwie laparotomije, dyskusyja. IV. Kol. GOLDFLAM: Przypadek przedziurawienia kiszki.

**O b e c n i c z ł o n k o w i e:** PESZKE, THIEME, PRZYSTAŃSKI, KULESZA, SZOKALSKI, OLTUSZEWSKI, GOLDFLAM, BUJWID, SOKOŁOWSKI, FABIAN, MATLAKOWSKI, MAYZEL, KAMOCKI, ROGOWICZ, MALINOWSKI, PRZYBYLSKI, POLAK, JAWDYŃSKI, GEPNER, NUSSBAUM.

**G o ś c i e:** SZTEINER, FAILCHENFELD, BUKOWSKI, SOLMAN, SOSNOWSKI.

1. Nadeszły następujące korespondencyje:

1. Podziękowanie od Prof. L. TAJCHMANA za mianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa, z Krakowa z d. 14 Lipca 1886 r.
2. Podziękowanie od Dr. BABIŃSKIEGO za mianowanie go członkiem korrespondentem Tow. z Paryża 23 Lipca 1886 r.
3. Podziękowanie od Dyrektora lekarskiego Departamentu MAMONOWA za mianowanie go członkiem honorowym Tow. z Petersburga z d. 12 Czerwca z r. 1886.
4. Zawiadomienie od Tow. lekarskiego krakowskiego o ustanowieniu komisyi przemysłowej mającej na celu popieranie wyrobów krajowych dotyczących przetworów chemicznych, aptekarskich, dy-

jetetycznych, narzędzi dyjagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych i do pielęgnowania chorych służących. Tow. lek. krak. prosi Tow. lek. warsz. o popieranie usiłowań w mowie będącej komisyji i dostarczanie wskazówek, jakich należy użyć dróg i środków dla możliwego podniesienia przemysłu lekarskiego krajowego.

5. Zawiadomienie od Zarządu drugiego zjazdu Tow. lek. Moskiewsko-Petersburgskiego o tém. że zjazd odbędzie się w drugiej połowie Stycznia 1887 r. i zaproszenie do udziału w zjeździe lekarzy warsz. Tow.

## II. Nadesłane książki i broszury:

1. Trudy obszczestwa wraczej w St. Pietierburgie, rok 52, zesz. II. Petersburg 1886.
2. Etudes sur les eaux thermales de Brides-les-Bains. (Savoie) par le Dr. PHILBERT 1886.
3. Protokoły i trudy obszczest. archangielskich wraczej za 1886 r. zeszyt I. Archangielsk 1886.
4. Otczot o diejatelnosti Imper. kawkaskawo medycinskawo obszczestwa. 1885/6. Tyffis 1886.
5. Ósme sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1885 przez Dr. Bolesława WICHERKIEWICZA. Poznań 1886.
6. Sprawozdanie naukowe ze szpitala Ś go Łazarza w Krakowie. T. 1 za rok 1883. Kraków 1886.
7. Dniownik kazanskawo obszczestwa wraczej pri Imperat. Uniwer. Nr. 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 1886.
8. Smiertnost' g. Odessy za 1883. 1884 i 1885 zestaWił Dr. J. HENRYCHSEN (dodatek do protokołów Tow. lek. odess.)
9. K'woprosu o putiach rozprastranienia tiepłoty w czelowieczeskom organizmie. W. W. FILIPOWICZA. (odb. z Wracza).

10. Protokół zasiedania Imper. kawkaz. medicin. obszcz. 2 Maja 1886.
11. Sredztwa k umienszeniju sposobnosti cholernych mikrobow razwiwat' choliernyj jad. Kupr i Cynketyl. G. POLUTA. Charkow 1886.
12. Protokoły zasiedanij obszczestwa odesskich wraczej 1885/6.
13. Protokół oczerednawo zasiedanija Imp. Wileńsk. medic. obszcz. Nr. 4. 1886.
14. Przypadek pomyslnego wyleczenia wynecowania przewlekłego macicy, podał Dr. Ludwik Adolf NEUGEBAUER. Warsz. 1886.
15. Od kol. LUBELSKIEGO: Causes et prévention de la céicité (Mémoire couronné) par le Dr. Ernst FUCHS. Paris 1885.

III. Kol. ZAGÓRSKI. Szanowni Panowie! Zdobycze chirurgii współczesnej zaznaczyły się szczególnie w dziedzinie operacyj, dotyczących jamy brzusznej. Gdy wszakże zarówno metodologija jak i kwestyja wskazań uległy wysokiemu opracowaniu o ile dotyczą cierpień jajników i macicy (ovariotomia, hysterotomia) natomiast mało jeszcze rozwiniętymi są zasady chirurgicznej pomocy przy zbozeniach zapalnej i mechanicznej natury. Odnoszące się tu przypadki wymagają właśnie interwencyi szybkiej i stanowczej, towarzyszące im bowiem objawy rozwijają się nagle i gwałtownie i nie raz już w kilka godzin grożą życiu chorego. Tém bardziej upragnionemi są tu bardziej ustalone zasady wskazań i metod, gdyż brak czasu szukania pomocy rozgłośnych specjalistów, kładzie obowiązek niesienia ratunku na szersze koła lekarskie. Z powyższych względów uważam za właściwe dzielenie się z kolegami spostrzeżeniami, w tym względzie uczynionemi, i nie waham się opisać dwa przypadki laparotomii, które nie dawno miałem sposobność wykonać, jakkolwiek obydwa skończyły się niepomysłnie.

Przypadek I. dotyczy wyrobnika 56 lat, który uderzony został przez konia kopytami w brzuch, chory zemdlął zrazu. Jakkolwiek po chwili oprzytomniał i miał jeszcze siłę na wóz wsiąść, do domu powrócić i pieszo na-  
 zajutrz pójść do łaźni; gdy mu się lepiej nie robiło. ból w brzuchu się wzmacniał i dokuczliwe przyłączyły się wymioty, udał się do kliniki. Tu się chory przedstawił jak następuje: niespokojny, wyraz twarzy wylękły, oczy zapadłe, twarz i kończyny chłodnym potem pokryte, wyraźna przytem sinica. Skarży się na dokuczliwe i częste wymioty i na silne bóle brzucha między pępkiem i spojeniem łonowym, przeważnie po stronie lewej, przy dotknięciu wzmagające się. Wypróżnień ani wiatrów od początku choroby nie było. Przy opukiwaniu na całej przestrzeni brzucha odgłos bębnowy z wyjątkiem przestrzeni wielkości dłoni w lewej dolnej części brzucha gdzie odgłos jest stłumiony: Ciepłota 37,0° tętno 88. Same powłoki śladów urazu nie przedstawiają. Dodać należy że od lat 20 chory cierpi na przepuklinę pachwinową lewą. Rozpoznanie wahało się pomiędzy zapaleniem otrzewnej, niedrożnością jelita powstałą na drodze mechanicznej, wewnętrznem uwięzieniem przepukliny, oraz przedziurawieniem jelita. Pomimo lawatyw HEGARA stan się nie poprawiał, owszem po kilku godzinach upadek sił się wzógł, tętno doszło do 130 na minutę, stało się drobnem i nikłym. Celem stanowczego roztrzygnięcia wątpliwój diagnozy i ewentualnego zastosowania odpowiedniej pomocy przystąpiłem do laparotomii... Wprowadziwszy rękę, po dokonaniem warstwowem cięciu, do jamy brzusznej, natrafiłem na przedziurawioną pętlę cienkiego jelita, którą uniosłem ku górze. Otwór w jelicie był okrągławy 2 centymetry średnicy mający, brzegi obwiedzione wałkowato wywiniętą, ciemnoczerwoną błoną śluzową, w około krwawa niewielka wybroczyna. Cała ta część jelita okazała się w jamie ściśle ograniczonej przez świeże zapalne zrosty otrzewnej, pokrytej włóknikowo-ropną wydzieliną. Mieliśmy więc do czynienia

z ograniczoném kałowém zapaleniem otrzewny wskutek urazowego przedziurawienia jelita. Po rozważeniu, co w danych warunkach wypadało z chorem jelitem uczynić, przyszedłem do przekonania że nie pozostawało nic innego, jak uciec się do sztucznego czasowego odbytu. Po operacyi naznaczono choremu makowiec  $\frac{1}{4}$  gr. pro dosi co 2 godzin. Zapad wszakże po operacyi nie ustaje pomimo środków podniecających (kamfora, alkohol, eter siarczany podskórnie) chory na 8 dzień po operacyi umiera.

Kol. Z. przytacza rezultat sekcji dokonanej przez kol. GOLDFLAMA.

Przypadek II-gi dotyczy 41-letniej kobiety. Chora cierpiała oddawna na chroniczne zaparcie stolca. Obecnie cierpienie rozpoczęło się przed 10 dniami, bólem w prawej okolicy biodrowej, połączonym z zaparciem stolca. 7-go dnia choroby pokazały się wymioty cuchnące kałem. Obok innych leków (kalomel, wino szampańskie i t. d.) stosowano téż i lawatywy HEGARA bezskutecznie. Dnia 10-go choroby znalazłem co następuje: Brzuch dość silnie, jednorodnie wzdęty, przy dotykaniu umiarkowanie bolesny. Odgłos na całej powierzchni brzucha wysoki bębnowy z wyjątkiem okolicy biodrowej prawej, gdzie jest wyraźnie stępiony. Chełbotania, stwardnienia w miejscu tém wyczuć nie można. Objawy ogólne upadku sił wysoko posunięte. Ciepłota  $35,5^{\circ}$ , twarz i kończyny chłodnym potem pokryte, oczy zapadłe, puls jednak około 100 pełny i równy. Biorąc na uwagę zupełny brak wypróżnień od 9 dni, charakter kałowy wymiotów, stępienie w okolicy biodrowej, można było przypuścić obok zapalenia otrzewny istnienie jakiejś mechanicznej przeszkody drożności jelita, témbardziej że chora dwukrotnie po porodach przebywała silne okołomaciczne zapalenia, po których, jak wiadomo, pozostałe zrosty niejednokrotnie bywają punktem wyjścia mechanicznych zaburzeń. Zaproponowaliśmy tedy operacyją, na którą rodzina zgodziła się, mimo iż uprzedziliśmy ją, że ze względu na ogólny stan

chorój, śmierć nawet w czasie operacji może nastąpić. Po wykonaniu cięcia brzuszego znalazłem wszystkie pętle jelita cienkiego mocno zaczerwienione, miejscami silnie rozdęte, zlepione w jedną bezkształtną masę wysiękiem włóknikowo-ropnym, tworzącym między pętlcami kiszek jak gdyby wstęgi biało żółtawej barwy. W okolicy biodrowej prawej, wstęgi te stają się gęstszymi, tworząc jak by węzeł zlepow włóknikowych. Przyjmując właśnie te zapalne zlepy za przeszkodę mechaniczną powodującą niedrożność, starałem się owe zlepy ostrożnie porozdzielać, poczynając od jednej z najbardziej rozdętych pętliec; w jednym kierunku doszedłem do кишки ślepej, (kiszki grube były wyglądu normalnego), w drugim kierunku doszedłem do dwunastnicy. Po zrobieniu możliwie dokładnej tualety otrzewnej, zamknąłem jamę brzuszną podwójnym rzędem szwów, głębokim węzełkowym i powierzchownym kuśnierskim. Ze przeszkoda w drożności leżała istotnie w opisanych zlepowach dowodzi to że przed ukończeniem szwu brzuszego nastąpiły obfite cuchnące wypróżnienia, które nieco później jeszcze dwa razy się powtórzyły, świadcząc, że nie porażenie kiszek w skutek peritonitis, było beczynności kiszek przyczyną. Po operacji wszakże objawy upadku sił wzmagaly się. Podawano wino, zastrzyknięto eter siarczany pod skórę, mimo to chora w 6 godzin po operacji zmarła.

Następnie kol. Z. rozbiera literaturę, odnoszącą się do przytoczonej kazuistyki i czyni epikrytyczne uwagi, które w całości wraz z opisaniami przypadkami pomieszczone będą w czasopiśmie „Medycyna“, W krótkiej dyskusji biorą udział MATLAKOWSKI, ORŁOWSKI, JAWDYŃSKI.

IV. Kol. GOLDFLAM: Jeżeli przypadki przedziurawienia кишки od wewnątrz, przez sprawy chorobowe, biorące początek w błonie śluzowej, np. w gruźlicy kiszek, durze brzuszny do rzadkości wcale nie należą i dostatecznie są znane, to pęknięcia кишки bez uszkodzenia ścianki

brzusznój należą do rzadkości i wcale w swym mechanizmie nie są jasne. Rzecz dziwna, że przypadki niezwykle nie występują pojedynczo, ale zwykle grupami, które to zjawisko Niemcy ochrzcili nazwą „die Multiplizität der raren Fälle“. Prawie jednocześnie z przyp. opowiedzianym przez kol. ZAGÓRSKIEGO obserwowałem w klinice wewnętrznej Szp. Św. Ducha chorego, którego historyja jest w krótkich rysach następująca: 22 Maja r. b. wieczorem został przez towarzyszy pobity, leżącego mianowicie na wznak uderzali nogami w brzuch; stracił przytomność, a w nocy odczuł ból brzucha. Nazajutrz przybył do kliniki, widziałem go zaś pierwszy raz we dwa dni po wypadku, to jest 24. Był to mężczyzna 26-letni, dobrze zbudowany i odżywiony, ale o blado-ziemistój, pokrytój potem skórze, ręce i stopy miał zimne i sine, ciepłota pod pachą 36,2, tętno bardzo drobne do 150, oddech powierzchowny przeszło 50 na minutę. Brzuch silnie napięty, nie nadmiernie powiększony, bolesny przy słabym ucisku, wydaje odgłos tępy w okolicy podbrzusznój i prawego dołu biodrowego, w górnój części bębenkowy. Wymioty po płynnych pokarmach, nie cuchnące. Silne pragnienie. Moczu nie oddaje. Zmarł tegoż dnia o 6 wieczorem przy ciepłocie 35,0.

Sekcyja wykonana nazajutrz wykazała przekrwienie mózgu, płuc, w tych ostatnich powierzchowne wyczerpanie krwi, w obu komórkach serca obfite miękie skrzepy. Przy przecinaniu ścianki brzucha gazy wydobywają się z łoskotem z jamy brzusznój i wylewa w ilości do 3 funt. płyn żółty (*chylus*), mętny, zmieszany z kłaczkami ropy. Pętlice kiszkowe są pozlepiane i pokryte, tak jak i otrzewnia ścienna, ropą. Na wysokości 7 stóp od dolnego końca dwunastnicy znajduje się w kiszce cienkiej przy przyczepie krezkowym swobodny otwór okrągły, wielkości 4 groszy z wywiniętą na zewnątrz błoną śluzową i wydobywającą się zawartością, podobną do płynu znalezionej w jamie brzusznój. Brzeg otworu jest gładki, otrzewna

naokoło infiltrowana krwią, a także odpowiadający odcinek krezki. W bliskości otworu widać poprzeczne pęknięcie otrzewni kiszkowej, ale bez przedziurawienia ścianki. Wątroba i nerki przekrwione. W pęcherzu moczu nie ma.

Jeżeli analogie między temi 2 przyp. są widoczne, to i różnic nie brak. Co do samego przebiegu, przyp. kol. Z. trwał dni 16, nasz tylko 2. Wytłumaczenia szukać, moim zdaniem, należy w rezultacie sekcji, choć i laparotomia wykonana w przyp. kol. Z. mogła niewątpliwie przyczynić się do przedłużenia życia chorego, bo poprawa była widoczna. Sekcja, mianowicie w przyp. kol. Z. wykazała zapalenie otrzewny, ograniczone do dolnej połowy jamy brzusznej, gdy w moim było ono ogólne i jama otrzewny zawierała znaczną ilość płynu i gazów, a w przyp. kol. Z. płynu było znacznie mniej, a o wydobyciu się gazów podczas operacji wcale się nie wspomina, nie było ich też na stole sekcyjnym. Nadto, w moim przyp. otwór w kiszce był swobodny, a brzegi nie przedstawiały cech stanu zapalnego. Dane te pozwalają na wniosek, że powstanie otworu w kiszce nie było w obu przyp. jednakowe, że w przyp. kol. Z. naruszenie całości ścianki nie nastąpiło odrazu, ale, że na skutek urazu odżywianie jej zostało upośledzone do tego stopnia, że pociągnęło obumarcie, ale że przed tém nastąpiło zlepne zapalenie tej części kiszki z drugą pętlicą, wskutek czego zawartość kiszki nie mogła wylać się do jamy brzusznej. W naszym zaś przyp. pęknięcie kiszki musiało być natychmiastowe z wydobyciem się zawartości płynnej i gazowej. Oprócz powyższego, za powolnym powstaniem otworu i niewylaniem się zawartości do jamy brzusznej przemawia w przyp. kol. Z. mniejsze natężenie upadku sił, dłuższe trwanie i fakt, że chory nazajutrz po wypadku poszedł o własnej sile do łaźni dość odległej, czego z otwartą kiszką nie był w stanie zrobić. Dla wytłumaczenia zaś zjawiska, że w jednym przyp. pomimo większej siły urazowej i mniejszej odporności kiszki (późniejszym wiekiem spowodowanej), pęknięcie nie nastąpiło, po-



służy może fakt z wywiadów poczerpnięty, że chory kol. Z. był na czczo, gdy nasz był prawdopodobnie po obfitym jedzeniu.

Pęknięcie kiszki swoistych objawów nie daje, a istniejące należą do przeostrego zapalenia otrzewni. Wszakże, etjologija urazowa, silny upadek sił, a przedewszystkiem szybkie nagromadzenie dużej ilości płynu (w przyp. pęknięcia kiszki cienkiej) i obecność gazów w jamie brzusznej (odgłos bębunkowy nad wątrobą) pozwalają wziąć w rachubę istnienie przedziurawienia. Dla wskazań leczniczych zaś wystarczają objawy urazowego i przeostrego zapalenia otrzewny dla wykonania jedynie racjonalnej laparotomii, bo jeżeli nawet zawartość kiszki do jamy brzusznej jeszcze się nie wylała, stać się to może każdej chwili na skutek następczego obumarcia ścianki.

Na tém posiedzenie ukończono.

*H. Nussbaum.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 28 Września 1886 r.

PRZEWODNICZĄCY, VICE-PREZES: **Rogowicz.**

*Treść:* I. Korespondencyje i sprawy porządkowe. II. Nadeszłe książki i broszury. III. Kol. **JAWDYŃSKI** demonstracja dziecka z deformacją palców. IV. Kol. **SOKOŁOWSKI**: O pewnych właściwościach epidemii tyfusu, panującego w Warszawie w ciągu 3 lat ostatnich — dyskusja.

Obecni członkowie: **SOKOŁOWSKI, Zyg. KRAMSZTYK, PRZYSTAŃSKI, GREKOWICZ, POLAK, OLTUSZEWSKI, JAWDYŃSKI, FABIAN, GOLDFLAM, RUPPERT, MALINOWSKI, ZAGORSKI, MATLAKOWSKI, KONDRATOWICZ, PESZKE NENCKI, KAMOCCI, MODRZEJEWSKI, ELSENBERG, PRZEWOSKI, PA-**

CANOWSKI, BUJWID, GROSTERN, MAYZEL, ROGOWICZ, NUSSBAUM.

G o ś c i e: SZTEYNER, SZUMLAŃSKI, BUTOWSKI.

I. Korespondencja i sprawy porządkowe:

1. Vice-Prezes zawiadamia o odezwie p. Prezydenta m. Warszawy do Towarzystwa o dopełnienie liczby kandydatów na lekarzy izb dyżurnych dla cholerycznych. Vice-Prezes objaśnia że Zarząd Tow. wydał odezwę w pismach lekarskich i codziennych, że przyjmuje odpowiednie deklaracje codziennie od godz. 6 — 8 do dnia 4 Października r. b.

2. Vice-Prezes zawiadamia o dokonaniu zamiany wierzycelności kasy wsparcia na pożyczkę Tow. Kredyt. miejskiego w kwocie 13,000 rs. listami zastawnými, które dnia 20. IX. r. b. zostały przekazane kasie wsparcia i złożone w depozycie w temże Tow. kredyt.

3. Nadeszło podziękowanie od Tow. lek. charkowskiego za telegram wysłany przez Towarz. lekar. warsz. w dzień obchodu 25-letniej rocznicy założenia Tow. lekar. charkowskiego.

II. Nadeszłe książki i broszury:

1. D-r BAGIŃSKI ADOLF. Wykład chorób dzieci przekład z niemieckiego D-ra WIKTORA KOSMOWSKIEGO. Warszawa 1886, (od tłumacza).

2. Protokół posiedzenia Ces. wileńsk. lekar. Tow. Nr. 5, 1886.

3. Protokół rocznego posiedzenia Ces. kaukaz. Tow. lek. Nr. 24, Tyflis. 1886.

4. PRESTUPNIK in foro Z. A. BLIUMA Tyflis 1886.

5. Sowremiennoje sostojanije waprosa o proischożdenii mozgowych izwilin. N. O. KOWALEWSKAWO. Kazań 1886.

III. Kol. JAWDYŃSKI przedstawia półroczne dziecko, u którego dokonał z pomyślnym skutkiem rozdzielenia czterech palców prawej rączki, połączonych błoną z okresu życia płodowego w skutek okręcenia téj jako téz i drugiej

rączki oraz jednej nóżki sznurkiem pępkowym; palce u tych 3 kończyn w skutek ucisku uległy zboczeniu w rozwoju i zniepodobnieniu. Palec wskazujący lewej rączki został na tej drodze pozbawiony trzeciego członka.

Z powodu tego przypadku Rogowicz opowiada, że przed kilku laty widział noworodka, u którego goleń została zupełnie zamputowaną a rączkę odsznurowaną w czasie życia płodowego przez okręcenie się i ucisk pępowiny.

IV. Kol. Sokołowski odczytuje pracę p. t. U w a g i n a d c h a r a k t e r e m e p i d e m i i t y f u s u b r z u s z n e g o, p a n u j ą c e g o w W a r s z a w i e w c i ą g u t r z e c h l a t o s t a t n i c h. Pracę swoją autor opiera na stu przypadkach tyfusu brzuszego, spostrzeganych na swym oddziale w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. Na liczbę owych przypadków zmarło 12 chorych, historję chorób których, oraz szczegółowe badanie pośmiertne kol. S. przedstawia. Procent śmiertelności t. j. 12% uważa S. za niezbyt wysoki w porównaniu z cyframi śmiertelności z innych szpitali Europejskich tem bardziej że do cyfry owęj policzeni zostali chorzy tyfusowi przybyli do szpitali już prawie umierający. Epidemija spostrzegana wyróżniała się podług S. następującymi właściwościami:

1) Spostrzegano wielką liczbę przypadków ciężkich, w których brakowało zupełnie zajęcia sensorium, chorzy mimo ciężkiej gorączki zachowali w ciągu całej choroby zupełną przytomność.

2) U znacznej ilości chorych (przeszło 50%) brakowało w zupełności charakterystycznej wysypki tyfusowej.

3) W znacznej liczbie przypadków brakowało zupełnie objawów ze strony kanału pokarmowego: rozwolnienia, wzdęcia, i t. p., przeciwnie nawet istniał dość znaczny szereg chorych, u których w czasie choroby istniało uparte zaparcie stolca.

4. W niektórych przypadkach uderza niezwykle sposób rozpoczęcia się choroby, t. j. okres zwiastunów nie istniał prawie wcale, chory zapadał raptem gwałtownie

wśród dreszczy i bólu głowy i od téj chwili rozpoczynała się ciężka choroba, w jednym przypadku śmiertelnie zakończonym, choroba rozpoczęła się w pełni zdrowia dreszczami, silną gorączką i wymiotami, wreszcie w innym szeregu przypadków, okres zwiastunów, trwający od jednego do dwóch tygodni występował pod postacią silnych dreszczy codziennie występujących z następczą gorączką, okres ów w wysokim stopniu symulował zimnicę, leczenie chininą pozostawało bezskuteczne. W jednym przypadku, który autor szczegółowo opisał, okres ów zwiastunów trwał dni 16, i dotyczył chorego, zarażonego tyfusem w szpitalu, w którym przebywał dla innej choroby, był to zresztą jedyny przypadek zarażenia, pomimo że chorzy tyfusiowi nie byli separowani.

Jako ważny znak rozpoznawczy poczynającego się tyfusu brzuszego, podaje autor drżenie języka, które występowało u znacznej ilości chorych, i w wielu razach wątpliwych a szczególnie lekkich formach ułatwiało rozpoznanie. Tożsamo dotyczyło drugiego objawu często spotykanego t. j. stosunkowo nieznacznej ilości pulsacyi w porównaniu z wysoką ciepłotą, objaw ów najczęściej występował na wysokości choroby, w niektórych przypadkach miało to miejsce odrazu w początku choroby i w tych razach stanowiło dość ważny znak rozpoznawczy.

6) Recydywę tyfusu spostrzegał autor tylko 4 razy, recydywa owa była zazwyczaj lekką w porównaniu z ciężko przeżytym tyfusem, przyczyna recydywy podług autora jest zależną od charakteru epidemii, błędy w dyjecie niemają znaczenia lubo mogą do recydywy usposabiać, dwa przypadki recydywy odnosiły się do 80 roku, dwa do 84 r. W 85-ym nie spostrzegano żadnej, pomimo że epidemia w tym roku odznaczała się większą stosunkowo złośliwością.

7) Epidemija odznaczała się stosunkowo bardzo nieznaczną ilością powikłań, najcięższe i najgroźniejsze było

włóknikowe zapalenie płuc 6 razy, krwotok kiszkowy raz jeden, inne powikłania występowały rzadko.

W ciągu całej epidemii spostrzegano oprócz tego przypadki znacznie zbaczające od normalnego typu, przypadki te powtarzały się w ciągu tych lat z tymże samym charakterem, stanowiąc niemal odrębne właściwości charakteru epidemii.

Typy owe dawały się podprowadzić pod następujące postacie.

1) Tyfusy bez wyraźnych oznak właściwych tyfusowi brzuszemu, przebieg ich był następujący: w okresie zwiastunów dreszcze, następnie gorączka ciągła w granicach 39 do 40, ogólne osłabienie, powiększona śledziona, często brak różyczki, w większości przypadków brak zupełny objawów ze strony mózgu, brzuch bezbolesny, brak rozwolnienia natomiast częsta obstrukcja, jedném słowem, z wyjątkiem gorączki ciągłej i powiększonej śledziona, brakło wszelkich innych objawów właściwych tyfusowi brzuszemu. Przypadki zwykle kończyły się pomyślnie w końcu 2-go lub 3-go tygodnia, przy leczeniu chinina okazywała się bezskuteczną, że przypadki wszystkie były nie czém inném tylko tyfusami brzuszniemi, o tém przekonał autora jeden przypadek zakończony śmiercią, w którym badanie, pośmiertne wykazało typowe objawy właściwe tyfusowi brzuszemu, to jest dużą śledzionę, wrzody w kiszkiach cienkich i t. d.. Obok przypadków cięższych i długotrwałych spotykał autor cały szereg przypadków lżejszych podobnej natury kończących się pomyślnie w środku lub końcu 2-go tygodnia, we wszystkich chinina okazała się bezskuteczną.

2) Tyfusy nienormalne z dominującými objawami ze strony organów oddechowych, do téj kategorii autor zalicza przypadki, które przebiegały od początku do końca z silnemi objawami płucnemi obok bardzo niewyraźnych objawów brzusznych, u niektórych z nich opisanych szczegółowo, występowały zmiany u szczytów płucnych, kaszel trwał uparty ciągle, od czasu do czasu występowało nawet

lekkie krwioplucie, chorzy pocili się obficie. Jednym słowem, obraz w wysokim stopniu przypominał podostrawą gruźlicę płuc a nie tyfus brzuszny; wszystkie te przypadki zazwyczaj w końcu 3-go tygodnia kończyły się pomyślnie z chwilą ustania gorączki, objawy ze strony organów oddechowych ustępowały prędko. W jednym przypadku podobnej kategorii zakończonym śmiertelnie, badanie pośmiertne wykazało, obok zmian właściwych tyfusowi brzuszemu, bardzo rozległy katar najdrobniejszych oskrzeli.

We wszystkich powyższych przypadkach, płwocina była badana wielokrotnie na laseczniki gruźlicze z rezultatem ujemnym.

3) Istniał cały szereg przypadków, w których chorzy pocili się mniej lub więcej obficie, w jednym przypadku zakończonym śmiertelnie a opisanym szczegółowo, w ciągu 13-o dniowego pobytu w szpitalu, chory pocił się bardzo obficie, gorączkując przytém ciągle bardzo wysoko, badanie pośmiertne wykazało typowe zmiany właściwe tyfusowi brzuszemu. Przypadek ów, podług autora, przypomina formę tyfusu brzuszego, opisaną ostatniemi czasy przez profesora JACCOUD z Paryża pod nazwą *La forme sudorale de la fièvre typhoïde*.

Przy leczeniu, autor trzymał się głównie metody symptomatycznej, chorym stosowane były zimne obmywania, wewnątrznie podawane były li tylko obficie alkohola, (1 do 2 uncyj *Spir. vini rect. pro die*) z użycia antypyretików t. j. chininy, antipyriny i t. p., nie widział autor dobrych wyników i użycia takowych zaniechał zupełnie. Wreszcie zastanawia się nad działaniem kalomelu w tyfusie, i na podstawie swoich spostrzeżeń śródkowi temu odmawia wszelkich właściwości specyficznych a przedewszystkiem przypisywanę mu własności przerywania lub skracania przebiegu tyfusu.

Kol. OŁTUSZEWSKI chciałby zwrócić uwagę tylko na następujące puukty odczytu kol. SOKOŁOWSKIEGO: 1. Brak wysypki i brak rozwolnienia w tyfusie brzuszny nie jest wcale rzadkością owszem kol. O. miał sposobność często

tak przebiegające tyfusy spostrzegać. 2. Dlaczego gorączki poronne nie uważa kol. O. raczej za malarycznej natury gorączki?

Kol. SOKOŁOWSKI co do 1-go dowodzi to istotnie, że epidemie były takimi jak je przedstawiałem, nie chodziło mi właśnie o osobliwości ale o cechy charakterystyczne, że tak powiem, gienijuszu epidemicznego odnośnie do tyfusu w ostatnich latach. Co do 2-go trzeba by raczej się spytać jaki dowód że to malaryja.

Pozytywne dowody natury tyfusowej w mowie będących gorączek poronnych są następujące: 1. Przypadek sekcji przy tyfusie poronnym stwierdził anatomo-patologicznie tyfusową naturę cierpienia. 2. W miejscowościach gdzie materyja nie panuje, zdarzają się tyfusy poronne.

Kol. MALINOWSKI w kwestyi malaryi godzi się ze zdaniem SOKOŁOWSKIEGO na mocy własnych spostrzeżeń w pensjonatach, również spostrzegał tyfusy z potami, które ze względu na warunki etiologiczne stanowczo za tyfusy istotne poczytywać należy.

Kol. GOLDFLAM: Kol. SOKOŁOWSKI wspomniał o drżeniu języka jako ważnym objawie rozpoznawczym w wątpliwych przypadkach tyfusu brzuszego. Mojem zdaniem, objaw ten nie ma nic dla tyfusu charakterystycznego, gdyż, oprócz alkoholizmu o którym wspominał kol. S., napotyka się w bardzo wielu cierpieniach przewlekłych, ostrych, zakaźnych i zatruciach. I tak, widujemy drżenie języka przy zatruciu rtęcią, ołowiem, przy rozsianem wielo ogniskowem stwardnieniu mózgu i rdzenia, przy paraliżu postępującym, amyotroficznem stwardnieniu bocznych pęczków rdzenia, przy porażeniu opuszkowem i innych sprawach zanikowych języka, przy ogólnych nerwicach, jak hysteryi, neurastenii, a nawet u wielu ludzi w stanie normalnym, lub w affekcie. Z chorób ostrych i zakaźnych w ciężkich krupowych zapaleniach płuc, w błonicy, gorączce połogowej, ropnicy, posocznicy, ospie, płonicy, tyfusie plamistym, powrotnym i t. d., jak z drugiej strony drżenie języka nie towarzyszy wszystkim

przypadkom tyfusu brzuszego, brak go zwłaszcza w postaciach lekkich. Gdyby zachodziła potrzeba odszukania nowego objawu rozpoznawczego dla tyfusu brzuszego, to w kategorii zaburzeń nerwowych drżenie ścięgniste (*sub-sultus tendinum*) prędkiej zasługiwałoby na uwzględnienie; tak ono, jak i drżenie języka już dawno w symptomatologii tyfusu jest znane i oba występują w ciężkich stanach tyfoidalnych, wtedy kiedy rozpoznanie wątpliwości nie ulega.

Jeżeli chorzy I kategorii kol. S. byli w istocie dotknięci tyfusem brzuszynym, za czém przemawia wiele objawów i wynik jednéj sekcji, to natomiast co do II kategorii, nazwanéj przez kol. S. tyfusem płucnym, poważne budzą się wątpliwości, czy rzeczywiście były to przypadki tyfusu. Ani charakterystyczny przebieg gorączki, ani objawy kiszkowe, ani wysypka, ani wreszcie objawy ogólnotyfoidalne w tych przypadkach tyfusu nie istniały, natomiast we wszystkich silnie rozwinięte objawy ze strony płuc. W niektórych z tych przypadków wspomina autor ogólnie o powiększeniu śledziony, ale nie wzmiankowano, czy takowa się wyczuwała, bo dla mnie rozpoznanie powiększonej śledziony, wtedy tylko jest pewném, kiedy ją wyczuwam, a perkusji śledziony daleko mniejsze przypisuję znaczenie. Zachodzi więc poważna wątpliwość, czy te przypadki, które kol. S. zaliczył do tyfusu brzuszego, nie były ostrémiami, rozlaniami nieżyłami małych oskrzeli, jak najprędzej z opisu kol. S. sądzić można, lub wreszcie zapaleniem płuc nieżyłowym. Ostatnie cierpienie napotyka się nietylko u dzieci, ale także u dorosłych, nie jest jednoznaczne z ostrą gruźlicą, ani musi być chorobą bezwarunkowo śmiertelną. Opisane przez kol. S. przypadki największe przedstawiają podobieństwo z rozlanym i ostrym nieżytem małych oskrzeli, przebiegającym często z wysoką, ale nietypową gorączką, trwającą w uporczywych przypadkach do kilku tygodni. Kończą się one, jak i przypadki kol. S. zupełném wyzdrowieniem, nie przedstawiają objawów mózgowych, ani kiszkowych, apetyt nawet może być



niezły, śledziony się nie wyczuwa, objawy zaś ze strony płuc takie same, jak je kol. S. w swoich przypadkach opisuje.

Kol. S. w końcu swego odczytu mówiąc o terapii, ogłasza się zwolennikiem nieinterwencji czynnej w gorączce tyfusowej i utrzymuje, że gorączka nie jest tak dalece dla organizmu szkodliwą, że jako wyraz reakcji organizmu w walce z drobnoustrojami, będącymi przyczyną choroby, a które w wysokiej temperaturze nie rozwijają się i giną, nie powinna być zwalczaną. Nie można się zgodzić na pogląd, żeby wysoka temperatura, dochodząca do 40° i wyżej i trwająca kilka tygodni była dla organizmu obojętną, że wspomnę tylko o zmianach, jakie przy tém zachodzą w organach gruczołowych jamy brzusznej, w mięśniu sercowym, mózgu i t. d. Ze stanowiska klinicznego biorąc, twierdzenie kol. S. nie zgadza się z danymi JÜRGENSENSA, LIEBERMEISTER'a i wielu innych klinicystów, którzy wykazują, że śmiertelność, która przed wprowadzeniem metody przeciwgorączkowej, wynosiła dla tyfusu brzuszego 20°, obecnie spadła do połowy i niżej. Moje doświadczenie pokazuje, że w wielu przypadkach leczenie t. zw. wyczekujące jest wystarczające przy odpowiedniém zachowaniu przepisów higieny i zaleceniu diety, przy podawaniu wina, mleka i t. d., że przypadki, które leczyłem przeciwgorączkowo, mianowicie antipyriną, przebiegały może lżej i nie przedstawiały tak wysokiego stopnia wyćienczenia.

Zabierali jeszcze głos SOKOŁOWSKI, GOLDFLAM i GREKOWICZ.

Na tém posiedzenie ukończono.

*H. Nussbaum.*

# B I L A N S

funduszów i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z końcem 1886 r.

---

## *1. Majątek własny Towarzystwa Lekarskiego.*

### **A. Activa pewne.**

1. Dom Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr. 614L w Warszawie, wartości . . . . . rs. 99124 k. —
  2. Remanent z dochodów domu wgotowiznie . . . . . „ 7 „ 36½
  3. Fundusz rezerwowy domu:  
wgotowiznie w kassie rs. 152 k. 88½  
w papierach procentowych, a mianowicie:  
w Listach Zastawnych Ziemskich, złożonych do depozytu Dyrekcji Głównej Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego rs. 1000  
i w Listach Zastawnych Towarzystwa Kredytowego M-sta Warszawy, znajdujących się w depozycie Dyrekcji tegoż Towarzystwa rs. 850 . . „ 1850 „ — rs. 2002 k. 88½
- 
- do przeniesienia rs. 101134 k. 25

z przeniesienia rs. 101134 k. 25

4. Remanent funduszu na wydatki bieżące To- warzystwa, w goto- wiźnie w kasie . . .	rs.	60 k. 2
5. Fundusz pracowni do- świadczalnej: w gotowiznie w kas- sie . . . . .	rs.	119 k. 11
w Listach zastawnych Towarzystwa Kredy- towego M. Warszawy, złożonych do depozy- tu Dyrekcyi tegoż To- warzystwa . . . . .	rs.	1250 k. — rs. 1369 k. 11
		<hr/> rs. 102563 k. 38

**B. Passiva.**

1. Towarzystwu Kredy- towemu m. Warsz. .	rs.	25000
2. Funduszowi z legatu Dr. Jana Bącewicza, na utrzymanie grobu testatora . . . . .	rs.	150
3. Funduszowi z legatu Dr. Jana Bącewicza na wsparcie 5-u wdów po lekarzach. . . . .	rs.	7500
4. Funduszowi z legatu Dr. Feliksa Jabło- nowskiego . . . . .	rs.	3000
5. Funduszowi nagród konkursowych imienia Dr. Chałubińskiego .	rs.	1200
		<hr/> do przeniesienia rs. 36850
		rs. 102563 k. 38

	z przeniesienia rs.	36850	rs. 102563 k. 38
6.	Funduszowi z legatu Teofili Koczorowskiej na wsparcie wdów po lekarzach. . . . .	rs. 1000	
7	Kassie wsparcia Le- karskiej . . . . .	rs. 8400	rs. 46250 k. —

Summa ogólna aktywów pewnych rs. 56313 k. 38

### C. Activa niepewne.

1.	Reszta pożyczki za- ciągniętej z funduszu rezerwowego domu Towarzystwa na wy- dawnictwo dzieła Oczki p. t. „Przymiot“	rs. 652 k. 29½	
2.	Składki zaległe od Członków Towarzy- stwa . . . . .	rs. 88 k. —	rs. 740 k. 29½
		<hr/>	
		Razem rs. 57053 k. 67½	

### D. Własność ruchoma.

1)	Wartość biblioteki Towarzystwa, według po- lisy Warszawskiego To- warzystwa Ubezpieczeń od ognia . . . . .	rs. 16500	
2)	Wartość ruchomości Towarzystwa według téjże polisy . . . . .	rs. 4000	
3)	Wartość inwentarza pracowni. . . . .	rs. 1560	rs. 22060 k. —

Ogółem rs. 79113 k. 67½

*II. Fundusze pod zarządem Towarzystwa zostające.*

1. Fundusz z legatu Dr. Jana Bęc-  
wicza na utrzymanie grobu testa-  
tora na cment. Powązkowskim:  
w gotowiźnie . . . . . rs. 63 k. 3  
w zabezpieczeniu hipoteczném na  
domu Towarzystwa . . . . . rs. 150 k. —  

---

rs. 213 k. 3
2. Fundusz z legatu Dr. Jana Bęc-  
wicza na wsparcie 5 wdów po le-  
karzach:  
w ubezpieczeniu hipoteczném na  
domu Towarzystwa . . . . . rs. 7500 k. —
3. Fundusz z legatu Dr. Feliksa Ja-  
błonowskiego:  
w gotowiźnie . . . rs. 182 k. 99½  
w papierach pro-  
centowych . . . rs. 5000 k. —  
w zabezpieczeniu  
hipoteczném:  
a) na domu  
Towarzyst. rs. 3000  
b) na dobr.  
Brzeźno w  
powiecie O-  
strołęckim. rs. 4500 rs. 7500 k. —  
rs. 12682 k. 99½
4. Fundusz nagród konkursowych  
imienia Dr. Helbicha:  
w gotowiźnie . . . rs. 89 k. 23  
w papierach procen-  
towych . . . . . rs. 1700 k. —  
rs. 1789 k. 23  

---

do przeniesienia rs. 22185 k. 25½

- z przeniesienia rs. 22185 k. 25½
5. Fundusz nagród konkursowych imienia Dr. Chałubińskiego:  
 w gotowiznie . . . rs. 105 k. —  
 w zabezpieczeniu hypoteczném na domu  
 Towarzystwa . . . rs. 1200 k. —  
 rs. 1305 k. —
6. Ofiary złożone przez studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 187¾ na utworzenie funduszu konkursowego:  
 w gotowiznie . . . rs. 145 k. 98  
 w papierach procentowych . . . . . rs. 1700 k. —  
 rs. 1845 k. 98
7. Ofiary studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 187⅓ na wydanie książki treści lekarskiej:  
 w gotowiznie . . . rs. 112 k. 83½  
 w papierach procentowych . . . . . rs. 500 k. —  
 rs. 612 k. 83½
8. Fundusz z legatu Teofili Koczorowskiej na wsparcie wdów i sierot po lekarzach:  
 w ubezpieczeniu hypotecznóm na domu Towarzystwa . . . . . rs. 1000 k. —
9. Fundusze z zapisu Dr. Walentego Koczorowskiego:  
 a) wartość domu N. 12/13  
 w Piotrkowie. . . . . rs. 52000  
 długi hypoteczne . . . . . rs. 10665  
 czysta wartość domu rs. 41335 k. —  
 do przeniesienia rs. 68284 k. 07

z przeniesienia rs. 68284 k. 07

- b) Pozostałość z dochodów domu  
N.  $\frac{12}{13}$  w Piotrkowie:  
w gotowiznie . . . rs. 1 k. 07  
w zaległościach ko-  
mornego . . . . . rs. 1430 k. 51 $\frac{1}{2}$       rs. 1431 k. 58 $\frac{1}{2}$
- c) Fundusz konkursowy z zapisu Dr.  
Koczorowskiego w gotowiznie . . . rs. 2300 k. —
- d) Fundusz na wypłatę stypendjów  
z zapisu Dr. Koczorowskiego —  
w gotowiznie . . . . . rs. 1350 k. —
- e) Fundusz rezerwy na spłatę dłu-  
gów hipotecznych domu N.  $\frac{12}{13}$   
w Piotrkowie:  
w gotowiznie . . . rs. 50 k. 80  
w papierach procen-  
towych . . . . . rs. 1000 k. —      rs. 1050 k. 80
- f) Fundusz rezerwy budowlany do-  
mu N.  $\frac{12}{13}$  w Piotrkowie:  
w gotowiznie . . . rs. 20 k. 29  
w papierach procen-  
towych. . . . . rs. 400 k. —      rs. 420 k. 29
10. Fundusz z zapisu Dr. Ignacego Go-  
łębiowskiego na stypendjum dla  
studenta medycyny Uniw. Warsz.  
w gotowiznie. . . rs. 73 k. 11 $\frac{1}{2}$   
w papierach pro-  
centowych. . . . . rs. 5250 k. —      rs. 5323 k. 11 $\frac{1}{2}$
- Ogół funduszków pod zarządem Towa-  
rzystwa zostających . . . . . rs. 80159 k. 86

a mianowicie:

czysta wartość domu N. 12/13 w Piotrkowie	rs. 41335 k. —
w gotowiznie . . . . . „	4494 „ 34½
w papierach procentowych . . . . . „	15550 „ —
w kapitałach hipotecznie lokowanych . . . „	17350 „ —
w należnościach do odzyskania. . . . . „	1430 „ 51½

Razem jak wyżej rs. 80159 k. 86

### Z E B R A N I E:

I. Ogół stanu majątkowego Towarzystwa Lekarskiego . . . . . rs.	79113 k. 67½
II. Ogół funduszków pod zarządem Towarzystwa zostających . . . . . „	80159 „ 86
<u>Ogółem rs. 159273 k. 53½</u>	

Podskarbi Towarzystwa Lekarskiego D-r Braun.



# OGŁOSZENIA KONKURSOWE.

**I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia śp. D-ra Adama HELBICHA, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane.

1) „Oznaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1887 r.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne z terminem do dnia 31 Grudnia 1887 r.

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z terminem do dnia 1 Lipca 1887 roku,

4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 Grudnia 1888.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

**II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości publicznej, że na zasadzie ustawy o nagrodach konkursowych z funduszu stałego imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, Doktora medycyny i chirurgii, byłego profesora kliniki terapeutycznej i członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyznaną będzie nagroda konkursowa w kwocie 240 rs..

Do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, najmniej pięć arkuszu druku zawierające wydane w ciągu lat czterech, licząc od dnia 1 Kwietnia 1884 r. w przedmiotach odnoszących się do nauk lekarskich lub pomocniczych, z wyłączeniem rękopismów i wydawnictw pism peryjodycznych.

Dzieła nadsyłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) lub też składane być mogą na posiedzeniu Towarzystwa za pośrednictwem jednego z jego członków. Termin prekluzyjny do nadsyłania dzieł do konkursu oznacza się do dnia 1 Kwietnia 1888 roku.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały, D-r Szokalski.

# OGŁOSZENIA.

Redakcyja Pamiętnika Tow. Lekarskiego zwraca uwagę Szan. czytelników na owoc godnej hołdu wieloletniej pracy kol. Kościńskiego, na dzieło, którego zeszyt trzeci ukazał się na półkach księgarskich, a mianowicie na

# SŁOWNIK LEKARZÓW POLSKICH OBEJMUJĄCY

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografię lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej (ulożył Stanisław Kościński członek czynny i biblijotekarz warsz. tow. lek. etc. Warszawa. Nakład autora. Druk K. Kowalewskiego, 1883 Zeszyt III).

Cena pojedynczego zeszytu Rs. 1 kop. 50.

Nabyć można w Redakcyi Pamiętnika Tow. Lekarsk. w Warszawie, Chłodna 8.

---

## WOJCIECH OCZKO PRZYMIOT I CIEPLICE

opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez D-ra Edwarda Klinka, oraz rozprawą o języku dzieła przez Ad. An. Kryńskiego. Wydanie jubileuszowe.

Warszawa. Nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Druk K. Kowalewskiego, 1881 r. w 8-ce większój, k. nieliczb. 2. stron CXXXV i 554. Do dzieła przypisanego Majerowi J. dołączono podobiznę własnoręcznego listu Oczki, tudzież karty tytułowej wraz z przedmową wydania 1-go z r. 1581, oraz rysunek nagrobka.

Lat 300 minęło od chwili, gdy po raz pierwszy ujrzało światło dzienne znakomite dzieło polskie o chorobach syfilitycznych p. t. **Przymiot**, napisane przez Wojciecha Oczkę. Dziś staraniem Towarz. Lekars. Warsz. pojawił się przedruk tego dzieła, na który uwagę polskich lekarzy zwracamy.

Niewątpliwie **Przymiot** jest pomnikowem dziełem. Rozpatrując się w tej księdze, traktującej o chorobach wenerycznych, przyznać należy Oczce gruntowną znajomość przedmiotu; prawie na każdej stronie przekonywamy się, nietylko o znajomości autora wszystkich współczesnych dzieł traktujących o przymiocie, ale widzimy, że to, co opisał, sam musiał powielekroć spostrzegać i badać. Niema kwestyi w dziedzinie chorób syfilitycznych, którójby Oczko nie poruszył i szczegółowo nie rozebrał. Terapija bardzo świetnie jest opracowaną. Jakże pięknie są opracowane rozdziały o mazaniu, chinie, salsie i drzewie guajakowem; każde pytanie, jakie dziś po 300 latach postawilibyśmy Oczce, jest rozwiązane i niewiele różni się od dzisiejszych pojęć.

Przedstawienie przedmiotu jest nadzwyczaj jasne zrozumiałe i systematyczne, a w każdój kwestyi stoi na wysokości ówczesnej nauki.

On pierwszy w Polsce założył podstawę dla nauki o chorobach wenerycznych i słusnie zasłużył sobie na miano ojca syfilodologii polskiej.

Wielką zasługą Oczki jest, że stworzył dzieło jednolite, że zebrał cały obszar pewnej gałęzi medycyny w jedną całość i przedstawił stan wiedzy o chorobie wenerycznej z owój epoki u nas w Polsce.

Całe dzieło przedstawia nam umysł niepospolity, swobodnie mową ojczystą myśli swe wykładający. Dzieła Oczki są jednym z nieprzepartych dowodów wyjaśniających, jak język nasz wyrobiony wówczas znakomicie pod względem literackim, nadawał się jednocześnie i wystarczył dla potrzeb wiedzy specjalnej. Wskutek czego w pracach naszego uczonego lekarza przechowujemy nietylko wymowne świadectwo wysokiego na ów czas stanu nauki lekarskiej, ale nadto poważny zabytek pięknej polszczyzny, który i dziś, po 300 latach rozpatrzony, przedstawia się nam jako jeden z licznych szeregu świetnych i od spizu trwałszych pomników piśmiennictwa naszego z wieku XVI-go.

Prassa polska w ogóle nader przychylnie oceniła całe wydawnictwo. Pozwalamy sobie tu przytoczyć kilka ustępów z rozmaitych czasopism.

I tak prof. historyi medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim Dr. Oettinger pisze:

„Wydanie świeże *Oczki* nosi znamię jubileuszowe nie tylko z roku wyjścia we 300 lat po pierwszym ukazaniu się dzieła znakomitego ziomka, ale i ze świetnej wyprawy, w jakiej występuje, tak pod względem naukowym, jak typograficznym. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie odpowiedziało chlubnie zaszczytnemu i poważnemu swojemu powołaniu, z bogacającą piśmiennictwo lekarskie polskie dziełem pomnikowym, świadczącym wymownie o żywym ruchu i podniosłym duchu naukowym w kraju, opartym na gruntowności, żwawym postępie i szerszych poglądach.

Powinszować należy temu ciału naukowemu równie pomysłowi, jak i jego wykonania przeprowadzonego w ścisłym znaczeniu słowa „*con amore*,” bo z owym namaszczeniem, wynikającym z szczerego zamiłowania, idącego zwykle w parze z głębokim znawstwem. Do niepoślednich zasług wydania należy, iż samym swoim przykładem wskazuje namacalnie i dowodnie potrzebę i pożytek podstawy historycznej, zbawienne i płodne oddziaływanie wzajemne znajomości dziejów na dalszy rozwój nauki a świeżego postępu na wyjaśnienie zabytków przeszłości. Światło naszej krytyki wydobywa tym sposobem z dawnych spostrzeżeń nowe widoki i odkrycia, a wyniki doświadczenia dawnego obraca na pożytek nauki dzisiejszej... Staje przed zadowolonymi oczyma miły widok starego a poważnego pomnika, ale wskrzeszonego umiejętnie i oblanego potokami dziennej dzisiejszej jasności.

Umiejętna, zabiegliwa i szczodra staranność zachowująca troskliwie sumiennie najdrobniejsze znamiona przeszłości a dobitnie je wyjaśniająca przez zestawienie i porównanie ze stanowiskiem nauki dzisiejszem wywiera wrażenie arcybudujące, pod wpływem którego przystępuje się do rozpatrywania tak całości, jak pojedynczych części z uszanowaniem i z wdzięcznością.

Okazałość zewnętrznych przyborów: kształtu, druku i papieru odpowiada zupełnie wartości wewnętrznej dzieła tudzież powadze i hojności ciała naukowego, którego nakładem i staraniem wzorowe to wydanie doszło do skutku

Pojawy pomnikowe nie potuzebują obszernych poleceń, gdyż ich przymioty na pierwszy rzut w oczy wpadają; sądzą też, że wskrzeszone dzieło *Oczki* powita z radością każdy komu nie jest obojętna nauka i ojczyste piśmiennictwo“

(*Przegląd Lekarski 1881 Nr. 40 i 41*)

Gazeta Lekarska pisze:

„Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, nieszczędząc kosztów na wydanie tego dzieła pomnikowego, spełniło czyn iście obywatelski, dało możliwość wszystkim zapoznania się z plodem umysłu polskiego, z dziełem, które za ledwie w kilkunastu egzemplarzach dochowało się do naszych czasów a które, tak ze względu na swoją osnowę, jako i język na uważne odczytanie zasługuje.“

(*Gazeta Lekarska 1881 Nr. 44*)

Medycyna podaje:

„Nie szczędzono trudu ani kosztów, żeby wydanie to dzieła *Oczki* pod każdym względem było doskonałem..... silna wola i wytrwała praca wspólnie z ofiarnością Towarzystwa Lekarskiego stworzyły dzieło pięknie świadczące o tem, jak wysoko poczucie obywatelstwa jest u nas rozwinięte.

(*D-r Fritsche. Medycyna 1881 r. Nr. 50*)

W Atenie czytamy:

„Przymiot i Cieplice napisane są wyborową polszczyzną.

Znamionują ją naturalność i właściwa wiekowi XVI prostota, piękność obrazowania, jędrność i dosadność wyrażenia oraz, z wyjątkiem zwyk-

łych owym czasom konstrukcyj łacińskich czystość wzorowa. Cechuje ją nadto jakiś wdzięk ponętny a niewysłowiony.... Zbogacił Oczko język polski mnóstwem wyrazów lekarskich i oczyścił go od innych mniej właściwych. Tak więc jest Oczko nietylko pierwszorzędnym uczonym, ale i znamenitym stylistą, stojącym na równi z najcelniejszymi prozaikami epoki Zygmunto-wskiej.

Pod względem wydawniczym odznacza się dzieło okazalnością i prze-  
pchem..... Wydawnictwo dzieł Oczki jest istotnie pomnikowe a uboga w  
źródłowe opracowania i poprawne edycje pisarzy dawnych literaturanasza  
zbożoną została pięknym nabytkiem...

Obyśmy więcej mieli prac takich a umysłowość przeszłości naszej  
w jaśniejszych o wiele przedstawiała się barwach.

Dzieła Oczki czytać może i powinien nietylko lekarz, ale każdy, kto  
prawdziwie miłuje język ojczysty. Nie wątpimy więc, że znajdą one szerokie  
koło czytelników."

(*St. M. 1881 Tom IV Zeszyt I*)

Cena egzemplarza na pięknym grubym papierze rubli  
4 z przesyłką; w Austrii 5 złr.; w Cesarstwie niemieckim  
9 marek.

Pieniądze przyjmują redakcje wszystkich pism le-  
karskich polskich, w Warszawie wychodzących i wszystkie  
księgarnie. W Austrii przedpłatę przyjmuje administracja  
**Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.**

**SKŁAD GŁÓWNY** w redakcji **Pamiętnika Towarzystwa  
Lekarskiego Warszawskiego.**

Nakładem i staraniem Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego

wyszedł

# SŁOWNIK

## TERMINOLOGII LEKARSKIEJ POLSKIEJ.

Opracowany przez komisję terminologiczną Tow. lek. krak. złożoną  
z D-rów Prof. S. Janikowskiego, J. Oettingera i D-r. A. Kremera, przy  
udziale Prezesa Akademii Umiejętności Prof. D-r. J. Majera.

Duża 8-ka str. XVI i 544. Cena egzemplarza nieoprawnego 5 rs. 5  
kop.; oprawnego 6 rs. Koszta przesyłki pocztą 50 kop.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej (Marszałkowska  
119) i w Redakcji Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.

# ROCZNIK MEDYCYNY KRAJOWEJ

wydany staraniem i nakładem  
**Dr. J. Rogowicza.**

Vice-prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I zawiera **Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego** za II-ie półrocze 1885 r.

II (oprawna) **Rocznik lekarski**, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odrutki. Tabela porównania skali 3-eh ciepłomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mięszaniny zniżające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiątej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujący ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacye klimatyczne. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, kąpiele morskie i stacye klimatyczne w Cesarstwie Rosyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwnie dla lekarza praktykującego na prowincyi Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukeji dorosłego człowieka. II. Wzór obdukeji przy otruciu i III. Wzór obdukeji noworodka. Dokładne adresa lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części 1 rs. 20 kop. w miejscu, z przesłaniem pocztą 1 rs. 35 kop. Skład główny u **D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26.** Nabywać również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

## KRONIKA LEKARSKA

Pismo poświęcone przeglądowi postępów  
umiejętności lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającemi od 3 do 5 arkuszy druku pod redakcyą D-rów Hewelkego i Krajewskiego, wydawca D-r Sterpiński.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i Kronikę bieżącą.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincyi w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Biuro redakcyi Chmielna № 44. Biuro Administracyi i ekspedycyi Marszałkowska № 116.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej

Wyszły z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbacha**

Cena dzieła wynosi Rsr. 6

z przesyłką Rsr. 6 kop. 50

# CHOROBY SERCA

**D-ra OSKARA WIDMANA.**

*prymariusza szpitala powszechnego we Lwowie.*

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście, zaw. 24 ark. druku

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

# PSYCHIJATRYJA

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

**D-ra Med. Rothego**

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów, prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać takowe można u wydawcy **Gazety Lekarskiej**

**MARSZAŁKOWSKA. N 119.**

oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism  
lekarskich i we wszystkich księgarniach,

# ZDROWIE

miesięcznik poświęcony higienie publicznej  
i prywatnej.

Wychodzi w Warszawie (25 Śt-Krzyska) pod redakcją J. Polaka. Każdy numer zawiera od trzydziestu kilku do czterdziestu stron dwuszpaltowych druku, formatu wielkiej ósemki. Wmiarę potrzeby dołączają się drzeworyty i litografie.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 4, półrocznie rs. 2, na prowincyi rocznie rs. 5, półrocznie 2 rs. kop. 50.

---

**Wydawnictwo Dzieł Lekarskich nakładem Gazety Lekarskiej.**

W r. b. opuściło prasę dzieło pod tytułem:

## TERAPIJA OGÓLNA

*przez prof. Hoffmana.*

Cena dzieła wynosi Rs. 4; z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nad-  
syłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska 119.

---

## GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Wł. (Marszałkowska 115)  
Wydawca Dr. Kondratowicz St. (Marszałkowska 119).

**Cena** Gazety Lekarskiej w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą; rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.



ROK XV—1867.

## MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH

REDAGOWANE I WYDAWANE PRZEZ

D-RA G. FRITSCHEGO.

Wychodzi w każdą sobotę, treść jego stanowią:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych, praktyki prywatnej. 2) Kazuistyka lekarska. 3) Medycyna publiczna. 5) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. 7) Korespondencje z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich polskich i cudzoziemskich. 9) Wiadomości z medycyny publicznej i statystyki lekarskiej. 10) Kronika zagraniczna, krajowa, mlejskowa i wiadomości osobowe. 11) Przegląd biblijograficzny. 12) Wspomnienia pośmiertne i t. p. Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesłaniem pocztą 6 rs. rocznie; półrocznie 3 rs. Biuro redakcyi Medycyny w Warszawie Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

.....

WARSZAWSKI

DOM ZDROWIA.

8, SZPITALNA 8.

Istniejący pod nazwą powyższą zakład leczniczy, przeznaczony jest dla stałego pomieszczenia chorych dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiet spodziewających się słabości. W razie potrzeby zupełna tajemnica zapewnioną chorym zostaje.

Zakład mieści się w umyślnie w tym celu zbudowanej i urządzonej posesyi, otoczonej ogrodem. Pokoje dla każdego chorego są oddzielne. Leczeniem chorych zajmują się podpisani właściciele zakładu. Na żądanie chorych, do narad wzywani są lekarze do Zarządu nienależący.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie, dowiedzieć się można na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy. Ci ostatni udzielają też informacji listowych.

**J. Brzeziński** (Nowo-Zielna Nr. 36).

**K. Dobrski** (Królewska Nr. 10).

**J. Gutwein** (Plac Grzybowski Nr. 10).

**A. Thieme** (Marszałkowska Nr. 117).

