

Z WARSZAWSKIEJ PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ PROF.
L. J. TUMASA.

O WPŁYWIE KALOMELU NA GNICIE ŻÓŁCI,
ORAZ O PRZYCZYNIE ZABARWIENIA
t. z. „WYPRÓŻNIEŃ KALOMELOWYCH“.

PODAŁ

JÓZEF ZAWADZKI.

Aż do końca zeszłego stulecia uważano kalomel za środek wszechmocny przeciw wszystkim prawie chorobom (CASPAR 1760 r.); w ostatnich nawet czasach FINCKE zalecał go w wielu chorobach w ciekawej swój pracy, drukowanej w piśmie „Wojenno-Medicinskij Żurnał“ r. 1861. W pracy téj wylicza on cały szereg chorób, w których zalecają lub zalecano kalomel.

Pomimo jednak wielu badań przy łóżku chorego i w pracowniach, nie rozstrzygnięto do téj pory pytania, co do działania farmakologicznego tego środka.

W niewielkiej méj pracy mam zamiar dotknąć ciekawego, lecz nie wyjaśnionego dostatecznie działania kalomelu na żółć oraz przyczyny zabarwienia t. z. wypróżnień kalomelowych.

Pam. T. L. t. 85 Z. IV.

34

Oddawna już badacze zwrócili uwagę na tę kwestyję, a w ostatnich czasach poruszył ją na nowo dr. WASILJEW ¹⁾, pracując w Strassburgu u prof. HOPPE-SEYLER'a nad przeciwnościami własnościami kalomelu. Opierając się na wielu doświadczeniach, przyszedł on do bardzo ciekawych wniosków, z których wybierzemy bliżej nas obchodzące wyniki jego pracy, tyczące się żółci.

Dr. WASILJEW zauważył, że kalomel działa przeciwnośnie na żółć, która w jego obecności długo zachowuje swą barwę zieloną, podczas gdy żółć bez kalomelu gnije prędzej, wydaje nieprzyjemny odór, mętnieje i brunatnieje. Dodać jednak należy, że przeciwnośne własności kalomelu znane były i dawniej (KOEHLER ²⁾ VOIT ³⁾), a co do żółci również wiedziano, że w obecności kalomelu nie gnije, (HOPPE-SEYLER starał się nawet w ten sposób objaśnić zabarwienie wypróżnień kalomelowych). Daleko jednak dokładniej zbadał to pytanie dr. WASILJEW, pozwolę sobie zatem choć w kilku słowach streścić jego wywody, odnoszące się do przyczyny zabarwienia wypróżnień kalomelowych. Wychodząc z założenia, że kalomel jest silnym środkiem przeciwnośnym, oraz, że barwki żółciowe pod wpływem drobnych ustrojów ulegają rozkładowi, objaśnił przyczynę zielonego zabarwienia wypróżnień po użyciu kalomelu tём, że żółć, a w szczególności biliwerdyna, nie rozkładając się w kiszka, zabarwiają wypróżnienia: innemi słowy zielone zabarwienie wypróżnień kalomelowych łatwo, według niego, daje się objaśnić obecnością w kale czystej żółci.

Zdanie WASILJEWA zgadza się w zupełności z wynikami prac innych badaczy na tём polu, że wspomnę choć

¹⁾ Ježeniedielnaja kliničeskaja Gaziet a r. 1882. Nr. 12 i nast.

²⁾ KOEHLER pierwszy zauważył, że w wielu przypadkach działanie kalomelu zależy od jego przeciwnośnych własności, nie poparł jednak swoich słów odpowiedniami doświadczeniami.

³⁾ VOIT w 1857 r. zauważył, że krew i białko kurze w obecności kalomelu długo nie gniją.

o SIMON'ie ¹⁾, który już w 1841 r. znalazłszy w wypróżnieniach kalomelowych znaczną ilość biliwerdyny, objaśniał jej obecnością zabarwienie tych wypróżnień. W ogóle, chociaż liczba badań w tym kierunku nie jest obfitą, zajmowali się jednak tą kwestyją niejednokrotnie uczeni. Pominę tu zdanie, przypisujące zielone zabarwienie wypróżnień kalomelowych siarkowi rtęci ($Hg_2 S$), ponieważ ono wkrótce okazało się fałszywem. Bliżej prawdy był BUCHHEIM, który, robiąc wyciąg wyskokowy z takich wypróżnień, dowiódł, że zabarwienie ich zależy od biliwerdyny, a HOPPE-SEYLER potwierdziwszy poprzednie twierdzenie, utrzymuje zarazem, że zabarwienie wypróżnień zależy od nierozłożonej żółci.

Jak widzimy przyczyna zabarwienia wypróżnień kalomelowych, wpływ kalomelu na żółć, jak również zmiany, jakim podlega kalomel w żółci i kiszkach nie zostały jeszcze dokładnie objaśnione, z tego więc powodu szanowny profesor L. TUMAS poradził mi przedsięwziąć pracę w tym kierunku.

Dla dogodności przedstawię pracę moją w tym porządku, w jakim przeprowadzałem moje badania. Czytając pracę WASILJEWA, zwróciłem uwagę na fakt nadzwyczaj ciekawy, że, aby dowieść przeciwności własności kalomelu, używał on go w stosunkowo znacznych ilościach (po 2—3 grm. na 200 ctm. sz. żółci), nasuwało się przeto pytanie, o ile kalomel rozpuszcza się w żółci? Pierwsze zatem moje doświadczenia powinny były dać odpowiedź nie tylko na to, czy kalomel rzeczywiście działa przeciwnie na żółć, ale należało zarazem znaleźć, jaką jest rozpuszczalność w niej kalomelu, zależnie od stopnia zmieszania z nią tegoż, od odczynu żółci i innych jej własności.

I. 300 gramów żółci wołowej, o d c z y n u s ł a b o z a s a d o w e g o, barwy zielonawo-żółtej, z zapachem ledwo

¹⁾ Fr. SIMON. Handbuch der Angewandten Medicinischen Chemie, 1841 t. 2, str. 496.

dającym się uczuć, rozdzieliłem na 3 części po 100 grm.: jedną pozostawiłem dla kontroli, do drugiej dodałem 4 grm., a do trzeciej 2 grm. kalomelu. K a l o m e l z m i e s z a ł e m z ż ó ł c i ą w II-gim i III-cim płynie tylko raz jeden w pierwszym dniu doświadczenia.

Po 5 dniach przy ciepłocie 12° R. otrzymałem następujące wyniki:

Zapach: dzień I dzień II dzień III dzień IV dzień V

Płyn I niewyr. wyraźn. odór silny i zapach zgniły.

„ II bez zap. bez zap. bez zap. bez zap. zap. się zjawia.

„ III bez zapachu zapach się zjawia zap. nieprzyjem.

Barwa.

Płyn I ziel.-żół. czerwona czer.-żół. czerwono-brunatna.

„ II zielona żółknieje

„ III zielona żółknieje żółto-czerwona.

Zatém w żółci z 4 grm. kalomelu gnicie rozpoczęło się 5-go dnia, a nawet wtedy jeszcze zapach był niewyraźny, żółć z 2 grm. kalomelu zaczęła gnąć już na 3-ci dzień, a kontrolująca na 2-gi, choć pierwsze oznaki gnicia były widoczne już ku końcowi dnia 1-go.

II-gie doświadczenie robiłem w celu zbadania, jak działa kalomel, ani razu nie zmieszany z żółcią. 300 gramów żółci wołowej, świeżej, złotawo-zielonej barwy, przezroczystej, odczynu zasadowego rozdzieliłem na 3 części po 100 grm., jedną część pozostawiłem dla kontroli, do drugiej dodałem 4 grm., do trzeciej 2 grm. kalomelu. Żółć wlewałem ostrożnie na umieszczony na dnie kalomel.

Zapach: dzień I dzień II dzień III dzień IV dzień V

Płyn I niema zjawia się silniej. silny odór

„ II niema niema niema zjawia się niewyraźny

„ III niema niema dość silny silny.

Barwa.

Płyn I ziel.-żół. bez zmiany czerwienieje czerwona

„ II „ bez zmiany czerwienieje

„ III „ bez zmiany czerwien.

Błona na powierzchni i zmętnienie.

dzień I dzień II dzień III dzień IV dzień V

Płyn I zjawiają się dość powiększają się ciągle
 pod koniec znaczne
 dnia

Płyn II niema niema zjawia się mało się powiększa
 „ III niema zjawiają się powiększają się.

Żółć zatém kontrolująca poczęła gnić na 2 dzień, żółć z 4 grm. na 4 dzień, a z 3 grm. na 3 dzień.

III. Chcąc porównać działanie kalomelu zmieszanego i niezmieszanego z żółcią na początku doświadczenia zrobiliśmy następujące doświadczenie: Świeżą żółć wołową niewyraźnego zapachu, o d c z y n u s ł a b o z a s a d o w e g o podzieliliśmy na 5 części po 100 grm. I-szą część pozostawiliśmy dla kontroli, do II-giej dodaliśmy i zmieszaliśmy z nią 6 grm. kalomelu, do III-ciej dodaliśmy również 6 grm., lecz płynu nie mieszaaliśmy, do IV-tój dodaliśmy i mieszaaliśmy 4 grm. i do V-tój dodaliśmy bez zamieszania również 4 grm. Doświadczenie trwało dni 8. Zasadowość żółci codziennie stawała się wyraźniejszą.

Zapach

dzień I dz. II d. III d. IV d. V d. VI d. VII d. VIII

I bardzo silniej- bardz. sil. bar. nieprz. zgniły
 słaby szy

II „ niema zjawia się dość sil.

III „ niema silniej. b. silny b. nieprzyjem.

IV „ niema zjawia się dość sil.

V „ niema silniejszy b. silny b. nieprzyj.

Barwa

I c -ziel.-żółt. czerwien. czerwona odcień żółtawy

II „ zielona czerwienieje ciem. czerw.

III „ bez zmiany ciem.-czerw. nie zmienia się

IV „ zielona czerwienieje ciem.-czerw.

V „ bez zmiany ciemno-czerw. nie zmienia się

Błona na powierzchni i mętność:

	dzień I	dz. II	d. III	d. IV	d. V	d. VI	d. VII	d. VIII
I	niema	błonka i mętność zjawiają się i powiększają						
II	niema		bardzo nieznaczne					
III	niema	b. nieznaczne			powiększają się			
IV	niema			b. nieznaczne				
V	niema	b. nieznaczne			powiększają się.			

Z powyższej tablicy widzimy, że gnicie żółci, którą zmieszaliśmy z kalomelem, zaczęło się piątego dnia, téj zaś, z którą kalomel był nie rozmieszany na 3-ci, żółci bez kalomelu na drugi dzień.

IV. Pozostawało nam jeszcze dowiedzieć się, jak się zachowuje gnicie żółci przy ciągłym mieszaniu z nią kalomelu; w tym celu, zrobiłem następujące doświadczenie: żółć wołową, zielonawej barwy, o d c z y n u z a s a d o w e g o podzieliłem na 4 części po 100 grm. I część mieszałem codziennie z 6 grm. kalomelu, drugą z 1,5 grm., trzecią zmieszałem raz tylko w pierwszym dniu doświadczenia z 1,5 grm. kalomelu, a czwartą pozostawiłem dla kontroli bez kalomelu. Doświadczenie trwało 5 dni: przez cały ten czas odczyn żółci był zasadowy.

Zapach

	dzień I	dzień II	dzień III	dzień IV	dzień V
1			niema	b. słaby	
2			niema	b. słaby	
3	niema		b. słaby		silniejszy
4	niema	słaby	silniejszy	b. słaby	

Barwa

1	z i e l o n a				
2	z i e l o n a				
3	z i e l o n a				żółt.-czer.
4	zielona	żółknieje	żółto-czerwona		

Błonka	1	n i e m a			
	2	n i e m a			
	3	n i e m a			zjawia się
	4	niema	powiększa się z każdym dniem		

Gnicie żółci, mieszanej codziennie z kalomelem, jak widać z powyższej tablicy, sądząc z zapachu, rozpoczyna się 5-go dnia, zmieszanej raz tylko na 3—4 dzień, a żółci bez kalomelu na 2-gi.

Sumując wyniki, otrzymane z powyższych czterech doświadczeń, widzimy, że kalomel, rzeczywiście, opóźnia gnicie żółci, lecz tylko o kilka dni, poczem żółć zaczyna gnić o wiele jednak słabiej, niż bez kalomelu.

W tém właśnie leży niewielka różnica między wynikami moich doświadczeń i wynikami pracy dr. WASILJEWA ¹⁾, w którego doświadczeniach żółć przy niewielkiej stosunkowo ilości kalomelu nie gniła w przeciągu dni pięciu. Prócz tego zwracam uwagę na spostrzeżenie, że mieszanie żółci z kalomelem dłużej zabezpiecza ją od gnicia.

Wszystkie powyższe doświadczenia dotyczą żółci świeżej, przynajmniej nie zgniłej, zobaczmy teraz jak działa kalomel na żółć już zgniłą, innemi słowy, czy jest on w stanie powstrzymać gnicie i w jakim stopniu, czyli zbadawszy poprzednio jego własności aseptyczne, teraz zbadamy antyseptyczne.

V. Gnijącą żółć (płyn I-szy dośw. I) po 5 dniach gnicia przy ciepłocie 12° R., kiedy zaczęła ona wydawać silny odór, zmieniła barwę i pokryła się dość grubą warstwą drobnych ustrojów podzieliłem na 3 części po 30 grm. I pozostawiłem dla kontroli, do drugiej dodałem i zmieszałem 1,8 grm. kalomelu, do trzeciej 1,2 grm. Podczas gdy gnicie w I-jej żółci stawało się coraz wyraźniejsze, gdy barwa zmieniała się co dzień aż do blado-żółtej, a mętność występowała coraz wyraźniej, II-ga i III-cia chociaż nie zupełnie straciły swój odór, zmieniały się bardzo mało,

¹⁾ Różnica ta jednak łatwo objaśnić się daje tém, że, być może, dr. WASILJEW części jej mieszał żółć z kalomelem, co jak widzieliśmy gra wielką rolę, lub też żółć jego była bardziej zasadową niż moja, co też, jak zobaczymy ma ważne znaczenie.

odór już na drugi dzień stał się mniej wyraźnym, a barwa została bez zmiany.

Z powyższego doświadczenia wynika, że kalomel w nieznacznym tylko stopniu może powstrzymać (ale nie zniszczyć) rozpoczęte już gnicie.

Zobaczmy teraz jak działa kalomel na gnijącą żółć przy ciągłym mieszaniu i ciepłocie 38° C. Takie doświadczenie zbliża nas do tego, co się odbywa w kiskach.

VI. Dla doświadczenia użyliśmy żółci wołowej, o d c z y n u z a s a d o w e g o, śluzowatej, barwy zielono-żółtej, dającej odczyn GMELIN'a na barwiki i TROMMER'a na kwasy żółciowe. Do 200 grm. tej żółci dodałem 10 kropel gnijącej nalewki mięsnej i następnie żółć dobrze zmieszałem. Żółć zaczęła wydzielać nieprzyjemny zapach. Wtedy, podzieliwszy ją na 2 połowy po 100 grm., jedną pozostawiłem dla kontroli, do drugiej zaś dodałem 3 grm. kalomelu. Mieszając co 10 minut obie części wstawiłem je do szafki ogrzewającej o stałej c. 38° C. na 3 godziny. Już po godzinie różnica była znaczną: podczas gdy żółć bez kalomelu wydzielała coraz nieprzyjemniejszy zapach, a barwa jej wyraźnie ciemniała, żółć z kalomelem zupełnie straciła swój zapach. Lepiej jeszcze ocenić można było różnicę po 2 godzinach, po skończonem zaś doświadczeniu była ona bardzo znaczną.

VII. Doświadczenie niczem nie różniło się od poprzedniego; barwa tylko żółci była zielonkawa, a zamiast 3 grm. dodałem tylko 1,5 gr. kalomelu. Po czterogodzinnem doświadczeniu wynik był jeszcze wyraźniejszy niż w poprzednim przypadku. Żółć bez kalomelu zgniła zupełnie: wydawała silny odór, zmieniła barwę na żółto-brunatną itp., żółć zaś z kalomelem przez cały czas pozostała bez zmiany. Obie części pozostawiłem następnie przy zwyczajnej ciepł. jeszcze na 4 godziny: gnicie żółci kontrolującej (bez kalomelu) było jeszcze wyraźniejsze, w żółci zaś z kalomelem żadnych zmian nie było.

Ze wszystkich wyżej przytoczonych doświadczeń wynika, że kalomel nie tylko zabezpiecza żółć od gnicia, ale działa przeciwnie nawet na żółć gnijącą, opóźniając jej gnicie. Ilość jego w danym przypadku nie gra wielkiej roli. Jeszcze wyraźniej wystąpiły przeciwnie własności kalomelu przy ciepłocie ciała (dośw. VI i VII).

Przekonawszy się, że kalomel działa na żółć przeciwnie (aseptycznie i antyseptycznie) przechodzę do pytania, dla czego chlorek rtęci działa przeciwnie? A priori postawić można wiele przypuszczeń i hipotez. Być może, kalomel, nie rozpuszczając się w żółci, a zmieszany z nią, tylko mechanicznie przeszkadza rozwojowi ustrojów, wywołujących gnicie; również sprawiedliwem było by przypuszczenie, że kalomel rozpuszcza się w żółci, lecz przechodzi w sublimat i działa, jako ten ostatni (Vort, Finkle), być może, że działa jako, rozpuszczony w żółci kalomel, jak również, że tworzy białkany (albuminaty), przeszkadzające gniciu; wreszcie że może tworzy inny jakiś związek. O ile prawdziwymi są powyżej przytoczone hipotezy rozpatrzę później, obecnie zajmę się pytaniem, czy w ogóle rtęć znajduje się w żółci w stanie rozpuszczonym.

VIII. 100 cm. sześć. słabo zasadowej żółci zmieszałem z 2 grm. kalomelu, mieszaninę przesaczyłem przez podwójny sączek dwa razy. W płynie przesączonym za pomocą sposobu dr. Wica znalazłem r t ę ć.

Ponieważ tego sposobu określania rtęci używałem we wszystkich swoich rozbiórach, pozwolę sobie zatem opisać go, dla uniknienia powtarzań, w sposób, w jaki zastosowałem go do żółci, kierując się opisem w ciekawej pracy dr. Suchow'a („Wojenno Medicinskij Żurnal“, Czerwiec 1886r.) Żółć, w której był kalomel, zlewamy, przesączamy 2 razy przez podwójny sączek, (aby w płynie przesączonym nie zostało najmniejszej cząsteczki kalomelu, mogącej przy nadzwyczajnej czułości tego sposobu dać nieprawdziwe wyniki), następnie mieszamy ją z nasyconym wodnym roztworem nadmanganianu potasu lub nie wielką ilością jego

kryształków. Dolewanie powtarzamy do téj pory, póki nie otrzymamy długo pozostającego czerwonego odcienia. Następnie dolewamy 5—6 kropel kwasu solnego (c. g: 1,124) i, mieszając płyn, ogrzewamy go do wrzenia. Jeżeli użyliśmy i KMnO_4 i HCl w ilościach wystarczających do zniszczenia wszystkich związków organicznych, nad osadem dwutlenku manganu (MnO_2) otrzymamy płyn bezbarwny i przezroczysty, jeżeli zaś płyn pomimo powtórnego gotowania, pozostaje brunatnym, nieprzezroczystym dodajemy trochę HCl , jeżeli zaś żółtym i przezroczystym to dodajemy roztworu KMnO_4 do téj pory, póki płyn nawet po ostudzeniu nie będzie zupełnie bezbarwnym i przezroczystym. Należy zwrócić uwagę, że czasem płyn zupełnie przezroczysty przy oziębieniu staje się nieprzezroczystym od osadzającego się z roztworu kwasu chloralowego. W takim razie należy dodać znowu nadmanganianu potasu i powtórzyć powyższy rękoczyn. Przesączywszy powyższy płyn przez sączek i ogrzewszy go w razie potrzeby do 60°R . wlewamy go do przyrządu dr. WICA. Przyrząd ten składa się z lejka i przytwierdzonej do dolnego jego końca za pomocą rurki kauczukowej rurki szklanej, wyciągniętej w stożek z otworem (1 mm. średn.). Do rurki téj wkładamy spiralnie skręcony na końcugrubości igły do cerowania drucik miedziany średnicy $\frac{1}{2}$ —1 mm. tak, aby jego koniec dolny (prosty) wystawał trochę z dolnego (1 mm. średnicy) otworu rurki szklanej. Przez ten przyrząd przesączamy płyn; jeżeli zawiera on rtęć w roztworze, drucik miedziany pokrywa się amalgamatem miedzi i stosownie do ilości rtęci przybiera barwę szarą lub srebrzystą. Tego jednak jeszcze za mało, aby dowieść obecności rtęci. Wyjąwszy drucik z rurki, suszymy go (nie obcierając!) między bibułą i umieszczamy w rurce 4 mm. długości i 2,5 mm. średnicy, w rurkę tę, mającą otwór tylko na jednym końcu, w pewnym oddaleniu od drucika kładziemy kryształek jodu. Ogrzewając następnie najprzód tę część rurki, gdzie się drucik znajduje, następnie tę, gdzie położyliśmy

jod ¹⁾, w przestrzeni między drucikiem i jodem na ściankach rurki otrzymamy obrączkę czerwoną dwujodku rtęci (Hg I_2) lub też plamę téjże barwy na przeciwległej ściance. Przy ogrzewaniu obrączka przesuwa się, przy oziębianiu zmienia barwę na żółtą i rozpuszcza się w roztworze wodnym jodku potasu. Sposób ten jest tak czuły, że przy objętości plynu, wynoszącej $\frac{1}{2}$ litra w roztworze 1 część sublimatu na 30 milionów części wody daje jeszcze wyraźne wyniki. Wybrałem ten sposób dla tego, że kłopotliwsze i mniej czułe sposoby FRESSENIUS'a i SCHNEIDER'a dawały mi o wiele wątpliwsze wyniki.

Wróćmy jednak do doświadczeń. Z VIII doświadczenia wynika, że żółć może natychmiast rozpuścić pewną ilość kalomelu *per se* lub w postaci innego związku rtęciowego, daleko większą ilość kalomelu rozpuszcza żółć przy dłuższem staniu i dla tego to żółć w jego obecności nie gnije.

Za pomocą powyżej opisanego sposobu dr. WICA znalazłem rtęć w żółci ²⁾ Nr. 2 i 3 I doświadczenia i Nr. 2 i 3 II dośw.; przy użyciu większej ilości kalomelu w roztworze było więcej rtęci, nieproporcjonalnie jednak do użytój ilości, a daleko mniej (sądząc z szerokości obrączki jodku potasu w rurce).

W III dośw. znalazłem rtęć w żółci Nr. 2, 3, 4 i 5: w żółci zmieszanej z kalomelem więcej niż w niez mieszanej, toż samo da się powiedzieć o żółci z dośw. IV i V. Nie ulega zatem wątpliwości, że rtęć znajduje się w roz-

¹⁾ Ogrzewać trzeba na lampce spirytusowej tylko parę sekund (maximum $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minuty).

²⁾ Kontrolującą żółć bez kalomelu zawsze poddawałem rozbirowi podług sposobu WICA, nigdy jednak nie odkryłem w niej ani śladu rtęci.

tworze (w zółci), przy użyciu większej ilości kalomelu rozpuszcza się jój więcej, przy mieszaniu również więcej; przyczynę zrozumieć nie trudno: w pierwszym przypadku powierzchnia znajdującego się na dnie naczynia kalomelu jest większą, w drugim kalomel styka się z zółcią każdą swą cząstką.

Jeżeli powyższe twierdzenie ma rację bytu, to mieszając z zółcią 1,5 grm. lub 6 grm. kalomelu powinniśmy otrzymać jednakową ilość rozpuszczonej rtęci (przyjmując, że zółć jest w stanie rozpuścić tylko pewną określoną ilość kalomelu); rzeczywiście poddając rozbiorowi zółć z IV doświadczenia mogłem się przekonać, że ilość rtęci rozpuszczonej w zółci Nr. 1 i 2 była zawsze jednakowa.

Żałować należy, że nie posiadamy sposobów ilościowego oznaczania rtęci w tak małych ilościach jak w danym przypadku. Ani sposób SCHNEIDER'a, ani starania zastosować do rozbioru ilościowego sposobu WICA nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem, z tego więc powodu zmuszony byłem zadawałniać się tylko sposobem porównawczym t. j. sądzić o ilości rtęci w 2 płynach według szerokości obrączki jodku potasu, otrzymywanej w rurce — według sposobu WICA (naturalnie przy zachowaniu wszystkich jednakowych warunków).

Widzimy tedy, że kalomel w téj lub innéj postaci rozpuszcza się w zółci, że rtęć znaleźć można w roztworze zapomocą sposobu WICA, pozostaje jednak nierozwiązaniem pytanie, jaki związek znajduje się w roztworze: czy kalomel rozpuszcza się in substantia, czy przechodzi w sublimat, czy tworzy białkany lub téż przechodzi w inne związki rtęciowe? Chcąc za pomocą odpowiednich doświadczeń rozwiązać to pytanie, nie mogłem wprost spalić związków organicznych i badać popiół, gdyż miałem do czynienia z rtęcią i bardzo lotnymi i rozkładalnymi jój solami. Byłem zatem zmuszony uciec się do wykluczania części składowych zółci. Najsamprzód musiałem porzucić przypu-

szczenie, że kalomel działa na żółć przeciwnie w postaci białkanu, na zasadzie następujących doświadczeń.

IX. Wziąłem starannie przesączoną żółć, w której był kalomel, (z VI dośw.) i pomieściłem ją w dializatorze: zewnętrznym płynem była woda przekroplona, a przegradą — papier pargaminowy. W płynie zewnętrznym po 24 godzinach znalazłem barwki i kwasy żółciowe oraz mineralne części składowe żółci, w wewnętrznym: białko (śluz), oraz kwasy i barwki żółciowe. Oba płyny zbadałem za pomocą sposobów WICA i w obu znalazłem rtęć, w zewnętrznym płynie było jej stosunkowo dużo, w wewnętrznym ledwo ślady, które nie trudno objaśnić zawartością w niej innych części składowych żółci (brócz białka). Powtarzając doświadczenia tego rodzaju parę razy, zawsze otrzymywałem jednokowe wyniki.

Na korzyść tego, że nie białkany rtęci grają rolę w przeciwnym działaniu na żółć kalomelu, mówi następujące doświadczenie z moczem królika.

X. Mocz królika odczynu zasadowego c. g. 1010, bez białka, podzieliłem na 2 równe części po 100 cm. sz. Do pierwszej dodałem 2 grm. kalomelu, mieszając go codziennie, drugą — zostawiłem dla kontroli. Mocz z kalomelem nie gnił przez 5 dni, podczas gdy mocz bez kalomelu tylko 2 dni. W odsączonej od kalomelu I-szej części moczu, za pomocą sposobu dr. WICA, znalazłem rtęć w dość znacznej ilości. Ponieważ mocz nie zawierał białka, o białkanach więc nie może być mowy. W innym zasadowym moczu (królika) z białkiem, w takich samych warunkach rtęć również znaleziono.

Z ostatnich doświadczeń wynika, że kalomel nie tworzy w żółci białkanów, a gdyby i tworzył, to w takiej ilości, że nie można im przypisać przeciwnych jego własności. Prócz tego z IX dośw. wynika, że kalomel może łączyć się z barwnikami, kwasami żółciowymi lub też

działać swym roztworem, albo w końcu przechodzić w inny związek rtęciowy.

Ponieważ żółć, którą używałem do doświadczeń, posiadała, jak to zwykle bywa, słaby odczyn zasadowy, zrodziło się przeto nie pozbawione pewnej słuszności przypuszczenie, czy nie przechodzi w niej kalomel w tlenek rtęci, témbardziej, że poniżej przytoczone doświadczenia porównawcze z rozpuszczalnością kalomelu i tlenku rtęci mówią na korzyść większej rozpuszczalności tego ostatniego, o czém przekonałem się za pomocą sposobu dr. WICA.

W literaturze co do rozpuszczalności kalomelu w wodzie znalazłem tylko same sprzeczności, jedni utrzymują, że 1 cz. rozpuszcza się w 8000 cz., inni, że w 12,000, inni, nakoniec, zupełnie zaprzeczają jego rozpuszczalności; przede wszystkim więc musiałem sam określić rozpuszczalność kalomelu i tlenku rtęci.

4 grm. kalomelu zmieszałem z 100 cm. wody przekroplonej i pozostawiłem w ciepłocie 12° R. przez 6 dni. Po staranném przesączeniu (odfiltrowaniu) znalazłem w nim za pomocą sposobu dr. WICA tylko ślady rtęci (jak wiadomo, sposób ten jest w stanie odkryć rtęć w roztworze 1:30,000,000). 1 grm. kalomelu przez 3 dni mieszałem z 100 cm. sz. wody przekroplonej, następnie płyn przesączyłem i dodałem doń roztworu (Ag NO_3) azotanu srebra. Gdyby kalomel znajdował się w roztworze, powinienbym był otrzymać płyn wyraźnie mętny, gdy tymczasem otrzymałem tak nieznaczne zmętnienie, że, łącząc oba te doświadczenia, mogę utrzymywać, że przy c. 12° R. kalomel rozpuszcza się w wodzie przekroplonej w minimalnych ilościach, które nie tylko nie są w stanie wstrzymać fermentacji wyskokowej, jak się przekonamy następnie, lecz przeciwnie przyspieszają ją.

Do 100 grm. 0,0001% roztworu wodnego wodoru potasu (KOH) dodałem 4 grm. kalomelu. Po 6 dniach płyn przesączyłem i za pomocą sposobu dr. WICA otrzymałem

dość znaczną ilość rtęci na druciku i dość szeroką obrączkę dwujodku rtęci w rurce ¹⁾).

Powtarzając te doświadczenia i zmieniając zasadę, t. j. używając zamiast wodoru potasu, wodoru sodu lub węglanu sodu zawsze otrzymywałem podobne wyniki.

Do 100 grm. wody przekroplonej dodałem 1 grm. tlenku rtęci (Hg_2O). Po 6 dniach w starannie przesączonym płynie za pomocą sposobu WICA znalazłem dość znaczną ilość rtęci. Takie same wyniki otrzymałem, nastawiając tlenek rtęci z płynem zasadowym. Ilość rozpuszczonego w wodzie tlenku rtęci, jak zobaczymy, jest dostateczną dla wstrzymania fermentacji wyskokowej.

Z przytoczonych powyżej doświadczeń i danych wynika, że kalomel nadzwyczaj mało rozpuszcza się w wodzie, podczas gdy w płynie zasadowym, rozkładając się na tlenek rtęci, rozpuszcza się w ilości dostatecznej dla przeszkodzenia gniciu. Na zasadzie tego trzeba by wprost zwrócić się do rozbioru chemicznego, t. j. znaleźć tlenek rtęci w żółci, innemi słowy rozwiązać pytanie, czy kalomel nie przechodzi w żółci w tlenek rtęci. Określić jednak tlenek rtęci w żółci, jako tlenek, jest rzeczą nadzwyczaj trudną i prawie niepodobną w obec wielkiej ilości barwników i wskutek niemożności wyparowywania i badania pozostałości dla przyczyn wyżej wymienionych. Zmuszony przeto byłem uciec się do innej metody badania o wiele prostszej, nie mniej jednak przekonywującej: zacząłem mianowicie badać wpływ kalomelu na barwniki żółciowe: bilirubinę i biliwerdynę. Badanie to, jak zobaczymy, dało mi wiele ciekawych faktów, wskazujących przyczynę zabarwienia wypróżnień kalomelowych.

¹⁾ Obojętne a szczególnież zasadowe płyny przed badaniem ich według sposobu dr. WICA należy zakwasić kwasem solnym, gdyż sposób ten nie nadaje się do płynów obojętnych i zasadowych.

XI. Czystą bilirubinę, przygotowaną z kamieni żółciowych, rozpuściłem w słabym wodnym roztworze wodoru potasu; barwa roztworu czerwono-żółta. Roztwór podzieliłem na 3 części po 100 ctm sz. Do jednej dodałem trochę kalomelu, do drugiej tlenku rtęci, trzecią zostawiłem dla kontroli. Po silném skłóceniu 1 i 2 płyn natychmiast zmienił swą barwę na zieloną, podczas gdy roztwór kontrolujący bilirubiny nie zmienił zupełnie swęj barwy. Zielone zabarwienie pierwszych dwóch płynów zależy od biliwerdyny, czego łatwo dowieść za pomocą odczynu GMELIN'a.

Część zasadowego roztworu bilirubiny zobojętniłem słabym roztworem kwasu octowego i podzieliłem ją na 3 części. Do I-szej dodałem tlenku rtęci, do drugiej kalomelu, trzecią zostawiłem dla kontroli. Po skłóceniu trzech tych płynów, pierwszy natychmiast otrzymał zielone zabarwienie, drugi — w dniu następnym w nadzwyczaj słabym stopniu, a płyn stał się równocześnie zasadowym; w płynie zaś 3-cim cały barwnik osiadł na dnie w postaci bilirubiny, (czego dowiódł mi rozbiór osadu). Wszystkie powyżej wymienione płyny w przeciągu 1½ tygodnia nie zmieniały swęj barwy, płyny z tlenkiem rtęci i kalomelem dawały ciągłe odczyn GMELIN'a na biliwerdynę, płyny kontrolujące na bilirubinę.

Doświadczenie to powtarzałem parę razy i zawsze otrzymywałem jednakowe wyniki.

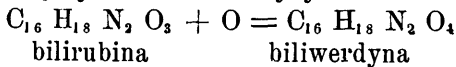
Badając pod lupą osad tlenku rtęci w zasadowych i obojętnych roztworach bilirubiny zauważyłem pośród niezmiennych czarnych cząsteczek tlenku rtęci, żółte ziarenka tlenku rtęci (jak się okazało z ich rozbioru) oraz kropelki rtęci metalicznej. Toż samo zauważyłem w osadzie z zasadowego roztworu bilirubiny (do którego poprzednio dodałem kalomelu), ponieważ kalomel pod wpływem zasady wytworzył tlenek rtęci ¹⁾.

¹⁾ Robiłem również doświadczenia w tym kierunku z sublimatem i tlenkiem rtęci. Rzeczywiście pod wpływem pierwszego bilirubina

Od czego to zależy?

Formuła bilirubiny różni się od formuły biliwerdyny o jeden atom tlenu, czyli biliwerdyna jest jakby tlenkiem bilirubiny.

Pod wpływem wielu działaczy utleniających przejście powyższe otrzymujemy dość łatwo. Zasadowe roztwory bilirubiny na powietrzu, pochłaniając z niego tlen, łatwo i szybko przechodzą w biliwerdynę, jest to nawet jeden ze sposobów otrzymywania biliwerdyny:

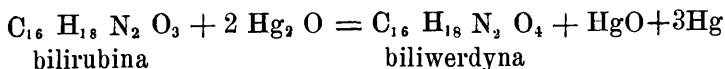


MALY, badając przejście bilirubiny w biliwerdynę w zamkniętych rurkach, przy otwieraniu znalazł w nich zmniejszone ciśnienie, wskutek wchłonięcia tlenu z zawartego w nich powietrza przez bilirubinę i utworzenia z niej biliwerdyny. Inne utleniacze również z bilirubiny tworzą biliwerdynę np. kwas azotny (HNO_3), chociaż ten ostatni jest niedogodny z tego powodu, że trudno jest miarkować jego działanie; lepiej już działa w tym kierunku dwutlenek ołowiu (PbO_2) (MALY Sitzungsber. der Wiener. Acad. t. LVII. 1868).

Rodzi się więc teraz pytanie. dla czego w moich doświadczeniach z bilirubiny tworzy się biliwerdyna? Na zasadzie powyższych spostrzeżeń trzeba przypuścić, że tlenek rtęci również jak i kalomel w zasadowych roztworach działają jako utleniacze. Rzeczywiście łatwo się o tym przekonać, badając osady w płynach z poprzedniego doświadczenia. Osady te, prócz naturalnie resztek użytych przetworów (Hg_2O i Hg_2Cl_2), składają się jeszcze z tleniku rtęci i kropelek rtęci metalicznej, widzialnych gołym okiem lub lepiej jeszcze pod drobnowidzem.

Reakcja zatem odbywa się w ten sposób:

dość prędko tworzy biliwerdynę (wolniej jednak niż pod wpływem kalomelu i tlenku rtęci), pod wpływem zaś drugiego o wiele wolniej i słabiej.



innymi słowy tlenek rtęci rozpada się na tlen, tlenik rtęci i rtęć metaliczną.



Tlen *in statu nascendi* utlenia bilirubinę, tworząc z niej natychmiast biliwerdynę.

Co się zastryczy zasadowych roztworów bilirubiny z kalomelem, to ten ostatni, przechodząc w tlenek rtęci, działa również według wyżej przytoczonej formuły.

Dane te, naturalnie wypadło zastosować do zółci a mianowicie zbadać, jak w niej odbywa się utlenienie bilirubiny na biliwerdynę pod wpływem kalomelu i tlenu rtęci.

XII. Świeżą żółć wołową odczynu obojętnego, żółto-brunatną, podzieliłem na 2 części po 200 ctm. sz.; jedną część zrobiłem zasadową przez dodanie paru kropel słabego roztworu wodanu potasu, drugą pozostawiłem bez zmiany. Obie części podzieliłem znowu na połowę po 100 ctm. sz. Do jednej dodałem kalomelu, drugą zostawiłem dla kontroli; w ogóle zatem otrzymałem 4 płyny:

- 1) zasadowy z 1,5 grm. kalomelu,
- 2) „ bez „
- 3) obojętny z 1,5 grm. kalomelu,
- 4) „ bez „

1 i 3 płyn mieszałem codziennie przez dni 8.

Następnego dnia płyn 3-ci (obojętny z kalomelem) stał się słabozasadowym, a zarazem otrzymał barwę zieloną, która nie zmieniała się przez dni 8. Takież samo zabarwienie przybrał płyn Nr. 1 i również w ciągu dni 8 nie ulegał zmianie; płyny zaś 2 i 4 zmieniały swe zabarwienie w ciągu tego czasu w następujący sposób: płyn 2 pod wpływem wodanu potasu następnego dnia po doświadczeniu stał się słabo zielonym, wkrótce jednak zabarwienie to

znikło i ustąpiło miejsca żółto-brunatnemu, a nakoniec zupełnie brunatnemu, także samo zabarwienie już w 2-gim dniu doświadczenia przyjął płyn 4. Odczyn G_{MELIN}'a w płynach 1 i 2 wskazywał biliwerdynę. Przy badaniu osadu kalomelu, w płynie zasadowym znalazłem rtęć metaliczną w postaci kulek, tlenniku zaś rtęci nie mogłem znaleźć z przyczyn wyżej wymienionych, jedno już jednak znalezienie rtęci wobec nieobecności sublimatu ¹⁾ wskazuje w jakim kierunku powinna iść reakcja.

Następne doświadczenie robiłem z żółcią zgniłą, w której prócz biliwerdyny i bilirubiny znajduje się jak wiadomo i hydrobilirubina (urobilina).

XIII. Gnijącą żółć z silnym zapachem, o d c z y n u o b o j ę t n e g o, podzieliłem na 3 części po 100 ctm. sz. Do 1-szej dodałem 0,5 grm. kalomelu, do drugiej 0,5 grm. tlenku rtęci, trzecią zostawiłem dla kontroli. Po kilku minutach płyn 2-gi zaczął zielenieć, a po godzinie przybrał piękną barwę zieloną. Po kilku dniach część płynu przesączono i pozostawiono na powietrzu przez dni 8: ani przesączony (t. j. oddzielony od tlenku rtęci) ani nieprzesączony płyny nie zmieniły swój barwy. Płyn I-szy (z kalemlem), pomimo częstego mieszania, nawet po 2 dniach nie zmienił swój barwy pierwotnej, skoro jednak dodałem doń jedną kroplę roztworu wodanu potasu, już po 5 minutach otrzymał barwę zieloną, nie zmieniającą się przez czas długi.

Takież same wyniki otrzymałem z żółcią ludzką i psią.

Z tego i poprzedniego doświadczenia łatwo się przekonać, że pod wpływem tlenku rtęci żółć szybko zielenieje, a w osadzie na dnie naczynia zjawiają się kropelki rtęci metalicznej; w żółci jednak gnijącej o b o j ę t n ę j po

¹⁾ Można by przypuścić, że rtęć metaliczna utworzyła się wskutek przejścia kalomelu w sublimat z wydzieleniem cząsteczki rtęci.

dwóch dniach nawet nie udawało mi się znaleźć rtęci metalicznej, dość jednak było dodać kroplę roztworu wodań potasu (t. j. zrobić żółć zasadową), aby rtęć metaliczna wyraźnie wystąpiła a żółć przybrała barwę zieloną.

Następne doświadczenia przekonały mnie ostatecznie, że kalomel w żółci i zawartości kiszek przechodzi w tlenek rtęci, a ten ostatni odtlenia się pod wpływem bilirubiny.

XIV. Do 20 ctm. sz. żółtej, zasadowej, półpłynnej zawartości kiszek cienkich psa dodałem 0,5 grm. kalomelu i zmieszałem w szafie ogrzew. przy c. 38° C.; po 10 minutach na dnie zjawily się drobne kropelki rtęci metalicznej, łatwo dostrzegalne gołym okiem, a lepiej daleko jeszcze pod lupą. Prócz tego obok nierozłożonego kalomelu widoczne były szare ziarnka tlenku rtęci, a mieszanina równocześnie zabarwiła się na zielono.

XV. O godzinie 9-tėj rano dałem psu 0,4 grm. kalomelu w mięsie, o godzinie 2-giej po południu zabiłem go. Zieloną ¹⁾, silnie zasadową zawartość kiszek wlałem do szklanki: na dnie natychmiast można było dostrzedz kropelki czystej rtęci metalicznej, a badając uważnie błonę śluzową kiszek cienkich, zacząwszy od dwunastnicy, mogłem zauważyć znaczną ilość rozsianych. na powierzchni błony śluzowej drobnych kuleczek rtęci metalicznej ²⁾. Przed zbieraniem zawartości przewiązałem odźwiernik i kiskę cienką powyżej kiszki ślepej.

Prócz tego kilka razy wprowadzając rozmaitym psem kalomel do żołądka lub dwunastnicy i pozostawiając zwie-

¹⁾ Zielone zabarwienie zależy od biliwerdyny, po wytrawieniu bowiem zawartości kiszek wyskokiem, wyskok zabarwił się na zielono. a pozostałość miała barwę brunatną (toż samo zauważył BUCHHEIM).

²⁾ Zawartość kiszek wylewać należy z pewną ostrożnością, nie należy mianowicie trzymać kiszki zbyt prostopadle, aby siłą ciężkości korpele rtęci nie wypłynęły wraz z zawartością.

rzęta przy życiu 2 godziny lub więcej, znajdowałem w zielonych, mniej lub więcej zasadowych wypróżnieniach *respectively* zawartości kiszek tlenkowe związki rtęci i nie wielkie ilości biliwerdyny. Związków tlennikowych skostatować mi się nie udało, prawdopodobnie bowiem tlennik rtęci, utworzony przez działanie na tlenek rtęci bilirubiny, odtlenił się następnie aż do rtęci metalicznej (patrz niżej).

Z tych danych i doświadczeń powyżej przytoczonych widać potwierdzenie fizjologiczne tych reakcyj, jakie otrzymywaliśmy w epruwetkach: i w kiszkaach i w epruwetce kalomel przechodzi w tlenek rtęci, ten zaś ostatni odtlenia się, tlen zużywa się na utlenienie bilirubiny, a być może i hydrobilirubiny na biliwerdynę, rtęć zaś metaliczną łatwo znaleźć przy badaniu.

Zwrócić jednak należy uwagę, że reakcja ta w epruwetce i w kiszkaach ma miejsce tylko przy odczynnie zasadowym. Jeżeli odczyn z téj lub innéj przyczyny będzie obojętny lub kwaśny, przemian takich nie zauważymy, a w kiszkaach znajdziemy tylko kalomel *per se*.

Niejednokrotnie u psów, które otrzymywały kalomel w wyżéj wymienionych dawkach, po kilku godzinach, przy sekcyi nie udawało mi się znaleźć rtęci metalicznej i zawsze łączyło się to z obojętnym lub kwaśnym odczynem zawartości kiszek.

Być może, że rtęć przechodzi do kiszek z żołądka, gdzie kalomel pod wpływem soku żołądkowego i chlorku sodu mógł by przejść w sublimat z wydzieleniem czystéj rtęci metalicznej (podług formuły: $2 \text{HgCl} = \text{HgCl}_2 + \text{Hg}$), badając jednak jednocześnie zawartość żołądka oraz powierzchnię jego błony śluzowéj, nigdy tam rtęci metalicznej nie znalazłem.

Rodzi się teraz pytanie, czemu nie zawsze otrzymujemy po zażyciu kalomelu charakterystyczne zabarwienie wypróżnień kalomelowych? Przy doświadczeniach na psach

udawało mi się fakt ten stwierdzić niejednokrotnie, a w klinikach jest to faktem dość częstym. Dla wytłómaczenia tego zjawiska trzeba zwrócić uwagę, że w kiszkaach mamy cały szereg spraw odtleniających, bardzo silnych, jak np. utworzenie się wodoru i działanie jego *in statu nascendi*, siarkowodoru i wielkiej ilości innych ciał, które, działając silniej lub słabiej, odbierają tlen tlenkowi rtęci prędy i silniej niż bilirubina (i hydrobilirubina), biliwerdyny zatem utworzyć się może bardzo niewielka ilość. Przy niewielkich zaś dawkach kalomelu, działających głównie przeciwnilnie, biliwerdyna, utworzona w górnej części kizek z bilirubiny, prawdopodobnie w dolnych zmienia się, jak w warunkach zwykłych.

Dla lepszego uprzytomnienia sobie utlenienia bilirubiny robiłem doświadczenia z innymi związkami rtęci, a także ze związkami innych ciężkich metali. Badania te doprowadziły mnie do ciekawych wyników, zostających w związku z niniejszą pracą.

Ponieważ pod wpływem siarkowodoru kalomel i tlenek rtęci mogą łatwo przejść w siarek rtęci (Hg_2S) w kiszkaach, rodzi się przeto pytanie; czy siarek rtęci nie działa na bilirubinę podobnie jak tlenek rtęci.

A priori na zasadzie przytoczonych wyżej wywodów, można na to pytanie odpowiedzieć przecząco i rzeczywiście doświadczenia przedsiębrane przezemnie w tym kierunku w zupełności potwierdzają ten pogląd apriorystyczny.

Przygotowawszy czysty siarek rtęci, działałem na niego bilirubiną w roztworze zasadowym i obojętnym. W zasadowym, gdzie siarek rtęci mógł choć w części przejść w tlenek rtęci, po skłóceniu, (po $\frac{1}{2}$ godz.) otrzymałem zabarwienie zielone płynu od biliwerdyny, w roztworze zaś obojętnym siarek rtęci nie wpłynął na zmianę barwy, przeciwnie barwnik w stanie niezmienionym opadł wraz z nim na dno naczynia. Z tego wynika, że siarek rtęci, jako siarek nie jest w stanie ani z bilirubiny utworzyć bili-

werdyny, ani zabarwić na zielono kału *respective* zawartości kiszek.

Tak samo działają na bilirubinę inne sole tlenu rtęci. Ani azotan tlenu rtęci, ani chlorek rtęci w roztworze obojętnym nie mogą z bilirubiny utworzyć biliwerdyny, przeciwnie w alkalicznych roztworach bilirubiny, gdzie tworzy się z nich tlenek rtęci, działają one szybko.

Zobaczmy teraz jak działają na bilirubinę sole rtęciowe kwasów żółciowych, które mogą naturalnie wytwarzać się w kiszkaż i żółci. O ile mi wiadomo, w piśmiennictwie nie ma dotąd wskazówek co do istnienia tych soli, uważam przeto za stosowne opisać je w téj postaci, w jakiej je otrzymałem.

Z kwasów żółciowych ¹⁾ przygotowałem sól potasową, następnie, działając na część roztworu azotanem tlenu rtęci, na drugą sublimatem, otrzymałem żółciany tlenku i tlenniku rtęci.

Żółcian tlenku rtęci jest związkim barwy białej, bez zapachu, nieprzyjemnego gorzko-metalicznego smaku, nie rozpuszcza się w wodzie i wyskoku, nader słabo w kwasie azotnym, a z zasadami tworzy tlenek rtęci i żółcian zasady.

Żółcian tlenniku rtęci, również białej barwy, lepiej rozpuszcza się w wodzie i wyskoku, z zasadami tworzy tlenik rtęci i żółcian zasady.

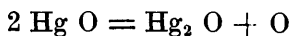
Żółcian tlenku rtęci, dodany do zasadowego roztworu bilirubiny, po skłóceniu tworzy biliwerdynę, płyn jednak, pozostając na powietrzu, wkrótce brunatnieje. W obojętnych roztworach bilirubiny żadnych zmian nie powoduje.

Żółcian tlenniku rtęci po skłóceniu w roztworze zasadowym o wiele wolniej przeprowadza bilirubinę w bili-

¹⁾ Które dzięki uprzejmości prof. M. J. SZALFIEJEWY otrzymałem z jego pracowni.

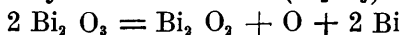
werdyneę; w obojętnych roztworach na bilirubinę nie działała.

Wspomnę na tém miejscu, że niektóre inne związki tlennika rtęci przy odczynie zasadowym (alkalicznym) roztworu, mogą również z bilirubiny tworzyć biliwerdyneę, ponieważ tworzy się przytém w skutek działania zasady tlenik rtęci. Doświadczenia przedsiębrane w tym kierunku dowodzą, że tlenik rtęci może do pewnego stopnia działać utleniająco na bilirubinę, prawdopodobnie, w sposób następujący



dalsze zaś działanie utleniające zależy prawdopodobnie od tlenku rtęci.

Tlenki innych metali działają na bilirubinę w podobny sposób. Co prawda tlenek srebra (Ag_2O) ani w roztworach zasadowych, ani obojętnych bilirubiny nie działa na nią zupełnie, tlenek jednak bismutu (Bi_2O_3) jest w stanie utlenić bilirubinę, w słabszym jednak stopniu niż tlenek rtęci, prawdopodobnie w ten sam sposób, jak ten ostatni, ponieważ po skłóceniu Bi_2O_3 z zasadowym roztworem bilirubiny w osadzie na dnie epruwetki nie trudno znaleźć bismut metaliczny i tlenik bismutu (Bi_2O_3).



Rodzi się zatem pytanie, czy nie działają utleniająco tlenki tylko tych metali, które podobnie jak rtęć i bismut posiadają jeszcze wyższe stopnie utlenienia. Przynajmniej doświadczenie z tlenkiem srebra każe nam się domyślać, że tlenki metali, nie posiadających wyższych stopni utlenienia, nie mogą działać utleniająco.

Jeżeli nasze dowodzenia, że kalomel działa przeciwnie na żółć i zawartość kiszek w postaci tlenku rtęci są rzeczywiście prawdziwe, to ten ostatni w roztworach obojętnych (lub kalomel w zasadowych) powinien opóźniać lub zabijać fermentację wyskokową, a roztwór wodny kalomelu powinien wobec fermentacji zachować się obojętnie.

XVI. A) Do 100 ctm. sz. bardzo rozcieńczonego wodnego roztworu wodoru potasu dodałem 0,5 grm. kalomelu, B) do 100 ctm. sz. takiegoż roztworu — 0,5 grm. tlenku rtęci, C) do 100 ctm. sz. wody przekroplonej — 0,5 grm. kalomelu i D) do 100 ctm. sz. wody przekroplonej 0,5 grm. tlenku rtęci. Płynty te często mieszałem, trzymając je przy C. 10° R. przez dni 4; następnie po staranném przesączeniu przez podwójny sączek wyparowałem je do $\frac{1}{2}$ objętości. Z każdego płynu wziąłem po 5 ctm. sz. i dodałem do nich po 5 ctm. sz. 5% roztworu cukru gronowego i po 0,2 grm. świeżych grzybków drożdżowych. Dla kontroli wziąłem 10 ctm. sz. 25% roztworu cukru gronowego i 0,2 grm. tych samych grzybków. Każdy płyn wlałem do osobnej rurki. Tym sposobem w każdej rurce było 10 ctm. sz. 25% roztworu cukru gronowego, 0,2 grm. grzybków drożdżowych, a prócz tego we wszystkich, prócz rurki kontrolującej, pewna ilość rozpuszczonego tlenku rtęci lub kalomelu.

Wszystkie rurki postawiłem nad rtęcią ¹⁾ przy ciepł. 38° C. Po 3 godzinach, gdy fermentacja w rurce kontrolującej była w pełnej sile, rozpocząłem co 15 minut zapisywać objętość kwasu węglanego w rurkach. Podane liczby pokazują objętość kwasu węglanego w rurkach przy ciepł. 0° i ciśnieniu 760 mm. rtęci.

	I	II	III	IV	V
Rurka kontrolująca	5,15	6,4	7,0	8,2	9,0
Roztwór obojętny Hg ₂ O	1,9	2,1	2,9	3,5	4,2
„ „ Hg ₂ Cl ₂	5,7	7,6	9,1	11,4	12,2
„ zasadowy Hg ₂ O	1,9	2,0	2,1	2,4	2,7
„ „ Hg ₂ Cl ₂	1,4	1,8	2,0	2,3	2,6

XVII doświadczenie było robione jak i poprzednie.

	I	II	III	IV
Rurka kontrolująca	2,4	5,15	6,4	8,9

¹⁾ Dokładny opis tego sposobu nastawiania fermentacji podał E. BIERNACKI (p. Pam. T. Lek. Warsz. Zeszyt III. 1887 r.)

	I	II	III	IV
Roztwór obojętny Hg_2O	—	—	—	—
„ „ Hg_2Cl_2	2,9	6,3	8,2	11,2
„ zasadowy Hg_2O	—	—	—	—
„ „ $(\text{KOH}) \text{Hg}_2\text{Cl}_2$	—	—	—	—
„ „ $(\text{Na}_2\text{CO}_3) \text{Hg}_2\text{O}$	—	—	—	—

Z doświadczeń tych wynika, że roztwór wodny obojętny lub zasadowy tlenku rtęci, jak również zasadowy kalomelu opóźnia lub zabija fermentację wysokokową, podczas gdy wodny obojętny roztwór kalomelu nie tylko nie opóźnia, lecz przeciwnie przyspiesza ¹⁾ fermentację.

Porównywając to z temi wynikami, jakie otrzymałem przy badaniu rozpuszczalności kalomelu i tlenku rtęci w wodzie, przychodzę do wniosku, że wyniki są zupełnie zgodne: kalomel prawie nie rozpuszcza się w wodzie, jego też roztwór wodny nie wstrzymuje fermentacji, tlenek zaś rtęci rozpuszcza się dość dobrze — przynajmniej w takiej ilości, że jest w stanie zupełnie wstrzymać fermentację.

Z tego wszystkiego wynika:

1-o *Że kalomel działa na żółć i zawartość kiszek przeciwgnilnie.*

2-o *Że przeciwgnilne jego własności zależą od przejścia kalomelu w żółci i w kiszkaek pod wpływem odczynu zasadowego w tlenek rtęci.*

3-o *Że zabarwienie wypróżnień kalomelowych zależy z jednej strony od téj biliwerdyny, która tworzy się w kiszkaek z bilirubiny (a być może i z hydrobilirubiny) przez utlenienie jój za pomocą tlenku rtęci według wyżej przytoczonej formuły, t. j. z wydzieleniem rtęci metalicznej ²⁾, z drugiej zaś strony od téj*

¹⁾ Fakt przyspieszania fermentacji przez środki przeciwgnilne systematycznie i dokładnie opisał w swój pracy, Edmund BIERNACKI, pracując w téjże pracowni prof. TUMASA (p. Pam. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt III. 1887 r.).

²⁾ Znalezienie w zawartości i na błonie śluzowej kiszek rtęci metalicznej według zdania prof. L. TUMASA jest faktem wielkiego znacze-

biliwerdyny, która znajduje się w żółci, jako część składowa, i wraz z nią nie gnije wskutek przeciwnilnych własności kalomelu respective tlenku rtęci.

4-o Że jeżeli po użyciu kalomelu niema charakterycznych dlań zielonych wypróżnień, to fakt ten zależy prawdopodobnie w części od przemagania w kioskach spraw odtleniających, w części od niesprzyjających warunków ze strony odczynu chemicznego zawartości kiosk.

5 o Że ważną jest rzeczą zwrócić uwagę na wpływ innych zbadanych związków na przejście bilirubiny w biliwerdynę.

nia przy objaśnieniu przeczyszczającego i mniej trującego (toksyycznego) działania kalomelu w niektórych warunkach, co będzie stanowić przedmiot dalszych badań w naszej pracowni.

BADANIA DOŚWIADCZALNE NAD WPŁYWEM ŚRODKÓW GORZKICH

na czynność żołądka zdrowego i chorego.

WYKONANE PRZEZ

MIKOŁAJA REJCHMANA.

Kwestyja znaczenia środków gorzkich w leczeniu chorób żołądka dotychczas pozostaje nierozwiązaną, pomimo bardzo licznych prac kwestyi téj poświęconych. Dawniejsi badacze byli tego zdania, że środki gorzkie pobudzają wydzielanie soku żołądkowego i tym wpływem objasniali pomyslnie ich działanie w chorobach przewodu pokarmowego. Niektórzy główną uwagę zwracali na przeciwfermentacyjne działanie środków gorzkich i temu właśnie działaniu przypisywali skuteczność tych środków w chorobach żołądka.

Najnowsze dwie prace CZELCOWA ¹⁾ i JAWORSKIEGO ²⁾, przedstawiają wyniki mniej więcej ujemne. CZELCOW czyniąc na zwierzętach doświadczalne badania z wyciągami środków gorzkich, przyszedł do następujących wniosków:

1) Środki gorzkie upośledzają trawienie żołądkowe, tak w samym żołądku jak i na zewnątrz ustroju (sztuczne trawienie żołądkowe).

¹⁾ O znaczeniu gorzkich środków w pizczewareniu i uswojeniu azotystych wieszczeń. Petersburg. 1886.

²⁾ Przyczynek doświadczalny do działania i stosowania leczniczego goryczek i żółci. Medycyna. 1886.

2) Większe i średnie dawki gorzkich wyciągów znacznie zmniejszają wydzielanie soku żołądkowego, małe zaś dawki zwiększają wydzielanie soku, ale w stopniu bardzo nieznacznym i przez czas bardzo krótki.

3) Siła trawienna soku żołądkowego we wszystkich przypadkach zostaje upośledzoną.

4) Wyciągi gorzkie nie tylko że nie wstrzymują fermentacyi, ale nawet ją zwiększają.

JAWORSKI wykonał kilka doświadczeń na chorych i przyszedł do przekonania, że jeżeli środki gorzkie wywierają jakiś pomyslny wpływ w chorobach żołądka, to tylko jako nastoje lub napary, które rozcieńczają chorobowo nadmiernie kwaśną zawartość żołądka.

Ponieważ wszystkie prawie dotychczasowe badania doświadczalne były wykonywane na zwierzętach, którym przez przetokę środki gorzkie do żołądka wprowadzano i obserwowano wpływ tych środków na czynność błony śluzowej, ponieważ z drugiej strony rozmaici badacze różnych doświadczeń używali środków i przetworów gorzkich, przeto dziwić się wcale nie należy, że dotychczasowe wyniki badań bardzo się pomiędzy sobą różnią, że dotychczas nie posiadamy zgoła żadnego pojęcia o działaniu środków gorzkich w chorobach żołądka u ludzi.

Jedni badacze przyjmowali wzmożenie wydzielania soku żołądkowego jako fakt nie ulegający wątpliwości i szukali tylko drogi, jaką do skutku to wzmożenie wydzielania przychodzi, inne badania dały wyniki pod tym względem ujemne, które w pojęciu wielu dyskredytowały znaczenie środków gorzkich w leczeniu chorób żołądka.

Nasze badania doświadczalne wykonywaliśmy u ludzi chorych na przewód pokarmowy. U jednych żołądek był zupełnie zdrowy, a cierpiał kiszki; u innych cierpiał żołądek, a kiszki były albo zdrowe, albo też jednocześnie sprawą chorobową dotknięte.

Do doświadczeń wybraliśmy dwie najważniejsze grupy środków gorzkich, mianowicie grupę czystych środków,

gorzkich (*amara pura*) i grupę środków aromatyczno-gorzkich (*amara aromatica*).

Z pierwszej grupy, jako ważniejszej, wybraliśmy cztery środki, mianowicie: ziele tyśiącznika (*herba centaury*), liście trójlistnika włóknistego (*folia trifolii fibrini*), korzeń goryczki (*radix gentiannae*), drzewo gorzkie (*lignum quassiae*); z grupy zaś drugiej ograniczyliśmy się do zbadania działania jednego środka, mianowicie ziela piołunu (*herba absinthii*).

Z leków tych przygotowywaliśmy nastoje na zimno, nalewając 250 ctm. sześć. wody przekroplonej na 12 grm. każdego z tych gorzkich środków; pozostawialiśmy w spokoju taki nastój na 24 godziny i następnie przesączaliśmy. W przesączu otrzymywaliśmy przeszło 200 ctm sz. nastoju gorzkiego, używaliśmy zaś do doświadczeń akurat 200 ctm. sz. Wszystkie te nastoje, z wyjątkiem nastoju gorzkni, przedstawiały odczyn kwaśny, stopnia kwaśności 0,03%—0,09% (obliczając na kwas solny), która to różnica zależała nie tyle od rodzaju środka gorzkiego, z którego nastój przygotowano, co od handlowego gatunku każdego oddzielnego środka.

Żołądki chorych, u których doświadczenia wykonywano, były przedewszystkiēm dokładnie badane poł względem czynności wydzielniczej (wodą przekroploną ciepłoty pokojowej, jakoteż białkiem), mechanizmu, przebiegu i czasu trwania trawienia żołądkowego (nieco zmienioną metodą JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO ¹⁾). Następnie w 1-jej seryi doświadczeń (Tablica I.) wypijali chorzy zrana naczczo nastój tego lub owego środka gorzkiego, poczem, po upływie 10 minut, zawartość z żołądka za pomocą sondy wydobywano i w zwykły sposób badano.

¹⁾ Jedno białko i 200 ctm. sz. wody przekroplonej — poczem po wtórnie wody do żołądka nie wprowadzano, lecz nierozcieńczoną zawartość wyciągano.

W 2-jej seryi doświadczeń (Tablica II.) chorzy wypijali zrana naczczo 200 ctm. sz. nastoju gorzkiego, następnie po upływie 30 minut, t. j. po upływie czasu, w którym po największej części środek gorzki z żołądka zniknął, wypijali znowu 200 ctm. sz. przekroplonej wody, ciepłoty pokojowej, poczem po upływie 10 minut zawartość żołądkową wyciągano i dokładnie badano.

Z doświadczeń 1-szej seryi przekonywaliśmy się o bezpośrednim wpływie środka gorzkiego na wydzielanie soku żołądkowego, z doświadczeń zaś 2-iej seryi mogliśmy wnioskować o zachowaniu się wydzielania soku żołądkowego po działaniu na żołądek i po zniknięciu z niego nastoju środka gorzkiego.

W 3-ciej seryi doświadczeń, (Tablica III) badaliśmy wpływ używania przez dłuższy przeciąg czasu środków gorzkich na wydzielanie soku żołądkowego. W tym celu chorzy codziennie przez kilka tygodni wypijali około 200 ctm. sz. nastoju tego lub owego środka gorzkiego, poczem przyjmowali naczczo 200 ctm. sz. przekroplonej wody, którą pozostawiano w żołądku na 10 minut, następnie zawartość wyciągano i badano.

W 4-tjej na koniec seryi doświadczeń (Tablica IV) chorzy zjadali zrana naczczo jedno białko z jaja kurzego i popijali 200 ctm. sz. nastoju gorzkiego; po przejściu 180, 150, 90, 60 lub 30 minut, zawartość z żołądka wyciągano, oznaczano ilość, jakoteż badano pod względem pozostałości niestrawionego białka, peptonu i t. d. Ta seryja doświadczeń pozwoliła nam wyrobić sobie niejakie pojęcie o wpływie środków gorzkich na wydzielanie żołądka trawiącego, jakoteż o wpływie tych środków na przebieg i czas trwania sprawy trawienia żołądkowego, na mechaniczną czynność żołądka itp.

Wszystkich doświadczeń wykonałem 173, nie licząc wielu doświadczeń dla dokładności powtarzanych. Są one przedstawione na następujących tablicach:

№ obserwacji	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj choroby, resp. woda przekropiona	Ilość płyn. bytego w centym. sześcienn.	Odczyn resp. stopień kwasności w %	Średni stopień kwasności	Odczyn na kwas solny	Sztuczne trawienie	
							bez zakwaszenia	z zakwaszeniem C1H
1	B. Z. 42. Gastritis chron.	woda	25	obojętny	—	—	0	d. dobre
2	"	goryczka	105	kw. 0,01	—	0	0	słabe
3	"	gorzknia	100	obojętny	—	—	0	d. dobre
4	"	tyśiącznik	85	kw. 0,014	—	0	0	słabe
5	"	goryczka an. woda	45	" 0,007	—	—	0	słabe
6	S. Z. 18. Vomitus hyster.	woda	110	" 0,05	0,068%	wyrażn.	dobre	b. dobre
7	"	woda	120	" 0,086	"	"	dobre	dobre
8	"	goryczka	100	" 0,07	"	"	słabe	"
9	"	gorzknia	110	" 0,06	0,07%	"	słabe	"
10	"	tyśiącznik	140	" 0,09	"	"	słabe	"
11	B. M. 21. Dyspepsia.	tyśiącznik	155	" 0,04	"	"	słabe	"
12	"	woda	155	" 0,04	0,4%	"	słabe	dobre
13	"	"	100	" 0,058	"	"	słabe	"
14	"	tyśiącznik	80	" 0,058	"	"	b. dobr.	"
15	"	gorzknia	80	" 0,06	0,053%	"	d. dobr.	słabe
16	"	piołun	110	" 0,06	"	"	słabe	dobre
17	Ch. M. 56. Gastr. chr. c. dil. ventr. przed dośw. przepluk.	woda	200	" 0,025	"	"	słabe	dobre
18	"	"	215	" 0,016	0,0233%	(tropolin)	0	słabe
19	"	"	130	" 0,0365	"	wyrażn.	d. dobr.	dobre
20	"	"	131	" 0,02	"	"	słabe	"

TABLICA I.

21	"	goryczka	140	0,025	0,0233%	"	"	"
22	"	"	120	0,02	"	słaby	b. słabe	"
23	"	"	100	0,04	"	d. wytr.	"	"
24	"	gorzknia	100	0,02	0,035%	0	słabe	d. dobre
25	"	tyśiącznik	180	0,095	"	0	słabe	"
26	"	tyśiącznik	160	0,03	"	0	słabe	"
27	"	piołun	25	0,08	"	wyrażn.	d. dobre	b. dobre
28	"	woda	25	0,05	"	"	"	"
29	"	tyśiącznik	160	0,1	"	"	"	"
30	"	woda	110	0,1	"	"	"	"
31	"	goryczka	120	0,09	0,087%	słaby	"	"
32	"	trójlistnik	120	0,08	"	wyrażn.	"	"
33	"	gorzknia	140	0,07	"	"	"	"
34	"	piołun	180	0,1	"	"	słabe	dobre
35	"	woda	130	0,04	"	"	d. dobre	b. dobre
36	Sz. M. 34. Gastr. chron. przedtem Gastrosecret.	piołun	220	0,05	"	0?	słabe	d. dobre
37	"	woda	kilka- dziesiąt	0,18	"	wyrażn.	"	"
38	"	"	20	"	"	"	"	"
39	"	"	40	0,1	0,093%	"	d. dobre	dobre
40	"	"	80	0,07	"	"	dobre	b. dobre
41	"	"	100	0,07	"	"	"	"
42	"	"	80	0,09	"	"	"	"
43	"	"	100	0,1	"	0	b. słabe	dobre
44	"	piołun	50	0,1	"	wyrażn.	d. dobre	dobre
45	"	tyśiącznik	80	0,1	"	"	"	"
46	"	gorzknia	80	0,1	0,087%	"	"	"
47	"	"	85	0,08	"	"	"	"
47	"	"	85	0,07	"	"	"	"

M. DOWIADZ	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj środka gorzkiego resp. woda przefiltrowana	Ilość przyjętego w centym. sześcienn.	Odczyn na kwasowość	Średni stopień kwaśności	Odczyn na kwas solny	Sztuczne trawienie	
							bez zakwaszenia	z zakwaszeniem
48	K. M. 28. Gastr. chronica. c. hypersecr. suc. gastr.	gorzknia	120	kw. 0,046		wyrażn.	dobre	b. dobre
49	"	"	85	" 0,06	0,087%	"	b. słabe?	" dobre
50	"	trójlistnik	60	" 0,14	"	"	dobre	" dobre
51	"	woda	120	" 0,05	0,055%	wyrażn.	dobre	dobre
52	B. M. 46. Gastr. chronica.	"	180	" 0,06	"	"	b. słabe	"
53	"	piołun	180	" 0,097	0,1%	"	"	"
54	"	"	160	" 0,13	"	"	"	"
55	"	"	175	" 0,08	"	wyrażn.	d. dobre	b. dobre
56	N. M. 48. Gast. chr. c. hyperr. s. g. Colit. chr. Prolaps. recti	woda	120	" 0,1	"	wyrażn.	d. dobre	d. dobre
57	"	"	100	" 0,08	0,086%	"	dobre	dobre
58	"	"	120	" 0,08	"	"	"	"
59	"	piołun	205	" 0,09	"	"	"	"
60	"	tyśiącznik	90	" 0,1	"	wyrażn.	dobre	b. dobre
61	"	gorzyczka	65	" 0,07	0,114%	"	dobre	dobre
62	"	gorzknia	180	" 0,16	"	"	słabe	"
63	"	trójlistnik	80	" 0,16	"	"	"	"
64	N. Z. 53. Coprostasis.	woda	60	" 0,03	"	"	d. dobre	dobre
65	"	"	kilka	" kwas.	"	"	"	"
66	"	piołun	50	kw. 0,07	"	"	"	"
67	"	tyśiącznik	150	" 0,065	"	nie wyr.	b. słabe?	dobre
68	"	gorzyczka	75	" 0,04	0,055%	"	"	b. dobre
69	"	gorzknia	50	" 0,03	"	wyrażn.	"	słabe
70	"	trójlistnik	80	" 0,07	"	"	"	dobre

M. DOWIADZ	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj środka gorzkiego resp. woda przefiltrowana	Ilość przyjętego w centym. sześcienn.	Odczyn na kwasowość	Średni stopień kwaśności	Odczyn na kwas solny	Sztuczne trawienie	
							bez zakwaszenia	z zakwaszeniem
71	B. M. 46 Gastr. chronica	woda	40	kw. 0,07	0,065%	wyrażn.	słabe	dobre
72	"	piołun	75	" 0,06	"	"	d. dobre	"
73	"	gorzknia	250	" 0,09	0,08%	"	"	d. dobre
74	"	woda	40	" 0,1	"	"	d. dobre	d. dobre
75	N. M. 48. Gastr. chr. c. hyper. suc. gastr. Col. chr. Prolap. recti	"	"	"	"	"	"	"
76	"	piołun	140	" 0,14	"	"	"	"
77	"	tyśiącznik	120	" 0,15	0,134%	"	dobre	dobre
78	"	gorzyczka	100	" 0,12	"	"	"	"
79	"	gorzknia	100	" 0,12	"	"	"	"
80	"	trójlistnik	75	" 0,14	"	"	"	"
81	N. Z. 53. Coprostasis	woda	60	" 0,02	"	"	b. słabe	"
82	Zawartość wydob. po 5 m.	piołun	160	" 0,09	"	"	d. dobre	d. dobre
83	"	tyśiącznik	205	" 0,08	"	"	słabe	"
84	"	gorzyczka	50	" 0,04	0,06%	"	"	"
85	"	gorzknia	120	" 0,055	"	"	b. słabe	"
86	"	"	110	" 0,08	"	"	"	"
87	"	trójlistnik	110	" 0,08	"	"	d. dobre	d. dobre
88	"	woda	25	" 0,009	"	"	"	"
89	K. M. 28. Gastr. chron. c. hypersecr. suc. gastr.	piołun	80	" 0,09	"	wyrażn.	b. słabe	dobre
90	"	tyśiącznik	50	" 0,07	0,054%	"	d. dobre	d. dobre
91	"	gorzyczka	70	" 0,05	"	"	słabe	"
92	"	gorzknia	56	" 0,03	"	"	b. słabe	"
93	"	trójlistnik	15	" 0,03	"	"	"	"

TABLICA II.

№ doświadczeń	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj środka gorzkiego resp. woda przekroplona	Ilość przyjętych w centym. sześcienn.	Odczyn reag. stopień kwasności w %	Odczyn na kwasie solnym	Sztuczne trawienie	
						bez zakwaszenia	z zakwaszeniem C.H.H.
TABLICA III. ¹⁾							
94	B. M. 46. Gastritis chron.	gorzknia	20	kw. 0,07	wyraźny	—	—
95	Ch. M. 56. Gastr. chr. c. dil.	"	120	0,03	"	b. słabe	słabe
96	Zoł. przed dośw. przepłuk.	tyśiącznik	140	0,04	"	słabe	d. dobre
97	N. M. 48. Gastr. chronica c. hyper. succ. gastr.	gorzknia	160	0,022	"	—	—
98	col. chr. Prolap. recti	gorzknia	100	0,07	"	słabe	d. dobre
99	K. M. 28. Gastr. chron. c. hypersecr. succi gastr.	goryczka	80	0,09	0	—	—
100	"	"	kilka	0,018	0	—	—
101	N. M. 25. "Dyspepsia	gorzknia	40	0,04	wyraźny	słabe	dobre
102	"	"	130	0,065	"	"	"
103	"	"	30	0,06	0	—	—
104	N. Z. 53. Cöprostasis.	"	30	0,007	0	—	—
105	"	"	50	0,01	?	b. słabe	d. dobre

¹⁾ Porów. z Tabl. I, na której są przedstawione doświadczenia u tych samych chorych z wodą przekroploną, bez uprzedniego przyjmowania środków gorzkich.

№ doświadczeń	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj środka gorzkiego resp. woda przekroplona	Ilość przyjętych w centym. sześcienn.	Ilość biał. strawionej nego	Odczyn reag. stopień kwasności w %	Odczyn na kwasie solnym	Ilość wzięta
TABLICA IV.							
106	Ch. M. 56. Gastr. chr. c. dil.	woda	90	dużo	kw. 0,2	wyraźn.	dużo
107	Zoł. przed dośw. przepłuk.	"	90	130	0,18	"	"
108	"	"	180	100	0,09	"	"
109	"	"	150	50	0,1	"	"
110	"	woda	90	75	0,0	"	"
111	"	100 c. sześć.	90	95	0,16	"	"
112	"	goryczka	90	180	0,23	"	"
113	"	piołun	90	35	0	"	"
114	"	tyśiącznik	90	80	0,15	"	"
115	"	"	90	dużo	0,17	"	"
116	"	piołun	90	8	0,25	"	"
117	"	goryczka	90	kilkadz.	0,2	"	"
118	"	gorzknia	90	kilkam.	dużo	"	"
119	"	trojlistnik	90	0	0,19	"	"
120	"	piołun	150	100	0,2	"	"
121	N. M. 25. "Dyspepsia	piołun	30	—	0,19	"	"
122	"	"	30	—	0,26	"	"
123	"	tyśiącznik	30	—	0,18	"	"
124	"	goryczka	30	—	0,13	"	"
125	"	gorzknia	30	50	0,26	"	"
126	G. Z. 60. Gastr. chron. Zoł. przed dośw. przepłuk.	trojlistnik	30	40	0,32	"	"
		woda	60	kilka	0,007	"	0

N. dziesiątek	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj środka leczniczego, resp. woda przekroplona	Kilka łyżek, łyżeczek, łyżek, łyżeczek, łyżek, łyżeczek	Ilość płynów w centym. sześcienn.	Ilość białka strawionego	Odczyn reakcji obojętnej kwaśnoś. %	Średni stopień kwaśnoś.	Odczyn na kwas solny	Ilość peptynu
127	G. Z. 60. Gastr. chron. Zol. przed dośw. przepłuk.	piołun	60	kilkadz.	dużo	kw. 0.04	0,03%	wyrażn.	dużo
128	K. M. 28. Gastr. chron. c. hypersecr. suc. gastr.	gorzknia woda	60	0	0	0,02	—	"	d. dużo
130	"	"	30	kilka	dużo	0,18	—	wyrażn.	dużo
131	"	tyśiącznik	30	kilka	"	0,32	—	"	"
132	"	piołun	30	kilkadz.	"	0,365	0,269%	"	"
133	"	gorzknia	30	—	"	0,3	—	"	"
134	"	tyśiącznik	30	—	"	0,16	—	"	"
135	B. M. 46. Gastr. chron.	gorzknia	30	kilka	b. dużo	Kwaśny	—	"	"
136	"	trójlistnik	30	30	d. dużo	0,18	0,19%	"	"
137	"	woda	30	45	mało	0,2	—	"	"
138	"	piołun	30	70	dużo	0,19	0,8 5%	"	"
139	"	woda	30	100	dużo	0,18	—	"	mało
140	N. M. 48. Gastr. chr. c. hyp. suc. gastr. Col. chr. Procl. rec.	woda	30	70	dużo	0,3	—	"	dużo
141	"	piołun	30	150	"	0,2	—	"	"
142	"	tyśiącznik	30	70	"	0,32	—	"	"
143	"	gorzknia	30	30	d. dużo	0,31	0,278%	"	"
144	"	tyśiącznik	30	30	mało	0,26	—	"	"
145	N. Z. 53. Coprostasis	trójlistnik	30	105	dużo	0,3	—	"	"
146	"	woda	30	kilka	mało	Kwaśny	—	"	"
147	"	"	30	kilka	"	0,23	—	"	"
148	"	piołun	30	80	dużo	0,17	10,196%	"	"

N. dziesiątek	Nazwisko, płeć, wiek, rozpoznanie	Rodzaj środka leczniczego, resp. woda przekroplona	Kilka łyżek, łyżeczek, łyżek, łyżeczek, łyżek, łyżeczek	Ilość płynów w centym. sześcienn.	Ilość białka strawionego	Odczyn reakcji obojętnej kwaśnoś. %	Średni stopień kwaśnoś.	Odczyn na kwas solny	Ilość peptynu
149	"	tyśiącznik	30	20	"	0,19	—	wyrażn.	dużo
150	"	gorzknia	30	kilka	mało	0,19	0,196%	"	"
151	"	gorzknia	30	30	dużo	0,19	—	"	"
152	I. M. 46. Gastr. chr. c. dil. Zol. przed dośw. przepłuk.	trójlistnik	60	15	"	0,24	—	0 (*)	"
153	"	woda	60	40	"	0,0	—	0	"
154	"	"	60	45	b. dużo	0,014	0,032%	0	duże ślady
155	"	piołun	60	40	"	0,1	—	wyrażn.	dużo
156	"	"	60	20	dużo	0,16	—	"	"
157	"	gorzknia	60	kilka	"	0,04	0,09%	0	"
158	"	tyśiącznik	60	20	"	0,05	—	0	"
159	"	trójlistnik	60	20	"	0,05	—	0	dużo
160	"	gorzknia	60	kilka	d. dużo	Kwaśny	—	0	"
161	Sz. Z. 54. Gastr. chron.	woda	30	20	mało	alkal.	—	—	ślady
162	"	piołun	30	kilka	"	"	—	—	"
163	"	woda	30	kilka	b. mało	"	—	—	"
164	K. Z. 32. Gastralgia. Wydziel. sokui mech. praw.	"	60	—	"	—	—	—	"
165	"	"	60	—	0	—	—	—	"
166	"	"	60	—	0	—	—	—	"
167	"	"	60	—	0	—	—	—	"
168	"	"	60	—	0	—	—	—	"
169	"	piołun	60	—	dużo	—	—	—	"
170	"	tyśiącznik	60	—	d. dużo	—	—	—	"
171	"	gorzknia	60	—	dużo	—	—	—	"
172	"	tyśiącznik	60	—	mało	—	—	—	"
173	"	trójlistnik	60	—	d. dużo	—	—	—	"

(*) Pomimo dość wysokiego stopnia kwaśności, odczyn na kwas solny nie występował, ponieważ kwasówka w tym przypadku została w mniejszej lub większej części od kwasu miernego. Nad zdolnością do dokładania u białego w mowie chorego, znanawiat się tutaj nie możemy. Kwestyję tę rozbiierzemy na innym miejscu.

Wnioski, do jakich przedstawione w powyższych tablicach doświadczenia upoważniają, są następujące:

1) Znaczniejszej różnicy w działaniu na żołądek pomiędzy nastojami środków gorzkich do doświadczeń używanych, zauważyć nie można.

2) We wszystkich czczych, nietrawiących żołądkach, zarówno w takich, które sok żołądkowy prawidłowo wydzielają, jako też i w takich, w których wydzielina soku jest upośledzoną lub przeciwnie wzmożoną, następująca bezpośrednio po wprowadzeniu nastoju gorzkiego czynność wydzielnicza jest mniejszą niż po wprowadzeniu do żołądka wody przekroplonej. Jakkolwiek w wielu doświadczeniach ze środkami gorzkimi stopień kwaśności płynu z żołądka wydobytego był wyższy, niż w tych razach, w których do doświadczeń używano wody przekroplonej, to jednakże rezultat ten nie zależał od większej ilości kwasu żołądkowego, lecz od stosunkowo wysokiego stopnia kwaśności nastoju gorzkiego; przeciwnie, w wielu doświadczeniach z nastojami gorzkimi kwas solny w zawartości żołądkowej albo zupełnie wykazywać się nie dawał, albo też okazywał się w bardzo stosunkowo małej ilości.

Nadmienić tutaj muszę, że nastoje używanych do doświadczeń środków gorzkich na odczynny (*metylfiolet*, *tropolin*, odczynnik MOOR-RHEOCH'a) na kwas solny wpływu żadnego nie wywierają.

Będące w mowie zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego najwyraźniej występuje w doświadczeniach z gorzknią (*Quassia*), której nastój, jakśmy to już mówili, przedstawia odczyn obojętny: średni stopień kwaśności płynu z żołądka wydobytego w doświadczeniach z gorzknią, jest widocznie mniejszy od średniego normalnego (rozumie się u danego chorego) zakwaszenia wodnej zawartości żołądka.

Sztuczne trawienie w zawartości z żołądka po wprowadzeniu doń nastoju gorzkiego wydobytej, odbywała się

nierównie słabiej, niż przy użyciu do doświadczeń wody przekroplonej, co w części przypisać należy szkodliwemu wpływowi samego środka gorzkiego, jako takiego, w części wszakże przyczynia się do tego zmniejszenie ilości soku żołądkowego, zawartego w tym płynie, albowiem samo już dodanie odpowiedniej ilości kwasu solnego znacznie pobudzało sprawę sztucznego trawienia, nawet w tych razach w których małe ilości kwasu solnego w zawartości z żołądka wydobytej wykryć się dawały, a témbardziej fakt ten zauważyć się dawał w tych doświadczeniach, w których obecność kwasu solnego w zawartości żołądkowej nie można było wykazać.

3) Skoro gorzki nastój będzie naczczo przyjęty, to po zniknięciu tego środka z żołądka, przyrząd wydzielniczy staje się skłonny do wzmożonego wydzielania soku żołądkowego. Okazuje się to z tablicy II, z której widać, że przy takim sposobie działania środków gorzkich stopień kwaśności płynu w żołądku zawartego wzmagają się, odczyn na kwas solny staje się wyraźniejszym, a sztuczne trawienie odbywa się energiczniej niż w zawartości żołądka tych samych osób, jeżeli uprzednio nastoju gorzkiego nie przyjmowały. Dzieje się tak zarówno w żołądkach, w których woda przekroplona słabo się zakwasza przez normalny kwas żołądkowy, jak również i w tych, w których zakwasza się ona nadmiernie.

4) W żołądkach trawiących, przyjęte przez chorych jednocześnie z pokarmem (resp. białkiem z jaja kurzego) wiadomej mocy nastoju środków gorzkich mniej lub więcej upośledzają sprawę trawienia żołądkowego, co się okazuje z tego, że wydobyte po upływie pewnego czasu z żołądka kawałki białka są większe i na brzegach grubsze, niż w tych razach, w których białko z wodą (bez środka gorzkiego) zostało do żołądka wprowadzone.

W niektórych doświadczeniach z piołunem (Tablica IV; dośw. 138, 139, 141, 148) ilość peptonu zdawała się też mniejszą. Czynność mechaniczna żołądka, przy użyciu środków gorzkich, zostaje również nieco upośledzoną, co się najlepiej okazuje z doświadczeń 164—173.

Co się tyczy wpływu środków gorzkich na wydzielanie soku żołądkowego w żołądkach trawiących, to w tych razach, w których wydzielanie jest mniej więcej prawidłowe, środki gorzkie widocznego wpływu nań nie wywierają. U chorych, u których sok żołądkowy słabiej się wydziela, nastoje gorzkie pobudzają tę wydzielinę (Tabl. IV, dośw. 127, 128, 153—160), co się okazuje z wyższego stopnia kwaśności, wyraźniejszego odczynu na kwas solny i większej ilości peptonu.

Pod tym względem na szczególniejszą uwagę zasługuje piołun.

W żołądkach, w których kwaśny sok żołądkowy wcale się nie wydziela, środki gorzkie nie są zdolne (prawdopodobnie w skutek zaniku gruczołów) pobudzić błony śluzowej do wydzielania kwaśnego soku żołądkowego (Tabl. IV; dośw. 161, 162, 163). Nakoniec, u chorych na sokotok żołądkowy, środki gorzkie powodują zwiększenie kwaśności płynu pokarmowego, w żołądku zawartego, co zależy może albo od zwiększenia wydzieliny in toto, albo też od zwiększenia ilości kwasu w wydzielanym soku, albo od upośledzenia mechanizmu (resp. wchłaniania w żołądku) (Tabl. IV; dośw. 131, 132, 133).

5) Kilkotygodniowe przyjmowanie nastojów gorzkich nie sprowadza żadnej widocznej zmiany w czynności żołądków zdrowych, lub patologicznych; po zaprzestaniu picia tych nastojów, czynność żołądka okazuje się taką samą, jaką była przed przyjmowaniem środków gorzkich.

O DOSZCZĘTNÉM LECZENIU WOLNYCH PRZEPUKLIN.

NAPISAE

Dr. ANTONI GABSZEWICZ.

Sprawa doszczętnego leczenia wolnych przepuklin dotychczas nie była poruszana w naszej literaturze; tymczasem spotykamy się dzisiaj z całym szeregiem prac obcych, traktujących ten przedmiot, prac, które opierając się na licznych statystycznym materiale pragnęłyby choć w części dojść do jakiegoś pewniejszego wniosku w tój tak ważnej materji. Szczupła ilość własnych spostrzeżeń, dotycząca tylko 4-ch przypadków operacji doszczętniej wykonanej na wolnych przepuklinach w klinice chirurgicznej w czasie mój asystentury, skłoniła mnie jednak do skorzystania z wielolicznego materiału, jaki przedstawia zagraniczna literatura lekarska, zajmująca się sprawą doszczętnego leczenia wolnych przepuklin, aby przedstawić choć szkicowo różne sposoby postępowania, rezultaty operacji, i wyprowadzić wnioski, do jakich można dojść dzięki dość pokaźnej liczbie dotychczas ogłoszonych przypadków operowanych.

Sprawa to właściwie nie nowa; nie nasz wiek ją stworzył; przepukliny należące bezsprzecznie do bardzo wa-

znych chorób ustroju ludzkiego, musiały naturalnie od dawna zajmować umysł bystrych i myślących lekarzy. I rzeczywiście, wzmianki o ich leczeniu sięgają prawie pierwszych już narodzin racjonalnej i historycznej wiedzy lekarskiej; za wzmiankami idą prace obszerniejsze, pragnące przez długie lata rozstrzygnąć kwestyję usuwania tak ważnego cierpienia, jakim jest dla ustroju przepuklina. Niestety, w tej gałęzi chorób, jak dotychczas, jeszcze istnieją luki, a co najmniej wątpliwości dotyczące się tworzenia przepuklin, ich zaciśnięcia, tak w sprawie znów doniosłej ze względów praktycznych, jaką jest leczenie przepuklin, do ostatnich czasów panowały różne sprzeczne poglądy, które naturalnie nie mogły nas zupełnie zadowolnić; niezgodność ta poglądów przetrwała aż do chwili obecnej. i chociaż liczba zwolenników radykalnej operacji przepuklin znakomicie wzrosła, szczególnie w Niemczech, to we Francji znajduje ona obrońców dopiero od bardzo niedawnego czasu. Przez długi czas nawet, korzystając z ulepszeń technicznych paska przepuklinowego, zupełnie zarzucano myśl usuwania przepuklin na drodze operacyjnej. Ograniczano się w obec istnienia przepukliny na stosowaniu paska, a w razie zaciśnięcia przystępowano do cięcia przepukliny. Niestety, nasze własne doświadczenie, a tém więcej innych chirurgów aż nadto przekonywa nas, że o ile pierwszy środek jest bardzo często niedostateczny, o tyle do drugiego środka powinniśmy jak najrzadziej przystępować. Pasek może się nadawać z korzyścią tylko przy niewielkiej ilości niedużych przepuklin pachwinowych wrodzonych i niektórych pępkowych; w tych przypadkach noszenie odpowiedniego paska może wpłynąć na zarośnięcie kanału przepuklinowego, respective na dobrowolne usunięcie przepukliny; w pewnej ilości stosunkowo nie wielkich przepuklin pasek również może oddać znakomite usługi, nie dopuszczając do ciągłego powiększania się przepukliny. Zostaje się jednak dość znaczna liczba przepuklin wielkich, nawet ruchomych, a tém więcej nieodprowadzalnych,

choć niezaciśniętych, gdzie zastosowanie paska albo jest bezużyteczne, albo wprost niemożliwe ze względu na ujemne jego działanie na zawartość przepukliny. Nie można zapominać także i tej ważnej okoliczności, że chociaż znaczna ilość ludzi posiadających przepukliny, osiąga późnego wieku, nie doświadczając żadnych zaburzeń, któreby mogła wywołać obecność przepukliny, to z drugiej strony bardzo wielka ilość pozostaje jeszcze osobników, którzy wskutek przepukliny narażeni są na wieloliczne cierpienia, zaburzenia ze strony kanału pokarmowego, na dokuczliwe nerwobóle brzucha, a w dodatku, każdy posiadacz przepukliny może się smutnie pocieszać w perspektywie możliwością zaciśnięcia przepukliny, co już grozi niebezpieczeństwem dla życia chorego. Jeżeli jeszcze uwzględnić specjalne warunki życia osobnika, pracę ciężką fizyczną, i inne, które wcale się nie przyczyniają do złagodzenia cierpień, to nie można się dziwić, że położenie takiego człowieka wcale nie jest godnym pozazdroszczenia. Posiadacze przepuklin nieruchomych, nieodprowadzalnych z jakichkolwiek powodów, przepuklin bardzo wielkich, naturalnie są wystawieni na daleko większe nieprzyjemności i niebezpieczeństwa, szczególnie w przypadkach nieruchomej przepukliny, w której bardzo często powstaje zapalenie worka, zaciśnięcie w worku wskutek zrostów zawartości jego ze ścianami, i tym samym wytworzonych najróżnorodniejszych taśm sieciowych i szpar, które znakomicie usposabiają do skręcenia jelit, a następnie do zaciśnięcia. A co czynić w obec przepuklin tak zwanych tłuszczowych spotykanych na smudze białej, które, wywołując ciągle zaburzenia w trawieniu i nerwobóle brzucha, doprowadzają danego osobnika do wycieńczenia i ogólnego rozstroju nerwowego; co czynić z przepuklinami, gdzie pasek daje się zastosować, ale nie jest w stanie utrzymać przepukliny na miejscu, która przy ciężkiej fizycznej pracy osobnika, przy wzmocnionem działaniu tłoczni brzusznej nieustannie się powiększa i dochodzi pomimo paska do olbrzymich nieraz

rozmiarów? Nic dziwnego, że na te wszystkie niedogodności oddawna już zwracano uwagę, i wysilano umysł na to, aby zapobiegać rozwojowi choroby, a gdzie można i zupełnie ją usunąć: nic dziwnego, że od zarania racjonalnej wiedzy lekarskiej wymyślano najróżnorodniejsze sposoby operacyjne i stosowano je przez długie czasy, dopóki udoskonalony pasek nie miał ich wszystkich zastąpić.

Najróżnorodniejsze jednak modyfikacje paska, chociaż w wielu razach, jak wyżej mówiliśmy, doprowadzają nawet do zupełnego wyleczenia przepukliny, a w wielu przypadkach powstrzymują przynajmniej rozwój choroby, jednak pozostaje, jak widzieliśmy, masa przypadków, gdzie rola paska jest żadna, a gdzie jednak chorych nie należy pozostawiać ich własnemu losowi bez wszelkiej pomocy. Dla tego też po długiej przerwie znowu się zabrano do pracy, która już nieprzerwanym ciągiem posuwa się aż do chwili obecnej. Naturalnie, kiedy metoda przeciwnilna wywalczyła sobie prawo obywatelstwa i panowania, kiedy w całej chirurgii prawie dokonał się przewrót, naprzód posuwający szybkim krokiem terapią chirurgiczną, musiało się to odbić i na nowych usiłowaniach, zmierzających do osiągnięcia na drodze operacyjnej zupełnego wyleczenia przepuklin. W pracy onej przeważnie naturalnie uwzględniać będą wyniki czasów ostatnich, jakie osiągnięto, lecząc na drodze operacyjnej wolne przepukliny; a priori zastrzegam, że do wolnych przepuklin zaliczam nie tylko ruchome i odprowadzalne, ale i nieruchome, i nieodprowadzalne, jeżeli tylko nie są zaciśnięte; o radykalnym postępowaniu przy tych ostatnich, t. j. zaciśniętych przepuklinach, pomówię tylko krótko na końcu niniejszej pracy. Dla zupełnego jednak obrazu uważam za konieczne choć pobieżny rzut oka skierować na cały szereg przeróżnych sposobów operacyjnych, stosowanych od czasów bardzo odległych, do wyleczenia wolnych przepuklin, aby później szczegółowiej zająć się sposobami proponowanymi już w epoce panowania metody przeciwnilnej, ocenić ich sto-

sunek do siebie, i wyższość jednych wobec drugich; na szczęście w tém usiłowaniu wielką pomoc nam okaże dość bogaty materiał statystyczny; materiałem tym jednak posiłkować się będę tylko od chwili, kiedy przy operacjach zaczęto stosować metodę przeciwną; dawniejszy materiał jest tak niedokładny i nieraz tak optymistycznie przedstawiany, że na nim niepodobna by było budować jakichkolwiek więcej pozytywnych wniosków.

Po raz pierwszy o radykalnej operacji mającej na celu zupełne wyleczenie wolnej przepukliny, wspomina już CELSUS i nawet podaje wskazanie do operacji; (De med. lib. VII cap. 14) uważa on za najwłaściwsze operować niewielkie przepukliny u osobników młodych, i dobrze odżywianych i wyraża swe zdziwienie z tego powodu, że mniejsze przepukliny po operacji lepiej i łatwiej się usuwają niż większe; w ogóle wielkie przepukliny uważa za nieodpowiednie do operacji, szczególnie u ludzi w podeszłym wieku. Zobaczymy później, o ile te uwagi wypowiedziane już tak dawno przez CELSUSA pod wieloma względami zbliżają się do tych, jakie wygłaszają chirurdzy nowszych czasów. Radykalna operacja przepukliny, o której mówi CELSUS, polegała przy przepuklinach pachwinowych u dzieci na wycięciu worka przepuklinowego razem z jądrem, a u starszych na wycięciu samego worka. Jakie koleje przechodziła od czasów CELSUSA powyższa operacja pozbawiająca w znacznej liczbie osobników zdolności rozplodczej, dokładnie niewiadomo, to jednak jest pewnym, że przez całe wieki średnie, aż do końca 17 wieku, używa ona rozgłosu na szczęście nie w ręku chirurgów, ale szarlatanów, specjalistów od wycinania przepuklin, którzy, jak głoszą różne wzmianki historyczne, dość porządnie gospodarowali w Zachodniej Europie, pozbawiając masy ludzi zdolności płodzenia.

W 7 wieku po narodzeniu Chrystusa Paweł z Eginny, a za nim Johannes de VIGO, stosowali w celu leczenia doszczętnego przepuklin wolnych, przyżeganie okolicy obrą-

czki przepuklinowej żelazem rozpaloném, lub innémi żrącemi środkami. Pierwszy z nich oprócz powyższego sposobu, wprowadził jeszcze w użycie i podwiązywanie worka przepuklinowego razem ze sznurkiem nasiennym, co jednak w obec otrzymywanych rezultatów, niczém się właściwie nie różni od sposobu cytowanego przez CELSUSA, gdyż w ostatnim razie jądro się wycina, a w pierwszym chociaż i pozostaje, jednakże w skutek podwiązania sznurka nasiennego, staje się niezdolnóm do spełniania prawidłowej funkcji; pomimo tego jednak powyższy sposób operowania był stosowany i zalecany przez ABULKAREMA w 11 wieku i przez ROGER'a z Parmy w 15 wieku. Oprócz tych sposobów Paweł z Eginny doradzał jeszcze zamknięcie szyjki przepuklinowej razem ze sznurkiem nasiennym, a w innych przypadkach, po oddzieleniu szyjki od sznurka nasiennego za pomocą odpowiednio nałożonego szwu, naturalnie po uprzedniém otworzeniu szyjki i wprowadzeniu zawartości do jamy brzusznej; w tych jednak przypadkach, gdzie szew obejmował i sznurek nasienny, operacja ze względu na rezultat, zbliżała się do poprzednich, nie oszczędzających jądra.

Fabricius ab AQUAPENDENTE i Ambroży PARÉ w 16 wieku na tyle ulepszyli sposób operowania wolnych przepuklin, że zawsze starali się oddzielić szyjkę przepuklinową na całej przestrzeni od sznurka nasiennego, nakładali na nią podwiązkę bez otwarcia worka w razie przepukliny ruchomój, i odwrotnie w razie przepukliny nieodprowadzalnej poprzednio otwierali worek, wprowadzali zawartość do jamy brzusznej i dopiero wtedy podwiązywali szyjkę przepuklinową i część worka poniżej podwiązki wycinali, a pozostałą część szyjki wprawiali do jamy otrzewnej. Jednocześnie prawie SHARP, Le BLANC i inni zaczęli już stosować i nakładanie szwu na brzegi obrączki przepuklinowej, przy czém szwy pozostawiali na miejscu aż do ich dobrowolnego wydzielenia się na drodze ropienia; metodę tę znowuż w czasach ostatnich odgrzebał z zapo-

mnienia WOOD, tylko ostatni do zeszywania używał drutu srebrnego i szwy pozostawiał 7—10 dni. Że rezultaty, pomimo, że w tych czasach operowano bez określonych wskazań prawie wszystkie przepukliny, musiały być nieświatne, dowodzi tego ta okoliczność, że już pod koniec 17 wieku myśl doszczętnego leczenia wolnych przepuklin u chirurgów ówczesnych upada, szczególnie w miarę tego, jak postępowały techniczne ulepszenia paska przepuklinowego, który powszechnie zaczęto stosować.

Niedługo jednak drzemano w ciszy i zadawalniano się postępowaniem bierném; już na początku 18 wieku kwestyja doszczętnego leczenia przepuklin znowuż zaczyna zajmować umysł chirurgów, znowuż się rodzą coraz to nowsze pomysły postępowania. gdyż dla wszystkich widoczném było, że pasek przepuklinowy pomimo ciągłych ulepszeń, nie zawsze odpowiada swemu przeznaczeniu, lub w ogóle, nie w każdym przypadku daje się zastosować. Dawniejsze sposoby postępowania zarzucano, a nowe miały przedewszystkiém na celu wywołanie zapalenia w częściach otaczających worek przepuklinowy, zapalenia, którego ostatecznym wynikiem miało być zupełne zarosnięcie worka przepuklinowego, *respective* usunięcie przepukliny. Do celu tego zmierzali albo przez wprowadzenie ciała obcego do worka przepuklinowego po uprzedniém otwarciu tego ostatniego. czy to pod postacią szarpi, jak czynił SCHREGER, lub drutu złoczonego jak czynił BELMAS, lub igiel, które radził wprowadzać do worka BONNET, i tam je zostawiać, lub też przez zastrzykiwanie do opróżnionego worka płynów drażniących, jak np. nastoju jodiny, co radził stosować VELLEPEAU, lub przez podskórne nacięcia worka przepuklinowego, stosowane i zalecane przez GUERIN'a. Wszystkie te jednak sposoby. chociaż gorliwie zachwalane przez swych twórców, mało znajdowały zwolenników i naśladowców. prawdopodobnie wskutek nieświatnych wyników, a nawet i niebezpieczeństw, na jakie narażały same sposoby operacyjne, np. sposób zachwalany przez BONNETA, który wpro-

wadza igły do worka i tam je zostawia, nie troszcząc się wcale o sznurek nasienny, który łatwo mógł uleść zranieniu. Niektórzy z chirurgów wymyślali i inne jeszcze sposoby, które stosowali jednak tylko przy zaciśniętych przepuklinach, gdzie do cięcia przepukliny dodawali jeszcze i doszczętną operację. Między innymi PERRI, robiąc cięcie przepukliny wskutek jej zaciśnięcia, odprowadzał zawartość worka do jamy otrzewnej, a obrączkę przepuklinową starał się zatamponować za pomocą sfałdowanego worka przepuklinowego; VOLPI do osiągnięcia tego celu używał sieci, a inni jak DZONDI, JAMESON, a później LANGENBECK starali się zamknąć obrączkę przepuklinową za pomocą przeniesionych płatów skórnych, które pragnęli wpoić do brzegów obrączki. I te jednak metody operacyjne nie znajdowały wielu naśladowców, a przytém przeważnie je stosowano, jak wyżej powiedziałem, tylko przypadkowo, t. j. jako dodatek do cięcia przepukliny, dokonywanego wskutek zaciśnięcia, przy przepuklinach wolnych rzadko bardzo uciekano się do powyższych sposobów operacyjnych.

Silniejszy bodziec w kierunku doszczętnego leczenia przepuklin wolnych wywarła nowa metoda operacyjna, ogłoszona przez GERDY'go w 1840 r.; o ile w zasadzie różni się ona od sposobów, które miały na celu wyleczyć przepuklinę przez wywołanie zapalenia, *respective* zarosnięcia worka, o tyle zbliża się do wyżej cytowanych metod, stosowanych jednak, jak mówiliśmy, przeważnie tylko przy zaciśniętych przepuklinach, i mających na celu przedewszystkiém zamknięcie w jakikolwiek sposób obrączki przepuklinowej. Metoda zalecana przez GERDY'go zasadza się na tém, że po wprowadzeniu przepukliny do jamy brzusznej, ujmuje się w razie przepukliny pachwinowej dość znaczną fałdę ze skóry moszny i w kształcie stożka wpachwia się ją palcem do kanału przepuklinowego; następnie zaś ustala się stożek w powyższym miejscu za pomocą odpowiednio nałożonych szwów. Twórca powyższej metody, zostawiając worek przepuklinowy na miejscu, wcale nie pragnął wywołać zapa-

lenia w kanale przez wpochwienie stożka skórnoego i *respect*. zarośnięcie worka: właściwie dążył on tylko do tego, aby wywołać zapalenie w częściach przyległych, któreby dopomogło do wgojenia wpochwionego stożka skóry i tém samym do zamknięcia na drodze czysto mechanicznej obrączki i kanału przepuklinowego. Najczęściej jednak pragnienia GERDY'go osiadały wkrótce na mieliznie, gdyż zwykle w stosunkowo szybkim czasie, jeszcze przed swém wgojeniem wpochwiony stożek zaczynał się powoli osuwać na zewnątrz, a rola jego wtedy, jako mechanicznej zatyckki ustawała. przepuklina po dawnemu na nowo się zjawiała.

Nic dziwnego, że uznając w zasadzie dobre strony powyższej metody, niektórzy chirurgowie objaśniali jej nieświetne wyniki tylko niedokładnością postępowania; takie tłómaczenie zachęcało ich do czynienia ulepszeń, a WUTZER, ROTHMUND i LANGENBECK wprost wymyślali osobne invaginatoria, które miały utrzymywać wpochwiony stożek w kanale przepuklinowym aż do chwili, w której nastąpiłoby zupełne jego zrośnięcie z częściami przyległemi. Niestety, i te modyfikacje nie na wiele się przydawały, gdyż nawet i w razie wgojenia się stożka, ten ostatni pod wpływem różnych czynników bywał wypychany na zewnątrz po pewnym czasie, a tém samym i przepuklina nie długo na siebie kazała czekać. Że takie, a nie inne rezultaty otrzymywano, to nas wcale dzisiaj nie dziwi, gdyż właściwie, przy téj dość niewinnej operacji wszystkie warunki sprzyjające powrotowi cierpienia, pozostają nie-usuniętými.

Naturalnie jeszcze mniéj pewności ze względu na rezultat, przedstawia operacja zmodyfikowana przez WOODA w Anglii, i dosyć często przez niego wykonywana; WOOD zamiast skóry moszny, wpuszczał w obrączkę pachwinową powięź poprzeczną, leżącą w okolicy pachwinowej, po uprzedniém nacięciu skóry na mosznie na $\frac{1}{2}$ cala poniżej grzebienia łonowego. WOOD do ostatnich prawie

czasów, stosował swą metodę, i nadzwyczaj ją zachwalał, opierając się na niby świetnych rezultatach, jakie otrzymywał; powiadam niby, gdyż trudno jest dawać zupełną wiarę jego słowom ze względu na to, że wiadomości o operowanych chorych są bardzo niedokładne, i że obserwacje nad chorymi, powiększej części, były prowadzone tylko bardzo krótki czas po operacji.

Przez kilka dziesiątków lat jednak, kiedy prawie w całej dziedzinie chirurgii czyniono coraz większe postępy, kwestyja doszczętnego leczenia przepuklin wolnych zostawała w ukryciu; zniechęcono się do niej, widząc prawie bezowocne usiłowania z jednej strony, a z drugiej strony niebezpieczeństwa, które nieraz były przyczyną śmierci operowanego osobnika; jeden WOOD w Anglii tylko jeszcze z zapałem uprawiał tę niwę. Dopiero z chwilą, kiedy metoda przeciwnilna LISTER'a wywołała prawie przewrót w całej chirurgii, otwierając dla niej pola całkiem nowe i dotychczas odłogiem leżące, wtedy i sprawa doszczętnego leczenia wolnych przepuklin musiała wyjść z ukrycia. i jednocześnie mogła wstąpić na więcej racjonalne tory; te obawy i niebezpieczeństwa, jakie musiano dawniej uwzględniać, teraz albo zupełnie upadały, lub co najmniej znakomicie zmalały. Pierwsi Anglicy właściwie otworzyli pole do działania, i w 8-ém dziesięcioleciu tego wieku ogłosili już pierwsze przypadki, w których próbowano i osiągnięto zupełne wyleczenie przepukliny; mianowicie pierwszy STEELE w 1874 r. w Brit. med. Journal, ogłosił przypadek wielkiej wrodzonej przepukliny pachwinowej u 8-letniego dziecka; operował w ten sposób, że po okrwawieniu uprzedniem brzegów obrączki przepuklinowej, połączył te ostatnie za pomocą 2-ch szwów katgutowych, worek zostawił na miejscu bez zmiany; w pół roku jednak, wskutek powrotu przepukliny powtórzył operację w podobny sposób, co i wyżej, na ten raz z dobrym rezultatem, gdyż po 2 latach od chwili powtórnej operacji obrączka przepuklinowa była dokładnie zamkniętą. W 2

lata później, t. j. w 1876 r. ANNANDALE ogłosił swoje spostrzeżenie w Edinb. med. Journal, dotyczące się wielkiej pachwinowej przepukliny, i jednoczesnej małej udowej u 46-letniego mężczyzny; operował obie przepukliny w ten sposób, że worek przepuklinowy starał się oddzielić od części otaczających jak można najwyżej, przewiązywał szyjkę za pomocą katgut, worek jednak pozostawiał na miejscu, nie odcinając go poniżej podwiązki; po upływie roku, autor nie spostrzegł powrotu przepukliny.

Jak widzimy, w pomysłach swych angielscy autorzy nie daleko zaszli, a może nawet postępowanie ich o wiele niżej stoi niż to, jakie zalecali FABRICIUS, lub Ambroży PARÉ; zasługa jednak ich polega na tém, że pierwsi oni, że tak powiem, dali impuls do zajęcia się więcej racjonalnego kwestyją doszczętnego leczenia wolnych przepuklin wtedy, kiedy metoda przeciwna mogła się stać znakomitą pomocnicą dla rozstrzygnięcia téj sprawy. Na tém miejscu uważam jeszcze za stosowne wspomnieć i o przypadku zamieszczonym w Przeglądzie lekarskim z 1876 r. przez OBTUŁOWICZA; ziomek nasz dokonawszy cięcia przepukliny wskutek niewyraźnych objawów zaciśnięcia, u kobiety 52-letniej na przepuklinie pachwinowej lewej oddawna istniejącej i nieodprowadzalnej, znalazł worek bardzo zgrubiałły nie zawierający, oprócz cieczy żółto surowiczéj żadnej zawartości jamy otrzewny; postanowił wtedy odrazu na zawsze oswobodzić chorą od przepukliny, i w tym celu przez środek szyjki worka przeprowadził igłę nawleczoną podwójnym drutem, i każdą połowę szyjki oddzielnie mocno przewiązał; poniżej podwiązki odciął pozostałą część worka, a powierzchnię odcięcia przyżegł rozpaloném żelazem. Ranę skórnią zeszył i po miesiącu chora opuściła szpital, a po upływie 6-ciu miesięcy nie zauważono żadnych śladów powrotu przepukliny. Widzimy, że ziomek nasz w swym przypadku postąpił daleko racjonalniej, niż angielscy chirurdzy, którzy worek przepuklinowy zostawiali bez zmiany, nie troszcząc się wcale o niego.

Właściwie jednak na racjonalne tory weszła sprawa doszczętnego leczenia wolnych przepuklin, dopiero dzięki niemieckim chirurgom; prawie w jednym czasie posypały się w czasopismach liczne ogłoszenia o całym szeregu operowanych przypadków, o różnych sposobach postępowania, za pomocą których próbowano osiągnąć najtrwalszy i jednocześnie w sposób najbezpieczniejszy, dodatni rezultat. Że trudność w otrzymaniu tego rezultatu musiała być wielka, dowodzi już chociażby znaczna mnogość metod zalecanych w ostatnim dziesięćciu lat, przeważnie przez niemieckich chirurgów, do których w czasach ostatnich przyłączyli się także Francuzi i Amerykanie. Wszyscy zmierzają oni do stanowczego rozwiązania tej kwestyi, czy można w sposób doszczętny usunąć przepuklinę na drodze operacyjnej w tych przypadkach, gdzie pasek przepuklinowy albo jest bezużyteczny, albo się nie daje zupełnie zastosować, pomimo dość znacznej jeszcze liczby przeciwników doszczętniej operacji, dowodzących, że doszczętne usunięcie przepukliny należy do mrzonek, mamy jednak przed sobą cały szereg doświadczeń, który namacalnie dowodzi, że wyleczenie doszczętnie przepukliny w znacznej ilości przypadków jest możliwe, a i tam, gdzie się nie otrzymuje w zupełności pożądanego rezultatu, zawsze prawie przedsięwzięta, radykalna operacja nie zaszkodziła choremu, a przeciwnie, postawiła go w daleko lepszych warunkach, niż przed operacją. Najlepiej się czytelnik o tém przekona z zestawień statystycznych, jakie postaram się, o ile można szczegółowo, później przedstawić, gdyż z początku zamierzam podać opis możliwie dokładny różnych sposobów operacyjnych zalecanych w ostatnim dziesięćciu lat, t. j. w epoce panowania metody przeciwnilnej, przy rozmaitych postaciach wolnych przepuklin, i korzystając z materiału statystycznego ocenić, który z podawanych sposobów najlepiej odpowiada swemu zadaniu.

Przedewszystki \acute{e} m musimy stanowczo określić, co właściwie pragniemy osiągnąć za pomocą radykalnej operacji, t. j. jakie s \acute{a} konieczne j \acute{e} y warunki, aby możliwie zabezpieczyć si \acute{e} przeciw powrotowi choroby?

1) Konieczn \acute{e} m jest, je \acute{z} eli tylko miejscowe warunki na to pozwalaj \acute{a} , starać si \acute{e} usun \acute{a} ć w całości worek przepuklinowy.

2) Kanał przepuklinowy nale \acute{z} y zwęzić na tyle, na ile tylko to b \acute{e} dzie mo $\acute{z$ liw \acute{e} m.

Je \acute{z} eli te dwa g $\acute{ł}$ ówn \acute{e} wskazania b \acute{e} d \acute{a} wype $\acute{l$ nione nale \acute{z} yćie, to powrotu przepukliny prawie nie ma potrzeby si \acute{e} obawiać.

3) Nale \acute{z} y jednak przy wyborze metody operacyjnej, uwzgl \acute{e} dnić tak \acute{a} , kt \acute{o} ra stosunkowo wymaga nie wielkich obra \acute{z} e \acute{n} , najmniej nara \acute{z} a na niebezpieczeństwo \acute{z} ycia chorego, i przy kt $\acute{o$ rej stosunkowo szybciej nast \acute{e} puje gojenie rany.

Wypada nam teraz rozpatrzyć, o ile operatorzy proponuj \acute{a} c r $\acute{o$ żne sposoby operacyjne, uwzgl \acute{e} dnia \acute{l} i powy $\acute{z$ sze wskazania.

Jednym z pierwszych, kt $\acute{o$ rzy naprz \acute{o} d posun \acute{e} li spraw \acute{e} doszcz \acute{e} tnego leczenia wolnych przepuklin by \acute{l} Nussbaum, kt $\acute{o$ ry w 1876 roku og $\acute{ł}$ osi \acute{l} szereg przypadk \acute{o} w przepuklin pachwinowych wolnych nie daj \acute{a} cych si \acute{e} utrzymać na miejscu za pomoc \acute{a} paska, a operowanych w nast \acute{e} puj \acute{a} c \acute{y} spos \acute{o} b: po uprzedni \acute{e} m przeczyszczeniu, chorego usypiano, i wtedy po przecięciu sk $\acute{o$ ry i warstw pod ni \acute{a} le \acute{z} ących obna \acute{z} ono worek przepuklinowy na ca \acute{l} ej prawie jego d \acute{l} ugości; ostro \acute{z} nie oddzielano go od j \acute{a} d \acute{r} a i sznurka nasiennego, i wyciągano, ile si \acute{e} da \acute{l} o, z kana \acute{l} u przepuklinowego. co uczyniwszy, wprawiano do jamy brzusznej jego zawartość i wtedy, o ile tylko da \acute{l} o si \acute{e} to najwy $\acute{z$ ej, zeszywano katgutem szyjkę worka przepuklinowego, i na 1 ctm. poni $\acute{z$ ej szwu odcinano wystaj \acute{a} c \acute{a} cz \acute{e} ść worka, a pozosta \acute{l} ą cz \acute{e} ść szyjki wprowadzano do jamy otrzewny; ranę sk $\acute{o$ rn \acute{a} zeszywano jedwabiem aseptycznym.

Za NUSSBAUMEM poszło w ślad wielu innych chirurgów, którzy starali się usuwać przepukliny na drodze zalecanej przez niego; sam jednak twórca metody nie zupełnie musiał być z niej zadowolony, t. j. nie zupełnie musiała zabezpieczać jego metoda przeciwko powrotom choroby, kiedy w kilka lat później, bo w 1885 roku, proponuje nowy sposób operowania, polegający na tém, że po uprzedniém uśpieniu chorego, prowadzi długie cięcie przez wszystkie warstwy, dopóki nie obnaży w całości zewnętrznej części worka przepuklinowego; zawartość worka wprowadza do jamy otrzewny, jeżeli to jest możliwe. i przekonał się, że worek na całej swój długości jest mocno zrośnięty z jądrem i sznurkiem nasiennym, żegadłem PACQUELIN'a przypala przednią powierzchnię worka, oszczędzając naturalnie jądro i sznurek nasienny. Następnie zeszywał część tylko rany skórnej w ten sposób, żeby powstały w skutek przyżegania strup pozostawał odkrytym. Strup zwykle się oddziela bardzo powoli, nieraz parę miesięcy, ale po jego oddzieleniu powstaje twarda mocna blizna, jak to ma miejsce po głębokich oparzeniach; przypadków operowanych podług téj ostatniej metody nie znalazłem, z wyjątkiem tych, jakie wykonał sam NUSSBAUM, który bardzo zachwala powyższe postępowanie, szczególnie przy przepuklinach pachwinowych, gdzie worek jest mocno zrośnięty ze sznurkiem nasiennym i jądrem, i nie daje się od nich oddzielić.

W 1877 roku występuje CZERNY w Wiener med. Wochenschrift z nowym sposobem operowania wolnych przepuklin, i jednocześnie na poparcie przytacza szereg spostrzeżeń; sposób tego chirurga różni się od metody, zalecaniej przez NUSSBAUMA, tém, że CZERNY oddzielał tylko szyjkę worka przepuklinowego bez uprzedniego wyciągania worka z kanału przepuklinowego, podwiązywał ją catgutem i poniżej podwiązki odcinał wystającą część worka; następnie zamykał obrączkę przepuklinową za pomocą krzyżującego się szwu. W rok jednak później, bo w 1878 r.

w swym podręczniku do chirurgii operacyjnej, CZERNY podaje już sposób zmodyfikowany w ten sposób, że worek przepuklinowy pozostawia na miejscu, a ogranicza się tylko na zamknięciu obrączki przepuklinowej, za pomocą 3—5 oddzielnych szwów, stosownie do jej wielkości. Okrwawienie brzegów obrączki przed nałożeniem szwów uważał CZERNY za zbyt ciężkie. W tych przypadkach, w których ze względu na rozmaite przeszkody w odprowadzeniu zawartości przepukliny do jamy otrzewnej, trzeba było worek otworzyć, ten ostatni wtedy CZERNY radzi przemywać 5% roztworem kwasu karbolowego i wprowadzić do niego sączek, a ranę skórą zeszyć katgutem. Sposoby te jednak nie mogły zadowolnić widocznie CZERNY'go, który pierwotnie główny nacisk kładł na zamknięcie obrączki przepuklinowej, gdyż w 1883 r. idzie on w ślady już NUSSBAUMA i SOCINA, którego cytować będę niżej, i w *Centralblatt für Chirurgie* zaleca nie zadawałnic się samém tylko nałożeniem szwu na obrączkę przepuklinową ale dodawać do tego koniecznie i wycięcie worka, po uprzedniém jego oddzieleniu nawet z kanału przepuklinowego, i nałożeniu podwiązki, jak tylko da się najwyżej na szyjkę przepuklinową.

W 1879 roku Socin na zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie podaje nowy sposób operowania, popierając go własnymi licznymi przypadkami. Chirurg ten operuje w sposób następujący:

Po uprzedniém obnażeniu worka przepuklinowego stara się go oddzielić od części przyległych albo przy pomocy palca, lub zgłębnika, lub gdzie konieczność wymaga i nożyczek; przytém przy przepuklinach udowych i pępkowych oddziela worek aż do samej obrączki przepuklinowej, a przy pachwinowych oddziela go jeszcze w kanale pachwinowym na tyle, ile to jest możliwém. Odpowiednio do danego przypadku przepukliny, oddzielanie worka Socin uskutecznia albo przed otwarciem w razie możności odprowadzenia do jamy otrzewnej jego zawartości, lub do-

piéro po otworzeniu worka, kiedy bez usunięcia zrostów zawartość nie daje się wprowadzić do jamy brzusznej. Oddzielony w ten sposób worek przepuklinowy wyciąga się jak można najwięcej na zewnątrz i wtedy przy samém obrączce przepuklinowej, przez środek jego nózki przeprowadza się igłę nawleczoną podwójną nitką; każdą połowę nózki zawiązuje się dosyć mocno oddzielnie, a poniżej podwiązki odcina się obwodową część worka; naturalnie przy stosunkowo szerokiej szyjce worka należy koniecznie nałożyć kilka podwiązek, aby w ten sposób zapobiedz zeslizgiwaniu się tych ostatnich. Do podwiązywania Socin używa katgutu, rzadziej jedwabiu aseptycznego.

W przeważnej liczbie przypadków przez siebie operowanych, Socin oprócz odjęcia worka przepuklinowego dodaje jeszcze i zamknięcie obrączki przepuklinowej za pomocą szwów, zalecane, jak wyżej powiedziano, przez CZERNY'go; zamknięcie to jednak Socin zaleca tylko przy przepuklinach pachwinowych i pępkowych, gdyż przy udowych autor ten jakiegokolwiek zbliżenie brzegów obrączki przepuklinowej uważa wprost za niemożliwe. Ilość szwów podług Socina różną jest odpowiednio do wymiarów średnicy obrączki: jako materiał do zeszywania używa zawsze katgutu. Po tém wszystkiém Socin zeszywa oddzielnie powięź, oddzielnie skórę, i do rany wprowadza sączek. Opatrunek przeciwnilny, a sama operacja powinna być wykonywana z zachowaniem ścisłym wszystkich zasad antyseptyki. Jak widzimy, sposób doszczętnego leczenia wolnych przepuklin, zalecany przez tego chirurga, starał się połączyć w jedno obie metody proponowane przez NUSSBAUMA i CZERNY'go, i dla tego może dzięki powyższej kombinacji zapewniającej lepsze powodzenie, metoda jego w porównaniu z poprzedniemi znalazła daleko więcej naśladowców i zwolenników nietylko w Szwajcaryi i Niemczech, ale i we Francyi i innych państwach.

RISEL w 1877 r. w Deutsche med. Wochenschrift, ogłosił znowuż szereg spostrzeżeń, przytaczając jednocze-

śnie nowy sposób operowania o wiele różny od poprzednich; pierwotny jego sposób inny jest, niż nieco później zmodyfikowany; w pierwszym razie RISEL, po obnażeniu worka oddzielał ten ostatni od przyległych części i wpachniał go do kanału, ustalając tam za pomocą kilku szwów katgutowych, przechodzących przez światło worka, naturalnie po uprzednim wprowadzeniu zawartości do jamy otrzewny; do tego dodawał zamknięcie obrączki przepuklinowej za pomocą paru szwów z katgutem. W ten sposób jednak RISEL zaledwie w paru przypadkach operował, a główną sławę zyskała sobie inna metoda przez niego nieco później od pierwszej zalecana; zasadza się ona na tém, że operator po obnażeniu zewnętrznej części worka i oddzieleniu go od części otaczających, otwierał kanał pachwinowy na całej jego długości i oddzielał w dalszym ciągu w nim worek przepuklinowy aż do miejsca, w którym ten ostatni odchodzi od otrzewny ściennej, po nałożeniu podwiązki wycinał w ten sposób cały worek przepuklinowy; następnie z boków kanału pachwinowego wycinał tyle, żeby ten ostatni, po następczém nałożeniu szwu, miał tyle tylko światła, aby przez niego mógł przechodzić sznurek nasienny. nie będąc wystawionym na ucisk. Tę ostatnią metodę zaleca RISEL stosować w każdym przypadku, gdzie tylko okoliczności pozwalają na to będą.

ALBERT, naśladowując w zasadzie ostatni sposób RISEL'a zmienił postępowanie w ten sposób, że po otworzeniu kanału pachwinowego nie wyłuszczał z niego całkowicie worka, jak to czynił RISEL. ale przecinał go na całej długości kanału, i przyszywał do brzegów tego ostatniego. Metoda ta sama przez się trudna do wykonania, a nie zapewniająca powodzenia, nie znalazła zwolenników oprócz, zdaje się, samego jój autora.

SCHEDE dla tych przypadków, w których worek przepuklinowy jest mocno zrosnięty z częściami otaczającymi i nie daje się w skutek tego dokładnie wyłuszczyć, radzi usunąć z worka to, co można, a następnie do kanału

wprowadzić sącdek, który ma pomagać do zablźnienia kanału za pomocą tkanki ziarninowój; inna kwestyja. czy wytworzona w ten sposób blizna okaże się dosyć mocną i odporną; SCHEDE dużo sobie po niej obiecuje.

Dla dużych przepuklin pępkowych i brzusznych. SIMON radzi po wprowadzeniu przepukliny do jamy brzusznej, utworzyć dość duży worek ze skóry brzucha, wepchnąć go do obrączki brzusznej, i tam ustalić za pomocą zeszywania bocznych ścian brzucha po uprzedniem ich okrwawieniu; chirurg ten liczył na to, że wpochwiony w ten sposób worek skórny wgoi się w obrączkę brzuszną i wytworzy sztuczną zaporę, przeszkadzającą wysuwaniu się przepukliny na zewnątrz. Metoda jednak SIMONA nie wielu znalazła naśladowców, gdyż oprócz jednego przypadku operowanego przez HADLICH'a, i jednego u nas w klinice chirurgicznej prof. JEFREMOWSKIEGO, więcej nie spotykałem się z zastosowaniem jego sposobu operacyjnego dla przepuklin brzusznych.

W 1886 roku MAYDL w Wiener med. Presse ogłosił nową metodę operowania doszczętnie przepuklin, i zaleca ją dla wielkich przepuklin brzusznych, pępkowych, przepuklin smugi białej i w ogóle przepuklin, powstających następczo po dokonaniem cięcia brzucha dla wydobycia guzów z jamy otrzewny. MAYDL postępuje w ten sposób: robi cięcie na miejscu przepukliny, i otwiera worek przepuklinowy; sieć, jeżeli jest obecną, i jednocześnie przyrośniętą, podwiązuje i poniżej podwiązki odcina, a resztę razem z trzewami wprowadza do jamy otrzewny; następnie ze skóry brzucha wycina tyle, żeby po nałożeniu następczém szwów nie było zbyt wielkiego napięcia. Otrzewną, stanowiącą worek przepuklinowy, wycina, a brzegi jej później dokładnie zeszywa; następnie nożem otwiera pochwę mięśni prostych na wewnętrznej ich krawędzi na całej długości rany brzusznej, i znowuż dokładnie zeszywa ze sobą obie tylne części pochwy mięśniowój; to samo robi i z przednią ścianą pochwy mięśniowój, tylko tutaj szwy

obejmują także i sam mięsień prosty. Po tém wszystkiém oddzielnie nakłada szwy na skórę. Postępując w ten sposób, operator nakłada 4 rzędy szwów; pomiędzy otrzewną a drugi rząd szwów MAYDL zaleca wstawiać sączek.

Tego samego roku pojawiła się nowa praca w *Annals of Surgery*, napisana przez Williama MACEWENA, w której autor oprócz szeregu przypadków przez siebie operowanych, podaje dość dokładnie nowy sposób operacyjny, zmierzający do doszczętnego usuwania przepuklin pachwinowych wolnych. Metoda MACEWENA zupełnie się różni w samej zasadzie od wszystkich innych wyżej już cytowanych; przy tamtych, jak widzieliśmy, prawie zawsze główném zadaniem było możliwie całkowite usunięcie worka przepuklinowego. MACEWEN zupełnie inaczej postępuje; wraca on myślą do dawnych sposobów, które miały na celu zapobiedz wysuwaniu się przepukliny za pomocą wytworzenia sztucznej zapory w obrączce przepuklinowej, czy to przy pomocy samego worka przepuklinowego, lub sieci, jak to próbował czynić PETIT, VOLPI, czy też przez przeniesienie szypułkowatych płatów skóry podług rady LANGENBECKA i innych, czy też przez wPOCHWIENIE skóry możliwy do obrączki przepuklinowej, jak czynił GERDY, a za nim WOOD, czy nawet przez wPOCHWIENIE worka przepuklinowego nie tylko do obrączki, ale i do samego kanału pachwinowego, co pierwotnie zalecał RISEL. Przy wszystkich powyższych sposobach worek przepuklinowy nie był wyluszczany, a zostawał się w dalszym ciągu u operowanego osobnika. W ten mniej więcej sposób chce postąpić i MACEWEN; tylko ten ostatni, korzystając z smutnego doświadczenia swych poprzedników, modyfikuje swą metodę tak, aby była w stanie zastąpić wszystkie braki poprzednich sposobów operacyjnych, przy których worek przepuklinowy nie był wycinany. MACEWEN nie usuwa worka, ale z drugiej strony i nie zostawia go na miejscu; chirurg ten oddziela worek na całej przestrzeni od części przy-

głych, oddziela go na całej długości kanału i od samej obrączki pachwinowej wewnętrznej; oddzieliwszy całkowicie worek, MACEWEN fałduje go w odpowiedni sposób i umieszcza w kształcie tamponu na brzusznej stronie obrączki pachwinowej wewnętrznej tak, żeby tampon ten wypukłością swą zwrócony był do jamy otrzewny, a wklęsłą swą podstawą do obrączki wewnętrznej, *respective* do kanału. Zupełnie odwrotne stosunki spotykamy po wycięciu worka, gdyż zwykle wtedy pozostała część szyjki wciągnięta do jamy otrzewny tworzy lejek, którego wierzchołek znajduje się w kanale, i do którego przy powiększeniu ciśnienia w jamie brzusznej, czy też w skutek fizycznych wysiłków, lub gwałtownego kaszlu, wchodzi znowuż trzewa, zwolna rozszerzają go i ostatecznie powodują powrót dawnego cierpienia. Podług MACEWENA zaś nic podobnego nie może mieć miejsca, jeżeli się operuje tak, jak to on zaleca i przeciwnie, operacja przez niego proponowana ma wytwarzać takie warunki, przy których trzewa zamiast spotkać miejsce mniejszej odporności, natrafiają na przeszkodę pod postacią wystającego do jamy otrzewny worka, a wtedy zamiast się posuwać w kierunku przeszkody, raczej będą ją omijały. MACEWEN oprócz tej różnicy w postępowaniu z workiem, innym od poprzednio zalecanych, postępuje także inaczej i z samym kanałem pachwinowym, pragnąc o ile można wszystko prawie uczynić, aby skutecznie zapobiedz powrotowi cierpienia.

W ogóle sposób operacyjny, mający na celu doszczętnie usunięcie wolnej przepukliny, składa się u MACEWENA z 2-ch najważniejszych aktów:

1) Utworzenie tamponu z worka przepuklinowego na brzusznej stronie obrączki pachwinowej wewnętrznej i

2) zamknięcie kanału pachwinowego.

1) Po uśpieniu chorego operator robi cięcie na tyle długie, aby dostatecznie odsłonić obrączkę przepuklinową zewnętrzną i bada worek wprowadzając zawartość jego do jamy otrzewny. Wystającą na zewnątrz obrączki część

worka oddziela od części przyległych, oszczędzając, o ile można, znajdującą się na nim tkanką tłuszczową; następnie otwiera kanał pachwinowy, i w tym ostatnim w dalszym ciągu oddziela worek od sznurka nasiennego i od ścian kanału aż do samej obrączki wewnętrznej, od brzegów której należy także odseparować worek przepuklinowy. Kiedy worek całkowicie jest już oddzielony, wtedy na wystającym jego końcu przeprowadza się szew, mocno go jednocześnie zawiązując; nie odcinając końców nitki, tą samą igłą przekłuwa się kilka razy worek w ten sposób, że przedstawia się on wtedy pofałdowanym w kształcie kurtyny; nitki nie wywleka się z igły, ale w dalszym ciągu ta sama nawleczona igła przeprowadza się przez kanał i przekłuwa przednią ściankę brzuszną przez wszystkie mięśnie brzuszne po nad obrączką pachwinową wewnętrzną, nie dotykając skóry; wtedy dopiero nitkę wywleka się z igły, i pociąga się ją dość mocno dotąd, dopóki worek przepuklinowy nie ściągnie się dostatecznie ku obrączce pachwinowej wewnętrznej w kształcie sfałdowanego tamponu; swobodny koniec nitki przymocowuje się do powierzchownych warstw mięśnia skośnego zewnętrznego.

U dzieci MACEWEN uważa za dostateczne nałożyć jeden szew na wystającej części worka, a koniec swobodny nitki zamiast przeszywać przez cały worek, wprost przekłuć przez przednią ściankę brzuszną nad obrączką pachwinową wewnętrzną; podług autora ma to w zupełności wystarczać do zatamponowania dokładnego obrączki wewnętrznej.

2) Zamknięcie kanału pachwinowego dokonywa się podług MACEVENA przy pomocy 2-ch igieł przepuklinowych, zakrzywionych w odpowiedni sposób; nitkę nawleczoną na jedną z tych igieł przeprowadza się najpierw przez dolną ściankę kanału w pobliżu obrączki pachwinowej wewnętrznej od zewnątrz ku wewnątrz, a następnie przez górną w kierunku od wewnątrz ku zewnątrz; igłę wtedy wyciągamy z nitki przeprowadzonej tak, że mamy 2 końce wolne;

wtedy koniec nitki na dolnej ścianie kanału nawleka się na drugą igłę, i tę ostatnią przeprowadza się w pewnej odległości od pierwszego szwu, na tym samym poziomie, co i poprzednio, od zewnątrz ku wewnątrz, i od wewnątrz ku zewnątrz; w ten sposób na górnej ścianie kanału znajdują się 2 wolne końce nitek, które się dość mocno związują, a tym samym wpływają one na zbliżenie do siebie ścian kanału pachwinowego w okolicy obrączki wewnętrznej. Taki sam szew można także nałożyć i w okolicy obrączki zewnętrznej, co u dorosłych MACEWEN zawsze zaleca czynić. Przy nakładaniu powyższego szwu należy baczną uwagę zwracać na sznurek nasienny, aby go przypadkowo nie zakłuć, lub co gorsza, nie wciągnąć do szwu, co by pociągnęło za sobą smutne następstwa. Szwy, o których była mowa, robi się zupełnie podskórnym, i dla łatwiejszego orjentowania się należy zawsze brzegi rany skórnej dobrze odciągać tępymi haczykami. Po tym wszystkiemu zeszywa się rana skórna, i zakłada się sączek najlepiej z odwapnionych kości. Do opatrunku MACEWEN używa gazę jodoformową i sublimatową, którą przymocowuje opaską elastyczną. Operowani MACEWENA wstawali już w 4-tym tygodniu od chwili operacji, a w 8-mym tygodniu mogli się oddawać zwykłym swym zajęciom.

Noszenie następcze paska przepuklinowego MACEWEN nie uważa za konieczne. Do szwów głębokich używa drutu srebrnego, który przy zmianie opatrunku wydobywa, dowodząc, że druty te nie wgajają się na zawsze, jak wielu chirurgów sądzi, ale przeciwnie drażnią tylko później tkanki, jako ciała obce, i jako takie po pewnym czasie eliminują się na zewnątrz. Do zeszywania skóry używa katgut; pierwszy opatrunek pozostaje 2 tygodnie bez zmiany, jeżeli naturalnie podwyższenie ciepłoty, lub inne groźne objawy nie zniewalają do wcześniejszego zdjęcia opatrunku.

Przy przepuklinach wrodzonych MACEWEN w ten sposób postępuje, że powyżej jądra przecina worek, dzieląc go

na 2 połowy, z których górna idzie na wytworzenie tamponu w obręczce wewnętrznej, jak wyżej, a na dolną połowę worka nakłada się szew i tworzy się tym sposobem osłonę właściwą pachwinową dla jądra.

Zasady powyższej operacji mogą być podług MACEWENA zastosowane i do innych postaci przepuklin, naturalnie z pewnemi zmianami: sam MACEWEN jednak wykonywał operację podług swjej metody tylko na przepuklinach pachwinowych wolnych i na udowych zaciśniętych.

Na tém kończy się szereg różnych metod operacyjnych, mających na celu doszczętne usunięcie przepukliny, postępujących sposobem otwartym, t. j. mających za zadanie dostać się bezpośrednio do samego worka przepuklinowego, po uprzedniem rozcięciu skóry i warstw stanowiących osłonę dla przepukliny. Dla całości obrazu jednak uważam za stosowne wcześniiej, nim przejdę do oceny wartości powyższych metod, zająć się tutaj także jeszcze jedną zupełnie różną i w zasadzie, i w postępowaniu od poprzednich, a wznowioną właściwie i stosowaną już w epoce panowania metody przeciwnilnej. Metoda ta zasadza się na podskórnem stosowaniu środków drażniących, a pierwszy raz była zaproponowana przez VELPEAU we Francyi i PANCVASTA w Filadelfii; obaj chirurgowie prawie w jednym czasie, bo w roku 1835 wpadli na myśl zastrzykiwania nastoju jodyny do opróżnionego worka przepuklinowego, w celu wywołania zapalenia, a następczo i zarośnięcia tego ostatniego tak, jak to ma miejsce przy torbielach; PANCVAST do zastrzykiwania używał także i nastój kantarydowy. Jakie właściwie rezultaty otrzymywali wspomnieni chirurgowie, dokładnie niewiadomo, podług ROTHMUND'a jednak w pracy jego „O radykalnej operacji przepuklin ruchomych pachwinowych“ zastrzykiwania te nie miały doprowadzać do żadnego rezultatu. Przez długie lata kwestyja leczenia przepuklin wolnych podług powyższej metody pozostawała w zapomnieniu, przynajmnieiej nie mogliśmy się spotkać z żadną wzmianką o jakimkolwiek

przypadku w ten sposób operowanym; dopiero SCHWALBE, ogłaszając swą pracę w 1876 r. w *Deutsch. med. Woch.* poruszył na nowo sprawę leczenia przepuklin za pomocą podskórnych zastrzykiwań, z tą jednak ważną różnicą, że chirurg ten zastrzykiwał płyn nie do samego worka, jak czynili wyżej wzmiankowani operatorzy, ale tylko do części przyległych otaczających przepuklinę; SCHWALBE przede wszystkim jako płynu zastrzykiwanego używał alkoholu. W rok później ogłosił znowu szereg przypadków, które miały być wyleczone po zastrzykiwaniu podskórnem alkoholu. W tym czasie za przykładem SCHWALBEGO poszedł i LUTTON, który ogłosił kilka przypadków przepuklin wolnych, usuniętych dzięki zastrzykiwaniu podskórnemu roztworu soli kuchennój.

Nieco później i HEATON ogłosił swą pracę „*The cure of rupture*“, w której podaje sposób postępowania odmienny nieco od poprzednich, mianowicie choremu leżącemu na krzyżu, wprowadza się najpierw zawartość przepukliny do jamy brzusznej, a jeżeli można, to jednocześnie i worek sam wpycha się w obręczkę przepuklinową; jeżeli worek nie daje się wepchnąć, to wtedy razem ze sznurkiem nasiennym odsuwa się go ku wewnątrz i ku środkowi brzucha tak, że nad palcem wskazującym, którym naciska się na obręczkę przepuklinową znajduje się tylko skóra i powięź powierzchowna; szybkim ruchem wtedy operator wkłwa w skórę igłę szprycy w ten sposób, żeby przy następnem powolnem posuwaniu wprowadzić ją pomiędzy palcem naciskającym na obręczkę i brzegami tej ostatniej, aż do samego kanału przepuklinowego pachwinowego: w kanale igłę posuwa się prawie do samej obręczki wewnętrznej, naturalnie z zachowaniem jaknajwiększej ostrożności, aby nie zakłuć sznurka nasiennego, lub worka przepuklinowego. Doszedłszy do obręczki wewnętrznej, zastrzykuje się dopiero wtedy zwolna płyn zawarty w szprycce, a jednocześnie igłę wyciąga się z kanału tak, że ten ostatni na całej swjej długości jest nastryknięty danym płynem. Po

wyjęciu igły miejsce wkłucia mocno się uciska. Do zastrzykiwania HEATON używa mieszaninę następującą:

15 grm. *Extr. aquosi quercus albae* i
0,8 „ *Extr. alcoholici quercus albae*,

która to mieszanina rozciera się dotąd, dopóki nie otrzyma się z niej rozczyну. Jeżeli po zastrzyknięciu występuje zbyt silne podrażnienie, to więcej się bierze wodnego wyciągu, w przeciwnym razie odwrotnie. Zwolennicy metody HEATONA, do tego rozczyну dodają jeszcze 0,03 gr. *morphii muriatici*.

HEATON odrazu zastrzykuje całą szpryczkę PRAVATZA, po czém nakłada opaskę uciskającą; chory obowiązany przez tydzień leżeć w łóżku, później wstaje, ale ze 2 miesiące powinien nosić opaskę uciskającą. Co najmniej w połowie przypadków podług HEATONA, trzeba raz jeszcze powtórzyć zastrzykiwanie powyższego rozczyну, zawsze jednak zaleca on zwracać baczną uwagę na to, aby wywołane zapalenie nie było zbyt mocne i zbyt gwałtowne. HEATON bardzo jest zadowolony ze swego sposobu postępowania i podaje odsetek wyleczonych z przepuklin na 80%.

Że cyfra ta podana przez HEATONA musiała być przesadzona, najlepszy dowód, że metoda jego nie znalazła wielu zwolenników; z pomiędzy tych ostatnich możemy zacytować tylko VARREN'a, który pragnął udoskonalić postępowanie HEATON'a w ten sposób, że zmodyfikował nieco igłę strzykawki, aby łatwiej uniknąć zakłucia sznurka nasiennego i worka przepuklinowego, i jednocześnie zmienił sam płyn używany do zastrzykiwania: mianowicie bierze on 180 grm. *Extr. aq. querc. albae*, który poddaje parowaniu aż do otrzymania ilości 60 grm. i dodaje do tego 15 grm. *Spir. vini rtissimi*, 8 grm. *Aeth. sulphurici*, 0,24 grm. *Morphii muriatici*, i 8 grm. *Trae veratri viridis*. VARREN przy mniejszych przepuklinach zastrzykuje tego płynu 15—20 kropli, a przy większych 25—30 kropli. Obaj wzmianko-

wani autorzy stosowali swą metodę przeważnie tylko przy przepuklinach pachwinowych wolnych.

W 1884 r. SCHWALBE znowu występuje z oddzielną pracą, traktującą o doszczętném leczeniu wolnych przepuklin, w której w dalszym ciągu przeprowadza ideę, na kilka lat przed tém przez niego poruszoną, o usuwaniu doszczętnie przepuklin za pomocą podskórnego zastrzykiwania alkoholu. SCHWALBE metodę swoją buduje na téj zasadzie znanej w patologii, że przez częste wywoływanie ostrych spraw zapalnych w jakimkolwiek miejscu, powstaje ostatecznie przewlekłe zapalenie w tkance łącznej, prowadzące do wytworzenia się nowój tkanki, pozostającej już na zawsze i zawierającej naczynia, które w miarę tego, jak zacicha sprawa nowotworzenia, coraz więcej się kurczy, staje się modzelowatą i wywołuje naturalnie, stosownie do miejsca różne następstwa, raz fatalne, to znów zbawienne, co zależy od ważności narządu w organizmie. Pomiedzy środkami posiadającemi szczególną właściwość wywoływania nowotworzenia tkanki łącznej najpierwsze miejsce zajmuje alkohol; użycie jego wewnętrzne w znacznej ilości sprawia marskość wątroby, i nerek: zastrzykiwany podskórnice wywołuje ostre zapalenie tkanki łącznej podskórnicej, a przy częstém powtarzaniu tego ręko-czynu, zapalenie przewlekłe z wiadomými jego następstwami. Wieloliczne doświadczenia czynione przez SCHWALBE'go i innych badaczy z alkoholem na wolu, na żyłakach i jamiakach potwierdzały w zupełności działanie alkoholu, bez względu na to, czy bierze się do zastrzykiwań metylalkohol, czy phenylalkohol. Zastrzykując jednak powyższe płyny, należy zawsze zachować pewną miarę co do ilości, i co do tęgości zastrzykiwanego alkoholu; zbyt mocne rozczynty mogą wywołać ropienie, co jest wcale niepożądaném, a zbyt słabe znowu nie wywrą dostatecznego efektu. Szereg tych doświadczeń zachęcił SCHWALBE'go do zastosowania zastrzykiwań alkoholu w okolicę obrączki i worka przepuklinowego, aby w ten sposób przez wywo-

łanie odpowiedniego przewlekłego zapalenia, sprowadzić ostatecznie zamknięcie obrączki i zarosnięcie worka przepuklinowego za pomocą nowowytworzonej modzelowatej tkanki łącznej. Dla usunięcia bólu, jaki sprawia zastrzykiwanie, SCHWALBE poprzednio znieczuliła okolicę, w której mają się dokonywać zastrzykiwania, za pomocą eteru, albo mieszaniny lodu z solą kuchenną. Tęgość alkoholu używanego bywa różną i waha się od 20—70 stopni.

Przy zastrzykiwaniach dokonywanych na przepuklinach pachwinowych, należy starannie unikać zakłucia sznurka nasiennego i w ogóle naczyń.

Postępowanie, zalecane przez SCHWALBE'go, daje się najłatwiej wykonać na przepuklinach pępkowych, i przepuklinach smugi białej w sposób następujący: wprowadza się najpierw zawartość przepukliny do jamy brzusznej w poziomym ułożeniu chorego na krzyżu i wtedy wskazującym palcem jednej ręki uciska się obrączkę przepuklinową, a drugą ręką wkłupa się w skórę igłę strzykawki PRAVATZA w odległości 1—2 ctm. od obrączki przepuklinowej i posuwa się ją z wolna podskórnie aż do samej obrączki, unikając jak najstaranniej najmniejszego nakłucia samego worka przepuklinowego; wtedy dopiero bardzo powoli, aby nie wywołać dużego rozerwania tkanek, wypycha się alkohol zawarty w strzykawce, który dość szybko bywa wchłanianym przez naczynia podskórne i podotrzewne chłonne. W ten sam sposób naokoło obrączki przepuklinowej robi się jeszcze 2—3 zastrzykiwań całej strzykawki PRAVATZA; po tém wszystkiém nakłada się opatrunek z plastra lepkiego. Na drugi dzień powtarza się ten sam rękoczyn, później 4-go, potem 7-go i 14-go dnia, dopóki nie zauważy się na około obrączki rozlanego stwardnienia, które ma ostatecznie wywołać pożądany skutek. Po 14 dniach robi się kilkotygodniowa pauza, po której znowu się robi kilka zastrzykiwań w przerwie 2-tygodniowej, później znów pauza i t. d. dotąd, dopóki po zbadaniu obrączka nie okaże się dostatecznie zamkniętą.

Powikłanie ze strony ropienia podług SCHWALBE'go bardzo rzadko się zdarza, i najczęściej powstaje albo wskutek niezachowania ścisłego antyseptyki, lub też wskutek użycia zbyt mocnego rozczywnu alkoholu, lub zbyt wielkiej jego ilości, a nawet jako rezultat bardzo gwałtownego zastrzykiwania.

Metoda SCHWALBE'go trudniej się daje zastosować przy przepuklinach udowych, gdyż tutaj zastrzykiwanie alkoholu na około obrączki przepuklinowej nie udaje się tak łatwo stosunkowo, jak przy przepuklinach pępkowych, lub smugi białej. Chory po każdym zastrzyknięciu obowiązany jest leżeć w łóżku przez dni kilka, a do zastrzykiwania używa się przy tych przepuklinach alkohol słabszy od 20—30 stopni; przy dokonywaniu rękoczywnu należy baczną uwagę zwracać na to, aby igłą strzykawki nie nakłuć żyły udowej.

Zastrzykiwanie alkoholu przy przepuklinach pachwinowych u kobiet dokonywa się z łatwością naokoło obrączki przepuklinowej; za to największe trudności napotyka się przy leczeniu przepuklin pachwinowych u mężczyzn, metodą SCHWALBE'go. Tutaj nie tylko samo postępowanie wymaga większej wprawy, i większej ostrożności, aby nie zranić igłą strzykawki sznurka nasiennego lub worka przepuklinowego w czasie dokonywanego rękoczywnu, ale i same rezultaty bywają znacznie mniej pewne, i podług SCHWALBE'go o wiele rzadziej tutaj się zdarzają zupełne wyleczenia, niż przy innych postaciach przepuklin. Podług SCHWALBE'go *musculus cremaster* jest właśnie główną przyczyną tego niepowodzenia, gdyż w ogóle mięśnie są mniej wrażliwe na czynniki drażniące, a tém samém i nowotworzenie modzelowatej tkanki łącznej przy przepuklinach pachwinowych u mężczyzn jest niedostateczne, aby mogło zapewnić powodzenie w obec postępowania zalecanego przez SCHWALBE'go.

Przystępując do leczenia powyższych przepuklin, należy najpierw rozstrzygnąć, czy worek przepuklinowy znaj-

duje się już na zewnątrz obrączki zewnętrznej, czy też pozostaje jeszcze w kanale pachwinowym. W pierwszym razie SCHWALBE radzi postępować podług jego metody, a w drugim podług metody zalecaniej przez HEATON'a, który igłę strzykawki posuwa aż do obrączki wewnętrznej i nasycy płynem cały kanał pachwinowy. Przy leczeniu tych przepuklin i operator i chory muszą się uzbroić w nadzwyczajną cierpliwość, gdyż nieraz zastrzykiwania trzeba robić miesiące całe, aby osiągnąć jaki taki rezultat. Podług optymistycznego poglądu SCHWALBE'go na jego metodę, wypada, że przepukliny pępkowe i smugi białej mogą być wszystkie wyleczone doszczętnie, stosując leczenie w ciągu 2—3 miesięcy; dla przepuklin udowych termin leczenia podaje dłuższy, od 3—6 miesięcy; przepukliny pachwinowe u kobiet wymagają jeszcze dłuższego czasu, a te same u mężczyzn, nawet podług SCHWALBE'go, bardzo trudno się leczą, a kuracyja nieraz rozciąga się na całe miesiące.

Na teraz zostawimy na stronie sposoby podskórnego postępowania, tak gorąco zalecane przez SCHWALBE'go i HEATON'a, a powrócimy do poprzednich metod, aby rozpatrzeć, o ile dają się one zastosować przy rozmaitych postaciach przepuklin i o ile one odpowiadają tym wymaganiom operacyi doszczętniej, jakie mogą zapewnić możliwie trwale wyleczenie wolnej przepukliny.

Przy doszczętniej operacyi przepuklin pachwinowych natrafia się na największą ilość przeszkód, szczególnie u mężczyzn; przeszkody te przeważnie są uwarunkowane przez anatomiczne stosunki, jakie przedstawia kanał pachwinowy: znaczna jego długość stosunkowo i obecność w nim sznurka nasiennego, nie mówiąc już o tém, że znakomicie utrudniają oddzielanie worka przepu-

klinowego, ostatecznie nie pozwalają na dokładne zamknięcie kanału i obrączki przepuklinowej, co właściwie byłoby najwięcej pożądanem, i zapewniałoby najlepiej powodzenie operacji. Naturalnie, że przeważną tutaj przeszkodę przedstawia sznurek nasienny, gdyż zamykając dokładnie kanał i obrączkę, postawilibyśmy chorego w takich samych warunkach, jak to czynili w pierwszych wiekach lekarze, a w średnich tak zwani specjaliści od wycinania przepuklin razem z jądrem. W ten sposób, nawet całkowicie usuwając worek przepuklinowy, pozostawia się jeszcze nadal otwartą drogę, jaką przedstawia kanał pachwinowy, co u starszych osobników i w ogóle słabowitych z włądą muskulaturą, nie przedstawiającą dosyć odporności, znakomicie usposabia do powrotów choroby. Przeszkody wyżej wymienione występują jeszcze jaskrawiej przy przepuklinach pachwinowych wrodzonych.

Wyżej już powiedziane było, że, przystępując do doszczętniej operacji wolnej przepukliny, należy uwzględnić 3 bardzo ważne punkty:

1) Starać się usunąć, o ile można, w całości worek przepuklinowy.

2) Na tyle zmniejszyć światło kanału przepuklinowego, żeby przez niego mógł tylko przechodzić sznurek nasienny.

3) Wybrać taki sposób operacyjny, który naraża życie chorego na najmniejsze niebezpieczeństwo, a jednocześnie zapewnia możliwie trwałe usunięcie przepukliny. Zobaczymy teraz, o ile rozmaite sposoby operacyjne tak zwane otwarte, odpowiadają tym wymaganiom.

Co się tyczy 1-go punktu, t. j. usunięcia całkowitego worka przepuklinowego, to zadosyćuczynienie temu wskazaniu, napotyka na wielkie trudności przy przepuklinach pachwinowych, szczególnie u mężczyzn.

NUSSBAUM i SOCIN pragną choć w części wypełnić to wskazanie, oddzielając worek przepuklinowy od części przyległych, od obrączki zewnętrznej i od zrostów w sa-

mym kanale; wyciągają go po oddzieleniu jaknajwięcej na zewnątrz, nakładają podwiązkę o ile można bliżej obrączki zewnętrznej, i odcinają całą część worka znajdującą się poniżej podwiązki; o pozostałej części worka powyżej podwiązki nie troszczą się wcale, przeciwnie pocieszają się tą myślą, że ostatnia dzięki kurczliwości cofnie się sama do jamy otrzewny. Trudniejsza sprawa, gdzie zrosty są mocne, gdzie po prostu nie dają się one usunąć, i gdzie o oddzieleniu i następczém usunięciu worka mowy być nie może; wtedy naturalnie wskazaniu pierwszemu nie można zadosyć uczynić, a postępowanie operacyjne redukuje się do rady SCHEDE'go, który w podobnych razach ogranicza się na możliwém tylko usunięciu zrostów i częściowém wycinaniu worka przepuklinowego, a do samego kanału pachwinowego wprowadza sączek, licząc na powolne zarosnięcie kanału za pomocą wytwarzającej się tkanki ziarninowej.

CZERNY, ogłaszając pierwotny swój sposób operowania, wcale nie uwzględnił pierwszego wskazania, zostawiając worek przepuklinowy na miejscu, lub co najwyżej wycinając tylko jego część, wystającą na zewnątrz, i to właśnie stanowiło najslabszą stronę jego metody, główny nacisk CZERNY kładł na nałożenie szwu na obrączkę przepuklinową zewnętrzną, obiecując sobie w ten sposób otrzymać zupełne jej zamknięcie, a tém samym i usunięcie zupełne przepukliny. Sam jednak przekonał się o niedostateczności takiego postępowania, gdyż w kilka lat później zaleca już CZERNY zgodnie z radami NUSSBAUMA i SOCINA, oddzielać o ile można całkowicie worek przepuklinowy, i następnie po nałożeniu jaknajwyżej podwiązki, odcinać. Wskazaniu pierwszemu właściwie najlepiej starała się zadosyć uczynić metoda proponowana przez RISEL'a, który, jak już wiemy, dla dokładniejszego i całkowitego oddzielenia worka przepuklinowego, otwierał na całej długości kanał pachwinowy, i oddzielał worek nie tylko w samym kanale, ale i od obrączki wewnętrznej aż do miejsca, gdzie

od otrzewny ściennój odchodzi worek przepuklinowy; w ten sposób naturalnie postępując, można było usunąć w całości worek przepuklinowy, jeżeli temu nie stały na przeszkodzie zbyt mocne zrosty, a tém samym i zadosyć uczynić pierwszemu może najważniejszemu wskazaniu, gdyż usunięcie w całości worka przepuklinowego bez pozostawienia resztek w kanale i obrączce wewnętrznej, stanowiących *locus minoris resistentiae* ze względu na powrót cierpienia, najtrwałej zabezpieczałoby możliwość zupełnego wyleczenia przepukliny.

O wiele niżej wobec poprzedniej stoi metoda zalecana przez ALBERT'a, który za przykładem RISEL'a, otwierał także kanał pachwinowy, ale nie wyłuszczał worka, tylko go w kanale zeszywał; zbyt mała ilość spostrzeżeń i brak naśladowców zdają się przemawiać przeciwko skuteczności powyższej metody.

Różną zupełnie od sposobów tylko co wyliczonych, jest metoda MACEWEN'a, odznaczająca się oryginalnością pomysłu; metoda ta nie uwzględnia zupełnie pierwszego wskazania, ale z drugiej strony pragnie wytworzyć takie warunki, a nawet lepsze od tych, jakie powstają po całkowitem wyłuszczeniu worka przepuklinowego; mianowicie MACEWEN zostawia worek, ale jednocześnie oddziela go na całej przestrzeni aż do obrączki wewnętrznej pachwinowej, i następnie wytwarza z tego worka, jak już wyżej mówiliśmy, wyborny tampon, mający dokładnie zamykać obrączkę pachwinową wewnętrzną.

O ile rzeczywiście ten sztucznie wytworzony tampon z worka przepuklinowego spełnia dokładnie swe zadanie, zobaczymy później, porównywając otrzymane przez metodę MACEWENA rezultaty z temi, jakie otrzymano po zastosowaniu innych sposobów operacyjnych.

Z kolei wypada nam rozpatrzyć, o ile wszystkie powyższe metody operacyjne odpowiadają zadość drugiemu wskazaniu, które polega na tém, że warunkiem możliwie trwałego wyleczenia przepukliny, jest zmniejsze-

nie na tyle światła kanału pachwinowego, żeby przez niego mógł tylko przechodzić sznurek nasienny bez narażania się na ucisk ze strony ścian kanału. NUSSBAUM, zalecając swą metodę, o ile uwzględnił możliwie pierwszy punkt, o tyle pomiął zupełnie to drugie bardzo ważne wskazanie: naturalnie u bardzo młodych osobników, operując wolną przepuklinę nie zbyt wielką, można jeszcze po usunięciu worka dozostawić kanał jego własnemu losowi, zalecając tylko choremu nosić pasek przepuklinowy, który w tym wieku jest w stanie wywołać jeszcze zarośnięcie kanału przepuklinowego. U osobników jednak dorosłych, nawet po możliwie całkowitem usunięciu worka przepuklinowego, nie można już liczyć na dobrowolne zarośnięcie kanału przy noszeniu nawet najodpowiedniejszego paska, a z drugiej strony pozostawienie kanału pachwinowego w takich samych warunkach, jak przed operacją, stawia chorego w położeniu, usposabiającem do powrotu przepukliny. Więc już pragnął zadość uczynić drugiemu wskazaniu CZERNY, który główny nacisk kładł na nałożenie szwu krzyżowego jak w gorsetach, na obrączkę przepuklinową; w początkach zalecał przed nakładaniem szwu dokładnie okrwawiać brzegi obrączki, później jednak to oświeżanie brzegów uważał za niekonieczne. Do szwu CZERNY używał jedwabiu karbolizowanego; wielu jednak chirurgów postępujących podług jego metody zamiast jedwabiu używało katgut: kwestyja ta zresztą mniej jest ważną, czy ten, czy inny materiał się używa, aby tylko był ściśle aseptyczny, gdyż w przeciwnym razie i jeden i drugi, zamiast dopomódz do osiągnięcia pożądanego rezultatu, wywołają miejscowe zakażenie, odgrywając rolę ciał obcych.

REVERDIN dla dokładniejszego zbliżenia brzegów obrączki przepuklinowej wycinał najpierw dość spore z niej kawałki przeważnie ścięgniste i wtedy dopiero zbliżał brzegi obrączki za pomocą dokładnie nałożonego szwu.

Czy szew tego rodzaju sam przez się może wpłynąć na osiągnięcie trwałego wyleczenia przepukliny? Spo-

strzeżenia czynione przez CZERNY'go, i przez zwolenników jego metody dowiodły, że powroty przepukliny po zastosowaniu jedynie szwu na obrączkę przepuklinową, zdarzają się bardzo często, i to, zdaje się, najwięcej zachęciło CZERNY'go w kilka lat później po ogłoszeniu swęj pierwszej metody pójść za przykładem SOCINA t. j. nie ograniczać się na samym szwie obrączki, który często zawodzi, ale dodawać do tego możliwie całkowite wyłuszczenie worka przepuklinowego. Że szew nałożony na obrączkę przepuklinową tak często zawodził operatorów, nie można się temu dziwić; wiemy bardzo dobrze, jak w ogóle brzegi obrączki dają się z trudnością do siebie zbliżyć nawet przy niewielkich jej rozmiarach, a cöz dopięro mówić tam, gdzie średnica obrączki dochodzi znacznej wielkości; a jednak ta okoliczność najczęściej się zdarza przy operacyi, gdyż przeważnie operacyi podlegają przepukliny większe z dość wielką obrączką. Nie zapominajmy z drugiej strony, że brzegi obrączki przepuklinowęj, szczególnięj pachwinowęj zewnętrznej, są to wałki ścięgniste, które nawet po dokładnem okrwawieniu i nałożeniu szwu mało w ogóle przedstawiają prawdopodobieństwa na zablížnienie się *per primam*; oprócz tego i warunki miejscowe wcale nie dodatnio sprzyjają doraźnemu zagojeniu, gdyż parcie trzew przy powiększeniu ciśnienia wewnątrzbrzusznego znakomicie rozluźnia szwy nałożone na obrączkę, które i bez tego czynnika dość często przecinają napięte brzegi obrączki przepuklinowęj.

Naturalnie SOCIN dalej już postąpił, gdyż kładąc nacisk na zeszyte obrączki, główną uwagę zwracał na możliwie całkowite wyłuszczenie worka; w podobnem zaś położeniu, jak dowiodły spostrzeżenia, warunki miejscowe dla doraźnego zagojenia są lepsze i rzeczywiście częściej się udawało zagojenie *per primam* obrączki po stosowaniu metody SOCIN'a niż CZERNY'go.

Okazuje się jeduak, że i względem drugiego wskazania metoda zalecana przez RISEL'a stoi znacznie wyżej od

poprzednich, ostatni wcale się nie ogranicza nałożeniem szwu na obrączkę przepuklinową zewnętrzną, ale po otwarciu kanału pachwinowego i całkowitem wyłuszczeniu worka przepuklinowego, usuwa tyle ze ścian kanału, żeby w nim po nałożeniu następczego szwu zostało tylko miejsce dla sznurka nasiennego. RISEL więc, jak widzimy, pragnie jednocześnie, usuwając worek przepuklinowy, usunąć, że tak powiem, i sam kanał pachwinowy, t. j. drogę, po której zstępuje przepuklina z jamy brzusznej.

ALBERT'a metoda wobec drugiego wskazania jest tylko słabem naśladownictwem sposobu RISEL'a.

Co się tyczy metody wykonywanéj i zalecanéj przez MACEWEN'a, to ostatni, jak widzieliśmy, nie czyniąc w zasadzie zadość pierwszemu wskazaniu operacyjnemu, faktycznie wytwarza po oddzieleniu worka taki z tego ostatniego tampon w obrączce pachwinowéj wewnętrznej, jaki teoretycznie, zdaje się, powinien stanowczo zapobiegać przeciw powrotom przepukliny. MACEWEN jednak nie ogranicza się tylko na tém, zwraca on baczną uwagę i na sam kanał pachwinowy, który jak już wyżej mówiliśmy, stara się ścięśnić za pomocą odpowiednio nałożonych szwów, i w ten sposób, zmniejszając o ile można, światło kanału, wzmocnić jednocześnie działanie tamponu, wytworzonego z pofałdowanego worka przepuklinowego. Widoczném więc jest, że metody RISEL'a i MACEWENA, choć znacznie się różnią co do saméj techniki postępowania, jednakże obie najsilniéj starają się osiągnąć trwałe wyleczenie przepukliny i usunąć wszelkie warunki, któreby mogły umożliwić powrót dawnego cierpienia. Do wywołania zamknięcia kanału zmierza także i postępowanie SCHEDEG'o. który, jak wiadomo, wprowadza sączek do samego kanału w tych przypadkach, gdzie worek w skutek mocnych zrostów nie daje się oddzielić, i na téj drodze oczekuje wytworzenia się tkanki ziarninowéj, która z postępowem czasu, kurcząc się, zamieni się ma w tkankę bliznowatą i wpłynąć na zamknięcie kanału pachwinowego; zbyt szczupła jednak ilość

spostrzeżeń nie pozwala jeszcze stanowczo sądzić o skuteczności podobnego postępowania; naturalnie w przypadkach, gdzie metoda RISEL'a lub MACEWENA z jakichkolwiek powodów nie daje się zastosować, tam można postąpić podług rady SCHEDEG'ó.

Widzimy więc z tego szczegółowego rozpatrzenia różnych metod operacyjnych, zalecanych w ostatnim dziesięć lat, t. j. w epoce już Listerowskiej, że z teoretycznego punktu widzenia najlepiej wymaganiom doszczętnéj operacji przepukliny odpowiadają metody RISEL'a i MACEWENA, drugie miejsce zajmuje sposób SOCINA, niżej już stoi metoda NUSSBAUM'a, a najmniej czyni zadość pierwotny sposób CZERNY'go. Dość bogaty materiał statystyczny, jaki później zestawimy, wykaże, o ile nasze teoretyczne wnioski zgadzają się z rezultatami, jakie osiągnięto, stosując powyższe metody operacyjne.

Pozostaje nam jeszcze uwzględnić trzeci punkt, t. j. rozpatrzyć, która z tych metod postępowania stosunkowo na najmniejsze niebezpieczeństwo naraża życie chorego, i jednocześnie, która przedstawia najlepsze warunki dla gojenia się rany operacyjnej. Naturalnie wskazanie to w stosunku do 2 ch poprzednich jest prawie nic nieznaczącym, gdyż od chwili, kiedy metoda przeciwnilna dozwalała się nam odważać na dosyć hazardowne rękoczynny, i w tych przypadkach nie można się jedynie kierować przy wyborze metody jej mniejszym obrażeniem i niebezpieczeństwem, ale więcej trzeba mieć na uwadze ten rodzaj postępowania, który najpewniej obiecuje osiągnąć trwałe wyleczenie. Naturalnie, że tylko najściślejsze zachowanie antyseptyki, jak w czasie samej operacji, tak i następczego leczenia jest nieodzownym warunkiem powodzenia; bez tego, nawet stosunkowo najniewinniejsza metoda może narażać życie operowanego na istotne niebezpieczeństwo. Rzecz prosta jednak, że gdzie mniej obrażeń w czasie samej operacji, gdzie mniej w ogóle rękoczynny chirurgicznego, tam przy zachowaniu ściślejszej antyseptyki można się spodziewać

szybszego i prostszego gojenia się rany. Dzisiaj jednak, powtarzam, przystępując do usunięcia wolnej przepukliny, należy uwzględnić przeważnie tę metodę operacyjną, która daje największą rękojmię trwałego wyleczenia. Metoda CZERNY'go stosunkowo najmniej wymaga obrażeń i rękoczynu chirurgicznego, gdyż podług niej nakłada się tylko szew na obrączkę przepuklinową z pozostawieniem na miejscu nienaruszonego worka, t. j. podług téj metody otrzewna nie podlega właściwie żadnemu obrażeniu; to zapewne mając na względzie, wielu chirurgów w początkach okresu przeciwnilnego chętniej stosowało sposób zalecany przez CZERNY'go, niż inne, ale jednocześnie mijało się z głównym celem, gdyż zostawiając na miejscu worek, a z drugiej strony rzadko bardzo osiągając zbliżenie trwałe brzegów obrączki po nałożeniu szwu, wytwarzało właściwie te same warunki po operacji, co i przed, a tém samém narażało operowanego na prawdopodobny powrót przepukliny. Z tych powodów metoda CZERNY'go, choć jak widzieliśmy, wymaga niewielkiego rękoczynu chirurgicznego, jednak ze względu na niedostateczną rękojmię powodzenia, nie może być zalecana odpowiednio do innych metod, o których szczegółowo mówiliśmy i te ostatnie, usuwając w całości worek, albo go oddzielając, jak czyni MACEWEN, aby potem z niego wytworzyć tampon dla obrączki wewnętrznej, chociaż wymagają znaczniejszych obrażeń, jednakże przy ścisłym zachowaniu antyseptyki mogą być bezsprzecznie wykonywane, a w rezultacie zapewniają daleko lepsze powodzenie, niż metoda CZERNY'go. W tych naturalnie przypadkach, gdzie worek przepuklinowy nie daje się oddzielić w skutek zbyt mocnych zrostów z częściami przyległymi i ścianami kanału pachwinowego, tam metody NUSSBAUMA, RISELA, SOCINA i MACEWEN'a nie mogą być zastosowane; w tych razach albo metoda SCHEDE'go byłaby dość odpowiednią, albo w przeszłym roku ogłoszony przez NUSSBAUMA nowy sposób postępowania, polegający na przypalaniu wystającej powierzchni worka przepuklinowego żegadłem PACQUELIN'a.

Czy powyższe oba sposoby mogą zapewnić zawsze dobry skutek, trudno jest dzisiaj stanowczo orzec z powodu niedostatecznej ilości spostrzeżeń.

Tutaj jednak muszę zwrócić uwagę na to, co mówi NICAISE w swym artykule zamieszczonym w *Revue de Chir.* z roku przeszłego; dowodzi on na podstawie swych licznych spostrzeżeń, że cała trudność w oddzielaniu worka przepuklinowego polega nie na jego zrostach z częściami sąsiednimi, ile na zrostach właściwego worka otrzewnowego z wspólną włóknistą powłoką jądra i sznurka nasiennego; twierdzi on, że ścisły związek między temi 2-ma warstwami nie istnieje zwykle, a przynajmniej dość rzadko, i że w przypadkach, w których jest trudném oddzielanie worka przepuklinowego, należy najpierw przeciąć osłonę wspólną włóknistą, a wtedy sam worek otrzewnowy z łatwością daje się oddzielać i rozciągnięta osłona wspólna, chociaż się w całości pozostaje, jednak podług NICAIS'a dobrze się sama później kurczy i nie wpływa ujemnie ani na rezultat ostateczny operacyi, ani na przebieg gojenia się rany.

Zastosowanie wszystkich wyżej wymienionych metod operacyjnych napotyka jeszcze większe trudności przy przepuklinach pachwinowych wrodzonych, niż przy nabytych; tutaj wyluszczenie całkowite worka jest niemożliwe ze względu na jądro, a z drugiej strony u osobników dorosłych sznurek nasienny bywa niekiedy tak mocno i na całej swej długości w kanale zrosnięty z workiem przepuklinowym, że o oddzieleniu go nie można nawet wtedy marzyć. Większość operatorów, jak RISEL, BUSCH, SCHIEDE, MACEWEN radzi, w przypadkach przepuklin wrodzonych rozdzierać worek na 2 połowy powyżej jądra, przyczém górną połowę worka przepuklinowego zupełnie się wycina, jeżeli temu nie stoją na przeszkodzie zrosty ze sznurkiem nasiennym, a brzegi dolnej połowy worka zeszywa się nad jądrem, i w ten sposób wytwarza się osłonę pochwową właściwą dla jądra.

Niektórzy operatorzy jak np. KRASKĘ posuwają się dalej; mniemają oni, że w pojedynczych przypadkach, w których jądro na stronie operowanej jest zwyrodniałe, lub zanikłe, najlepiej do doszczętnéj operacji przepukliny dodać jeszcze i wycięcie jądra. W ten sposób w poszczególnych przypadkach postąpili RISEL i SOCIN; CZERNY jednak i LEISRINK występują przeciwko podobnemu postępowaniu, utrzymując, że w ogóle trudno jest stanowczo rozstrzygnąć, czy dane jądro na pozór zwyrodniałe jest już zupełnie niezdolne do spełniania swéj funkcji, czy téż może jeszcze oddać jakieś usługi swemu posiadaczowi. ANDEREGG w pracy swej z 1886 r. zamieszczonej w *Deutsche Zeit. für Chir.* skłania się na stronę zwolenników kastracyi, dołączanej do doszczętnéj operacji przepukliny, naturalnie w przypadkach, gdzie wszystkie dane wskazują, że jądro jest w stanie zaniku.

Przy *przepuklinach pachwinowych u kobiet* daje się naturalnie zastosować wszystkie te same metody, co i przy przepuklinach pachwinowych u mężczyzn; warunki jednak dla doszczętnego usunięcia przepukliny są daleko przyjaźniejsze; te bardzo ważne przeszkody, jakie przedstawiają jądro i sznurek nasienny u mężczyzn, tutaj wcale się nie spotykają, a tém samym brak ich dozwala na dokładniejsze usunięcie worka przepuklinowego i na dokładniejsze zamknięcie kanału pachwinowego.

Przy *przepuklinach udowych* warunki dla doszczętnéj operacji są w ogóle daleko przychylniejsze, niż przy pachwinowych. Stosunkowo bardzo krótki kanał przepuklinowy, nie zawierający w sobie żadnego prawidłowo istniejącego narządu, pozwala dzięki operacji, na wytworzenie dość mocnej i krótkiej blizny, która może się okazać dosyć odporną wobec parcia ku obrączce udowéj zawartości jamy otrzewny. Naturalnie, przy wyborze metody operacyjnój dla usunięcia przepukliny udowéj nie ma tyle trudności, co przy przepuklinach pachwinowych. Tutaj właściwie metody RISEL'a i MACEWENA nie znajdują należytego zastoso-

wania, i rzeczywiście, na wolnych przepuklinach udowych nigdy przez tych chirurgów nie była dokonaną operacja doszczętna. Najlepiej przy tych przepuklinach nadaje się metoda Socin'a, który po dokładném wyłuszczeniu worka przepuklinowego nakłada jeszcze szew na obręczkę udową. Mniejszą rękojmię powodzenia daje metoda Nussbauma, a jeszcze mniejszą Czerny'go z przyczyn, o których szczegółowo mówiliśmy już, rozbierając stosunek tych wszystkich metod do wskazań i wymagań operacyjnych przy przepuklinach pachwinowych u mężczyzny.

Przy przepuklinach *pepkowych i brzusznych* stosunki anatomiczne są jeszcze prostsze, niż przy poprzednich i kanał tutaj jest zupełnie krótki, ale za to wielką niewygodę przedstawia przy tych przepuklinach, szczególnie dawno istniejących, obręczka przepuklinowa, która w niektórych razach dosięga znacznych rozmiarów i odznacza się bardzo mało podatnemi brzegami.

Najważniejsze zadanie przy tych przepuklinach jest wytworzyć krótką i mocną bliznę. Worek powinien być wyłuszczoney całkowicie, co jednak w pojedynczych przypadkach w skutek silnych zrostów za skórą natrafia na wielkie przeszkody. Dobrze jest także zbliżyć do siebie brzegi obręczki przepuklinowej i połączyć je za pomocą dokładnych szwów. Jeżeli skóra na przepuklinie jest bardzo rozciągnięta, to należy ją razem z workiem usunąć, aby na przyszłość nie tworzyła wcale niepotrzebnych kieszeni. Jak widzimy, dla leczenia doszczętnego tego rodzaju przepuklin nadają się metody Socin'a i Nussbaum'a. Dla bardzo wielkich przepuklin jednak można stosować metodę zalecaną przez Simon'a, lepiej jednak, zdaje się, będzie zabezpieczać przeciwko powrotowi przepukliny sposób proponowany przy końcu zeszłego roku przez Maydl'a; postępując podług rady ostatniego, nakłada się kilka rzędów szwów. co po osiągnięciu doraźnego zagojenia wpływa znakomicie na wytworzenie mocnej blizny, któraby była

w stanie opierać się naciskowi ze strony zawartości jamy brzusznej.

Kilka słów należy nam poświęcić i dla *przepuklin smugi białej* najczęściej spotykanych powyżej pępka. Bywają one dwojakiego rodzaju, albo 1) właściwe przepukliny zawierające sieć, lub trzewa, lub jedno i drugie jednocześnie, albo 2) przepukliny tak zwane tłuszczowe, które niekiedy towarzyszą pierwszym. We Francyi w ogóle aż do chwil ostatnich nie zwracano na nie szczególnej uwagi, a w podręcznikach najnowszych jak FOLLIN'a i DUPLAY'a z 1880 r. lub NELATONA (wydanie z 1882 r.) spotykamy także tylko wzmiankę, że przy tych przepuklinach, jak w ogóle i przy pępkowych należy je odprowadzić i zalecić nosić odpowiedni pasek przepuklinowy z dodaniem szerokiej opaski, mającej podtrzymywać brzuch cały. Wszyscy ci wyżej wzmiankowani chirurdzy ostrzegają przed wszelkiem wdawaniem się operacyjnem przy tych przepuklinach, i operację uważają za dozwoloną tylko w razie zaciśnięcia. Co czynić jednak wobec nieodprowadzalności tych przepuklin, co czynić w obec strasznych zaburzeń ze strony kanału pokarmowego i nerwobólów brzucha, jakie w wielu razach wywołuje obecność powyższych przepuklin, wzmiankowani operatorzy wcale nie wspominają. Nawet w podręczniku z 1885 roku przez POULET'a i BRUSQUET'a to samo znajdziemy, co i u poprzednich chirurgów. W ogóle we Francyi prawie do chwil ostatnich spotykamy silną opozycję przeciwko operacji doszczętniej wolnych przepuklin wszelkiego rodzaju, *eo ipso* i przeciw operacji przepuklin smugi białej. Dopiero w roku zeszłym w *Revue de Chir.* TERRIER występuje z artykułem, w którym gorąco zaleca usuwanie przepuklin smugi białej, wywołujących zaburzenia w kanale pokarmowym, i jednocześnie przytacza kilka przypadków przez siebie operowanych. W Niemczech wcześniej już zwrócono uwagę na te przepukliny, jako na przyczyny bezpośrednie strasznych zaburzeń, a KOENIG i LUECKE gorliwie zalecają

je na drodze operacyjnej doszczętnie usuwać. W Anglii BANKS również zaleca je operować. Naturalnie doszczętna operacja tych przepuklin nie przedstawia takich trudności, jak inne postacie przepuklin, o czym sam miałem sposobność się przekonać, operując w roku zeszłym jeden przypadek przepukliny tłuszczowej smugi białej i w ogóle przy wyborze metody operacyjnej uwzględnić tutaj należy to wszystko, co i przy operacji przepuklin pępkowych.

Teraz przystąpimy do zebrania materiału statystycznego, gdyż tylko dzięki niemu możemy na pewno wyciągnąć wnioski racjonalne, o ile doszczętnie leczenie wolnych przepuklin może mieć racyję bytu, czy jest w ogóle możliwem zupełne i trwałe usunięcie przepukliny, dalej, w jakich przypadkach operacja powyższa jest wskazana, a w jakich nie powinna być wykonywaną; statystyka nas nauczy, jaki sposób operowania daje najlepsze rezultaty pod względem trwałego wyleczenia przepukliny, jaka metoda stosunkowo naraża na najmniejsze niebezpieczeństwo życie operowanego, i jakie powinno być postępowanie w czasie samej operacji, aby zabezpieczyć przebieg gojenia rany pooperacyjnej od możliwych powikłań. Na szczęście rozporządzamy do chwili obecnej dość już bogatym materiałem, który może nam dostarczyć dużo pozytywnych wskazówek; dodaję tylko tutaj to, że głównie, bo prawie wyłącznie, zajmę się rozbiorem i zestawieniem przypadków operacji dokonanej na wolnych przepuklinach, do których naturalnie zaliczają się nie tylko ruchome i odprowadzalne, ale również i przepukliny nieruchome i odprowadzalne, jeżeli tylko nie są zaciśnięte. O operacji doszczętniej dołączanej do cięcia przepukliny wskutek zaciśnięcia powiem słów kilka na końcu tej pracy dla całości obrazu. To różniczkowanie operacji wolnych przepuklin, od doszczętniej operacji wykonywanej na zaciśniętych jest koniecznem ze względu na nakreślenie dokładnego obrazu; inne są wa-

runki przy operacji wolnej przepukliny, a inne przy zaciśniętej, gdzie głównym zadaniem jest ocalić życie chorego, a doszczętne usunięcie samej przepukliny zajmuje już tylko miejsce drugorzędne w obec najważniejszego wskazania życiowego.

Największy materiał statystyczny zawdzięczamy LEISRINKOWI, który zebrał wszystkie przypadki doszczętniej operacji wykonane w okresie panowania metody przeciwnilnej, aż do końca 1882 roku, przeważnie przez chirurgów niemieckich. Francuzcy chirurgowie do tego czasu prawie wcale nie robili wzmianki o tej operacji, i dopiero w czasach ostatnich SEGOND, TERRIER i LUCAS-CHAMPIONNIÈRE zaczęli ogłaszać pewną ilość operacji doszczętnych, dokonanych na rozmaitych postaciach wolnych przepuklin.

W ogóle w tablicy LEISRINKA znajdujemy razem 202 przypadki operacji doszczętniej na wolnych przepuklinach.

Od tego czasu liczba operacji doszczętnych znakomicie wzrosła i przedstawia się do ostaniej chwili w następującym porządku i ilości:

U SEGOND'a zanotowano przypadków operacji 26.

W pracy ANDEREGGA pomieszczono przypadków operacji 38, operowanych przez SOCINA.

W pracy MUNZINGER'a pomieszczono przypadków operacji 5, operowanych przez KROENLEIN'a.

W pracy GUTTMAN'a pomieszczono przypadków operacji 2, operowanych przez MAAS'a.

W pracy SVENSSON'a i ERDMAN'a pomieszczono przypadków operacji 106, operowanych przez autorów.

W pracy WILLIAMA MACEWEN'a pomieszczono przypadków operacji 33, operowanych przez autora.

W pracy TERRIER'a pomieszczono przypadków operacji 4, operowanych przez autora.

W pracy LUCAS-CHAMPIONNIÈR'a pomieszczono przypadków operacji 10, operowanych przez autora.

W pracy REVERDIN'a pomieszczono przypadków operacji 1, operowaną przez autora.

W pracy BANKS'a pomieszcz. przyp. oper. 1, oper. przez autora.

W pracy NUSSBAUM'a pomieszcz. przyp. oper. 1, oper. przez autora.

W pracy NICAISE'a pomieszcz. przyp. oper. 1, oper. przez autora.

W pracy MAYDL'a pomieszcz. przyp. oper. 1, oper. przez autora.

W pracy CABOT'a pomieszcz. przyp. oper. 1, oper. przez autora.

W pracy OBTUŁOWICZA pomiesz. przyp. oper. 1, oper. przez autora.

W pracy LUEKEG'o pomieszcz. przyp. oper. 2, oper. przez autora.

Oprócz téj liczby dołączyć muszę jeszcze 4 przypadki, z których 3 były operowane w klinice chirurgicznej prof JEFREMOWSKIEGO w czasie méj asystentury, a jeden przypadek był operowany przezemnie na mieście, i oprócz tego jeden przypadek operacji doszczętnéj wolnéj pachwinowéj przepukliny, dokonany przez Dr. KRAJEWSKIEGO podług metody MACEWEN'a.

Razem otrzymamy 440 operacji doszczętnych, dokonanych na rozmaitych postaciach wolnych przepuklin.

Z téj ogólnej liczby przypada na:

przepukliny pachwinowe	370
„ udowe	50
„ pępkowe i brzuszne	9
„ smugi białej	11

Razem 440

Pod względem płci wykonano doszczętną operację:

	u męż.	kob.	pleć niepod.	Razem
na przepukl. pachwinowych	328	33	9	370
„ udowych	7	43	—	50
„ pępk. i brzusz.	4	5	—	9
„ smugi białej	9	2	—	11
	<u>348</u>	<u>83</u>	<u>9</u>	<u>440</u>

Jak widzimy z cyfr powyższych, u mężczyzn operacja doszczętna była 4 razy częściej wykonywaną niż u kobiet, i że na przepukliny pachwinowe wypada $\frac{1}{6}$ wszystkich operacyj, a na pozostałe postacie przepuklin razem $\frac{1}{6}$ ogólnej summy.

Wiek chorych, na których wykonano operację:

niżej roku jednego operowano 9 chorych.

od 1—5 lat	„	15	„
„ 5—10	„	10	„
„ 10—20	„	53	„
„ 20—40	„	165	„
„ 40—60	„	152	„
„ 60—70	„	19	„
„ 70—80	„	4	„
Wiek niepodany	„	13	„
	<u>Razem</u>	<u>440</u>	„

Z powyższego zestawienia widzimy, że największa ilość operacyj doszczętnych na wolnych przepuklinach przypada na wiek od 20—40 lat i od 40—60 lat, gdyż prawie wynosi $\frac{2}{3}$ wszystkich operacyj.

W liczbie 370 przepuklin pachwinowych, jakie zebrałiśmy, znajduje się 17 przepuklin dwustronnych, a z pomiędzy 50 udowych, jest jedna dwustronna; oprócz tego na ogólną liczbę 370 przepuklin pachwinowych operowano 27 razy przepuklinę pachwinową wrodzoną.

Należy także zwrócić uwagę na to, jakie przeważnie operowano przepukliny, czy ruchome i odprowadzalne, czy

téż odwrotnie: okazuje się, że przepukliny zupełnie ruchome operowano w 67 przypadkach, zaś nieodprowadzalne, albo odprowadzalne, albo bolesne, lub téż nie dające się utrzymać za pomocą paska w 246 przypadkach.

W pozostałej liczbie przypadków operatorzy nie uczynili żadnej wzmianki o tém, w jakim stanie była operowana przepuklina, czy ruchoma, czy bolesna, czy nieodprowadzalna, czy nie dająca się utrzymać za pomocą paska.

W dalszym ciągu wypada się nam zająć z zawartością operowanych przepuklin, t. j. o ile w przepuklinie znajdowały się same trzewa, albo trzewa z siecią, albo sama sieć, albo jakaś inna zawartość.

Same trzewa znajdowano w	179	przypadkach.
Samą sieć	39	„
Trzewa i sieć razem	98	„
Tylko wysięk w worku	7	„
Żadnej zawartości w worku	2	„

W jednym przypadku w worku znajdowała się macica z jajnikami, a w jednym kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowatym.

W pozostałej liczbie przypadków dokładnie nie podano zawartości operowanej przepukliny. Z tablicy téj widzimy jednak, że najczęściej zawarte w worku były same trzewa, i że w pokaźnej liczbie przypadków trzewom towarzyszyła sieć.

Teraz należy nam zestawić w cyfrach, podług jakiej metody były wykonywane operacje na rozmaitych postaciach przepuklin, w jakim liczebnym stosunku do siebie, i jakie powikłania zdarzały się w czasie samej operacji.

Metodę CZERNY'go stosowano w 63 przypadkach.

„	NUSSBAUMA	„	„	84	„
„	SOCIN'a	„	„	213	„
„	RISEL'a	„	„	20	„

Metodę MACEWEN'a stosowano w	34	przypadkach.
„ SIMON'a	„ „ 3	„
„ MAYDL'a	„ „ 1	„
„ SCHEDEG'Ō	„ „ 1	„
NUSSBAUMA, zalecaną w przeszłym r.	1	„
Razem	419	

W pozostałych kilkunastu przypadkach dokładnie nie jest podany sposób postępowania operacyjnego.

Co się tyczy powikłań, jakie miały miejsce w czasie samej operacji, to prawie we wszystkich tych przypadkach, gdzie sieć była przyrośnięta, lub zmieniona, była ona po nałożeniu jednej, lub więcej podwiązek, stosownie do grubości nóżki, odcinaną, a pozostałą jej część po wymyciu 5 proc. roztworem kwasu karbolowego, lub 1‰ sublimatu wprowadzono do jamy otrzewny. Właściwie tylko w bardzo nieznacznej liczbie przypadków, sieć w całości była wprowadzana do jamy brzusznej i to naturalnie wtedy, kiedy nie przedstawiała żadnych zmian chorobowych. Oprócz tego najczęstszego powikłania, towarzyszącego operacji doszczętniej wolnej przepukliny, zdarzały się i inne, naturalnie o wiele rzadziej; między nimi zanotowano:

wycięcie jądra zwyrodniałego w 6-ciu przypadkach,

wodostek osłony pachwinowej 5 razy spostrzegany, a 2 razy operowany,

wodostek sznurka nasiennego 1 raz spostrzegany i operowany.

Co się tyczy przepuklin wrodzonych pachwinowych, których jak wyżej mówiłem operowano 27, to w 21 przypadkach z tej liczby operowano w ten sposób, że nie mogąc usunąć w całości worka, rozcinano go powyżej jądra, dolną część zeszywano, tworząc w ten sposób osłonę pachwinową dla jądra, a górną część albo usuwano, albo tworzono z niej tampon, jeżeli postępowano podług metody MACEWEN'a. W 6-ciu zaś przypadkach

dokonano całkowite wyluszczenie worka z wycięciem jądra.

Co się tyczy kwestyi, jak dawno istniały przepukliny u osobników, poddających się operacyi, to tutaj możemy zebrać cyfry dość szczupłe tylko, gdyż w ogóle niewielu chirurgów zwracało uwagę na ten punkt, w każdym razie dość ważny i wpływ swój wywierający na rezultat pooperacyjny; w tablicy tak bogatej pod względem materiału, jak LEISRINK'a, zupełnie nie znajdujemy wzmianki o czasie istnienia przepukliny u danego osobnika; spotykamy je dopiero u ANDEREGGA, MACEWEN'a i tak się u tych ostatnich przedstawia:

Przepuklin istniejących mniej niż rok jeden opero-			
		wano 26 razy	
	od 1— 5 lat	29	„
	„ 5—10 „	22	„
	„ 10—20 „	11	„
	więcej nad lat 20 „	2	„

Bardzo ważną rzeczą jest zbadać teraz przebieg rany pooperacyjnej, i powikłania, jakie towarzyszyły gojeniu; sprawa ta przedstawia się w następujący sposób:

Ropień moszny z oddzieleniem się szwu nałożonego na obrączkę przepuklinową spostrzegano w 19 przypadkach.

Krwotok następczy ze zgorzelą moszny w	1	„
Przetoka do worka prowadząca w	3	„
Zgorzel części worka przepuklinowego w	2	„
Ropienie rany w	12	„
<i>Phlegmone</i> miednicy i brzucha	7	„
Zgorzel brzegów rany, lub dyfteryt rany	7	„
Bardzo powolne gojenie rany	22	„

Razem 73 razy.

Szybkie doraźne zagojenie miało miejsce w 148 przypadkach.

Gojenie bez powikłań, trwające od tygodnia do 3 tygodni w 107 przypadkach.

Gojenie od 4—10 tygodni, trwające bez powikłań w 95 przypadkach.

Razem 350 przypadków.

W pozostałej niewielkiej liczbie przypadków nie zanotowano, jaki właściwie był przebieg gojenia rany, i czy były jakiegokolwiek powikłania w czasie tego gojenia.

(C. d. n.)

SŁOWNIK
BIBLIOGRAFICZNO-BALNEOLOGICZNY
KRAJOWYCH ZAKŁADÓW

zdrojowo - kąpielowych, wodoleczniczych, 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.

CZĘŚĆ DRUGA.

ZDROJOWISKA SZCZEGÓŁOWE.

(Ciąg dalszy).

370. **Iwonicz.** Anons po francusku, uskuteczniiony z powodu współdziału Iwonicza we wystawie międzynarodowej paryskiej r. 1867 in folio.

371. **Moszczański K.** Zdroje Iwonickie Sprawozdanie z r. 1867. Kraków 1867.

372. **Dr. M. Z. (Zieleniewski).** Ilustrowany przewodnik w podróży do Iwonicza. Kraków 1869, in 16-o.

373. **Bośniacki.** Iwonicz w czasie pory kąpielowej r. 1870. Kraków 1871.

374. **Bośniacki**. Iwonicz w r. 1871. Kraków 1872.
375. **Bośniacki**. Iwonicz w r. 1872. Kraków 1873.
376. **Bośniacki**. Iwonicz w r. 1872. Kraków 1874.
377. **Aleksandrowicz A.** List do T. Torosiewicza w sprawie rozbioru wód Iwoniczich. Kraków 1874.
378. **Bośniacki**. Iwonicz w r. 1874. Kraków 1875.
379. **Lutostański B.** Iwonicz w r. 1875. Kraków 1876 r.
380. **Lutostański B.** Iwonicz w r. 1876. Szpital zdrojowy w Iwoniczu. Kraków 1876.
381. **Lutostański B.** Stosunek miesięczkowania do żoźwów. Leczenia tych zbroczeń zdrojem i kąpielami Iwoniczkimi. *Medycyna* r. 1876. Nr. 21—36.
382. **Lutostański B.** Iwonicz w r. 1876. Przyczynek do etnografii i topografii Iwonicza. Kraków 1877.
383. **Dębicki**. Iwonicz w r. 1878. Lwów 1879.
384. **Dębicki Klem.** Iwonicz. Zakład zdrojowo-kąpielowy, szczawy słone jodowo-bromowe. Lwów 1880 r., in 16-o, s. 10.
385. **Dębicki**. Iwonicz w r. 1880. Lwów 1881.
386. **Dębicki**. Iwonicz. Zakład zdrojowo-kąpielowy. Lwów 1881.
387. **Świrski A.** Iwonicz. Zakład zdrojowo-kąpielowy. Podręcznik dla podróżujących. Jasło roku 1881, in 8-o, s. 13.
388. **Iwonicz**. Zakład zdrojowo-kąpielowy. Lwów r. 1882.
389. **Świrski A.** Iwonicz w r. 1881. Jasło 1882.
390. **Świrski A.** Die Jod- und Bromhaltigen Kochsalzquellen in Iwonicz. Jasło 1882.
391. **Świrski A.** Isvorde apelor sarate bromatice si jodice in Iwonicz. Budapest 1882.
392. **Świrski A.** A jod- es bromtartalmu konyhasos Vizforrasok Iwoniczban. Budapest 1882.
393. **Dębicki**. Iwonicz w r. 1882. Lwów 1883.

394. **Świrski A.** Iwonicz. Zakład zdrojowo-kąpielowy. Podręcznik dla podróżujących. Jasło 1883.

395. **Dębicki.** Iwonicz. Zakład zdrojowo - kąpielowy. Podręcznik dla podróżujących. Lwów 1884 r., in 8-o, s. 30.

396. **Dębicki.** Iwonicz w r. 1884. Lwów 1885, 8-o małe, str. 58, z ryciną i mapką.

397. **Iwonicz.** Kraków 1885, (odbitka z *Czasu roku* 1885), 8-o, s. 20.

398. **Rieger Z.** Iwonicz. Zakład zdrojowo - kąpielowy w Galicyi. Przegląd sezonu z r. 1885. Lwów 1886.

399. **Zakład zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu b. m. i r. w.** (autor **Dr. Franc. Murdziński**).

400. **Mineralnyje istoczniki w Iwonicze b. m. i r. w.**

401. **Das Jodbad Iwonicz in Galizien, drugostronnie po franc.** L'établissement des bains et des eaux minerales iodobromurées d'Ivonitche en Galicie. Autriche. Wydane w Krakowie b. r. w litografii Salba, in 8-o.

402. **Iwonicz.** Zakład zdrojowo - kąpielowy. Lwów b. r. w.

403. **Neueste Nachrichten** über die Jod und Bromhaltigen alkal. Heilquellen zu Iwonicz, in folio z widokiem zakładu b. m. i r. w.

404. **Poll Joseph.** Brunnenarzt in Iwonicz. Aerztliche Beobachtungen der Wirkungen d. Iwoniczer Heilwasser in den J. 1843—1844, (rękopis in folio w posiadaniu Dr. Zieleniewskiego, niedopuszczony do druku przez cenzurę de dato. Lwów r. 1845. Nr. 1349).

Nadto o Iwoniczu zobacz Nr. 20, 25, 35, 38, 42, 53, 81, 82, 83, 84, 92 i 117.

J a r o s ł a w

miasto w Galicyi (obwód przemyski), stacja kol. żel. galicyjskiej Karola Ludwika. posiada źródł żelazisty nie eks-

plątowany. Zobacz **Ressig** Nr. 11, tudzież **Torosiewicz** Nr. 35.

J a s t r z ę b i e

po niemiecku **Königsdorf-Jastrzemb**

wieś Jastrzęb górny od swego dziedzica bar. Königsdorfa nazwany po niem. Koenigsdorf-Jastrzemb, mająca 63 domów a 262 mieszkańców, w górnym Szląsku pruskim, powiat Rybnicki, tuż na pograniczu Szląska austrijskiego, od stacyi kol. żel. północnej ces. Ferdynanda Piotrowice o 7 kilom. odległa, posiada od r. 1862 zakład zdrojowo-kąpielny wód słonych, odkrytych roku 1850, gmach łaźni o 32 gabinetach kąpielnych, łaźnię parową solną, wzięwalnię, dom gościnno-zdrojowy i około 200 pokoi dla gości chorych.

Rozbiór chemiczny tutejszej solanki wiertniczym sposobem 1850 r. otrzymanej, według Gschleidlena w 1000 częściach wody wykazuje:

ogólną ilość składników stałych	12.068 gr.
między temi: chlorku sodu	11.122 „
„ wapnia	0.451 „
„ magnezu	0.370 „
jodku „	0.007 „
bromku „	0.036 „

Ku wzmocnieniu kąpeli używają tu dodatku stężonej solanki, którą także eksportują na handel.

Ceny przystępne z wyjątkiem opłaty zdrojowej, wynoszącej 24 marek od osoby.

Doroczna frekwencja około 700 gości zdrojowych.

405. **Faupel H. Dr.** Das Soolbad Königsdorff-Jastrzemb. Zweiter Badebericht. Gleiwitz 1863, 8-o, s. 72.

406. **Faupel H. Dr.** Das Soolbad Königsdorff-Jastrzemb. Dritter Bericht. Breslau 1864.

407. **Frycz J. M.** Zdrojowisko w Jastrzębiu *Tygod. ill.* 1865. XI, s. 224.

408. **Gscheidlen Prof. Dr.** Analyse der Quelle zu Königsdorff-Jastrzemb. Breslau 1877.

409. **Weissenburg Dr.** Das Jod- und Bromhaltige Soolbad Königsdorff-Jastrzemb in Oberschlesien — seine Kurmittel und seine Wirkungen. Berlin 1879.

410. **Pawiński J.** Korespondencyja z Jastrzębia, (solanka jodobromowa). *Gazeta lek.* r. 1882. Nr. 39—40.

Jaszczurówka

miejsowość w Galicyi, położona w Tatrach, na wysokości 908 metr. n. p. m., adtynencyja wsi Poronina, około 5 kil. od Zakopanego oddalona, posiada cieplicę obojętną (*akraththerma*), $+ 21^{\circ}$ C., będącą jedyną reprezentantką tego rodzaju wód mineralnych na całym obszarze ziem polskich. Namieniony źródłowy dobrowolnie z ziemi wyłoniany i bardzo obfity, leży w dziko romantycznej wąskiej dolinie „Olczysko“, na lewym brzegu potoczka tak samo zwanego, od niepamiętnych czasów znany był tutejszej ludności z jego fizycznych właściwości: niezamarzania i unoszenia się ponad nim obłoczków pary wodnej podczas tęgiej zimy, tudzież z częstego znachodzenia się obok źródła jaszczura plamistego (*Salamandra maculosa*), od którego pochodzi nazwa ludowa tutejszego źródła „Jaszczurówka“.

Pierwszą literacką wiadomość o Jaszczurówce, wcale nieznaną dawniejszym badaczom Tatrów, podał **Prf. Dr. L. Zsisznor** w swój rozprawie p. t. *O temperaturze źródeł Tatrowych i pasm przyległych* (Biblioteka warszawska r. 1844 T. II, s. 257—281). zwiedziwszy dwukrotnie tutejszą miejscowość w latach 1839 i 1840. Jednak mimo tego źródłowy Jaszczurów mało zwracał na siebie uwagę naszych naturalistów i lekarzy, dopóki **Prf. Dr. Skobel** nie ogłosił r. 1859 dwukrotnie w „Rocznikach Towarzystwa naukowego kra-

kowskiego“ swoich prac o Jaszczurówce, tudzież dopóki za staraniem Komisji balneologicznej, w namienioném Towarzystwie podówczas istniejącej, zdroj Jaszczurówki nie został r. 1861 przez **Aleksandrowicza** chemicznie rozebrany.

Wynik wspomnianego rozbioru w 1000 częściach wspomnianej wody jest następujący:

siarkanu wapniowego	0.100901
azotanu magnezowego	0.008374
chlorku sodu	0.028300
„ magnezu	0.024695
dwuwęglanu magnezowego	0.070956
„ wapniowego	0.032488
kwasu krzemowego	0.015000
Ogółem składników stałych	0.280714
Kwasu węglowego istotnie wolnego	0.094808
Azotu	0.025344
Tlenu	0.001553

Gaz wydobywający się z wody w 100 częściach objętości zawiera:

azotu	96.75
tlenu	24.4
gazu kw. węglowego	8.1

Gaz, wydobywający się ze zdroju Jaszczurówki, jest prawie czystym azotem.

Na mocy wspomnianego rozbioru zdroj Jaszczurówki należy do wód ciepliczych obojętnych (*indifferentes thermae*).

Niedługo potem zrobiono tu zbyt doraźne urządzenie do użycia kąpielii w Jaszczurówce, zaledwo umożliwiające ich branie od najmniej wybrednych osób.

Dopiero w r. 1886 usunięto doszczętnie tutejsze pierwotne wrzekome urządzenie kąpielne. Zdrój sam na nowo ocembrowano i wystawiono obecnie istniejący budynek kąpielny, mieszczący 2 zbiorniki przeznaczone do wspólnej kąpielii (oddzielnie dla kobiet tudzież dla mężczyzn), każdy

o 8 metr. szerokości a po 10 metr. długości mający, a obok nich 31 wygodnych komórek do rozbierania się kąpiących; nadto są tu 4 gabinety dla chcących się kąpać oddzielni, tudzież jest tu urządzenie do używania natrysków spadowych.

Zwiedzając osobiście r. 1887 tutejszy zakład kąpielny znaleźliśmy całe jego urządzenie zupełnie zadosyć czyniącym swemu przeznaczeniu i wygodzie, a bardzo licznie uczęszczany przez gości w Zakopanem przebywających, skoro dzienna ilość kąpeli tu udzielanych wynosiła 110 do 130. Cena kąpeli od 1 osoby 20 kr.

Lekarze mają tu przyznane przez właściciela Jaszczurówki prawo bezpłatnego używania przez cały sezon tutejszych kąpeli.

Prześliczne położenie miejscowości, otoczonej zewsząd rozległymi lasami, bardzo czyste powietrze, wysokie nad poziom morza wzniesienie, te same jak w Zakopanem klimatyczne stosunki (od którego tylko pół godziny drogi je oddziela), dostatek pomieszczeń w sąsiedniej adtynency z Jaszczurówką zwaną „Bystre“, dają młodocianemu temu zdrojowisku podstawę, rękojmię i warunki dalszego rozwoju. Niebawem ma tu stanąć dom gościnnie-zdrojowy, pomieszczający restaurację z przynależnymi ubikacjami sali jadalnej, kuchni, spiżarni, lodowni, 2 obszernych wend i 6 pokoiów gościnnych, którego praktycznie obmyślony plan naocznie oglądaliśmy. Przybywa zatem nadzieja pozyskania w naszym kraju nowego zakładu zdrojowo-kąpielnego, nadającego się wybornie na uzdrowisko klimatyczne i żętyczne, tudzież na letnie schronisko (*Sommerfrische*).

411. **Skobel Fr. K.** Krótka wiadomość o wodach lekarskich w Rabce i w Jaszczurówce w Tatrach. *Roczn. Towarz. nauk. krakows.* 1859, T. 3.

412. **Skobel Fr. K.** Jaszczurówka cieplica w Tatrach. *Rocznik. Tow. nauk. krakows.* 1859, T. 26.

413. **Aleksandrowicz A.** Rozbiór chemiczny wody Jaszczurówój, ciepłicy w Tatrach. Kraków 1861.

414. **Ściborowski Wł.** Kilka słów o Jaszczurówce. *Pamiętnik Towarzyst. tatrzańskiego* 1878. T: III. s. 20—27.

Nadto Dr. **Zieleniewski M.** podał opis Jaszczurówki z odnośną ilustracją w czasopiśmie *Strzecha* (Lwów 1869), tudzież w *Tygodniku illustrowanym* (Warszawa 1871); obszerną zaś wiadomość o Jaszczurówce zamieścił w swém dziele *Rys Balneologii powszechnój* (Warszawa 1872 str. 369—372).

J a w o r z n o

miasteczko w obecném W. łoś krakowskiém, około 5 kil. od Krakowa odległe, powszechnie u nas znane z kopalni węgla kamiennych i galmanu. posiada źródło wody żelazistój, wcale niespożytkowane.

415. **Krótką wiadomość** o wodzie mineralnej Jaworznickiej. *Dziennik rządowy wol. miasta Krakowa* z d. 18 grudnia 1818 r. Nr. 3997.

Nadto zobacz **Marczykiewicz**. Nr. 31.

J u r o w c e

wieś w Galicyi (obwód sanocki), razem ze wsią Srogowem i przysiółkiem Popiele stanowiąca jedną gminę katastralną, właściwie terytorjum Srogowa górnego posiada źródło wody słono żelazistój. Do r. 1848 był tu zakładzik kąpielny, obecnie upadły, a zdroje niespożytkowane.

416. **Kąpiele kruszczowe jurowieckie.** *Pamiętnik farmaceut. krakowski* r. 1863. T. III, s. 290—298.

417. **Jurowice** (sic). O kąpielach kruszczowych jurowieckich i rozbiór lekarski téj wody — b. m. i r. w. —

z tego wyciąg w *Roczniku Wydziału lekars.* Kraków 1843.
T. 6. s. 290.

K a m i e n i e c

Minkowce.

418. **Szarin Marcin.** O wodzie mineralnej w Kamieńcu w Minkowcach. 1804, str. 46.

K e m m e r n

wioska na granicy Inflant z Kurlandją, o 5 wiorst od zatoki morskiej Rygskiej, od miasta Rygi tudzież od Nitawy o 7 mil odległa, posiada zdroj siarczany bardzo obfity, analizowany przez **Goebła** w Dorpacie. Według **Adamowicza** już przed r. 1851 istniał tu zakład zdrojowo-kąpielny, mający wówczas 30 porządnych domków prywatnych, a dwa gmachy skarbowe, to jest łaźienki na ów czas dobrze urządzone i dwupiętrowy dom mieszkalny. Z tutejszych pobliskich wód siarczanych wylicza **Adamowicz**: źródła Baldońskie, Smerdońskie, Maluńskie, Poswolskie i Widzkie wszystkie dosyć blisko siebie a niezbyt odległe od Kemmern położone.

419. **Adamowicz.** Krótka wiadomość o wodzie miner. w Kemmern w Inflantach. *Pam. Tow. lek. Warszaws.* 1851. T. 26, s. 94

420. **Adamowicz.** O wodzie miner. Kemmern w Inflantach. *Praktycz. postrzeżenia.* T. 3 i 4. Nr. 139—145.

K i j ó w

421. **Fonberg.** Quelques remarques tirées des analyses de eaux de Kiief. *Bulletin de la Société des Naturalistes de Moscou* 1857. T. 30, p. 536—544.

K o ł o b r z e g

miasto forteczne w Prusach na Pomorzu, przy ujściu rzeki Persante do morza wschodniego, stacyja kol. żelaznej, następczające obok kąpieli morskich arcykorzystne posiadanie i użycie źródeł solanki 4 do 5%, w dobrze urządzonym tamtejszym zakładzie kąpielnym, mającym 2 gmachy łaźnie o 103 gabineciech, licznie dla kąpieli morskiej przez polaków odwiedzanym.

422. **Behrend M.** Das Sool- und Seebad Colberg. Colberg 1860. Recenzycja tegoż w *Pam. Tow. lek. Warsz.* T. 54, s. 241, skreślona przez **Erazma Majewskiego**.

423. **Hirschfeld.** Skutki kuracyi i kąpieli w Kołobrzegu. Rogoźno 1860, in 8-o, s. 51.

424. **Bucnau W.** tłumacz **Dr. Kaczorowski.** Przepisy przy używaniu kąpieli solankowych i morskich, z uwzględnieniem kąpieli w Kołobrzegu, według własnych i obcych doświadczeń. Wydanie II. Poznań 1865, in 8-o, str. 26.

425. **Korzeniowski H.** Niektóre wiadomości o Kołobrzegu. *Pamięt. Tow. lek. warsz.* r. 1867. T. 58, s. 342.

426. Führer durch das Sool- und Seebad Colberg. 3 Auflage, mit einem Vorwort v. **Dr. Hirschfeld.** Colberg 1881, in 16-o, s. 63 z litograf. planem.

Konopkówka

wieś w Galicyi (obwód Tarnopolski), założona r. 1821 przez Jana Konopkę, właściciela dóbr Mikulińce, który niedługo po założeniu téjże osady, zaprowadził tu r. 1826 zakład zdrojowo-kąpielny wód siarczanych, zbudowawszy 60 domków mieszkalnych i gmach łaźiebny o 43-ch gabineciech kąpielnych. Obecnie zakład ten jest bardzo mało uczęszczany.

Rozbiór chemiczny tutejszego źródła, dokonany około r. 1830 przez Torosiewicza, wykazujący w 1 funcie=12 uncjom wody, ogólną ilość stałych składników stałych 2.888 gram., tudzież gazu siarkowodowego 0.760 cali sześć., przytoczyliśmy w naszym dziełku *Rys Balneologii powszechnej*. Warszawa 1873, str. 236—237, wraz z uwagami dotyczącymi namienionego źródła i tamtejszego zakładu kąpielnego. W braku wszelkich nowszych badań, odnoszących się do wspomnianego źródła, niepowtarzamy rzezonego rozbioru na tém miejscu.

427. **Wiadomość o źródle kruszczowém w Konopkównce.** *Rozmaitości Lwowskie* r. 1831. Nr. 24.

428. **Torosiewicz i Mossing.** Die Schwefelquelle zu Konopkównka in Königreiche Galizien. Lemberg 1831.

429. **Torosiewicz T.** O wodzie siarczanéj w Konopkównce. *Rozmait. Lwows.* r. 1832. Nr. 11.

430. **Torosiewicz i Mossing.** Rozbiór fizyczno-chemiczny źródła siarczanego w Konopkównce w Król. Galicyi, wraz z lekarskiemi uwagami o jéj skutkach. Lwów 1833.

431. **Trzy dni w Konopkównce** *Rozmait. Lwows.* r. 1835. Nr. 39.

432. **Pudowski.** Kąpiele w Konopkównce (po polsku i po niemiecku). *Rozmait. Lwows.* 1843. Nr. 74.

433. **Olpiński Julian.** O źródle siarczanym w Konopkównce. *Podolanin (czasopismo)*. Tarnopol 1878 r. Nr. 18—20.

434. **O Konopkównce.** Zobacz *Verhandlungen der geolog. Reichsanstalt.* Wien 1876, s. 319.

435. **O Konopkównce.** Zobacz: *Wszeczeńświat* Warszawa 1882. Nr. 14.

436. **Ortstage vom Badeort Konopkównka,** 4-y tablice litografowane in 4-o b. m. i r. w.

K o r s ó w

po rusku Korsiw, wieś w Galicyi (obwód Złoczowski), 18 kilom. od miasta Brody odległa, posiada 2 źródła żelaziste, nie eksploatowane.

437. **Fitz C. Th.** Beschreibung d-es Korsower miner. eisenhaltigen Wassers. Lemberg 1800.

438. **Fitz Karol Teodor.** Opisanie wody mineralnej korsowskiej, cząstki żelazne w sobie zawierającej. Lwów 1807 r., 8-o, s. 16.

Kowieńska gubernija

zobacz: Birżany, Borciany, Krynityn, Meluny, Poswol, Smerdonie i Widze łowczyńskie.

Adamowicz (Nr. 34). O wodach mineralnych Guberni Kowieńskiej.

W r. 1844 było już według **Adamowicza** chorych leczących się u namienionych wód siarczanych ogółem 336 osób.

K o z i n

miasteczko prywatne w powiecie krzemienieckim o 7 mil od Łucka, niegdyś własność rodziny Kozińskich, założone w r. 1538 na mocy przywileju Zygmunta I. W r. 1870 było tu 155 domów i 514 mieszkańców.

Nie możemy podać, czyli było kiedykolwiek powszechniejsze użycie tutejszego źródła żelazistego, który w bieżącym stuleciu zupełnie zapomnianym został.

439. **Ammon** tłumacz **Krupiński?** Analysis czyli opisanie wód mineral. Kozińskich w Król. polskiem, w powiecie Krzemienieckim, województwa wołyńskiego. 8-o, 2½ arkusza b. m. w.

440. **Opisanie wód mineralnych**, w szczególności zaś Kozińskiej w Król. polskim w powiecie Krzemienieckim, województwa wołyńskiego. 1773, in 8-o.

441. **Krupiński**. Wiadomość o rozciekacb, w szczególności o wodzie mineral. Kozińskiej. Począjów 1782.

442. **Baranek**. O wodzie mineral. Kozińskiej. Zobacz: Dr. **Koźmińskiego**. *Słownik lekarzów Polskich*, str. 289 – 298.

K r a k ó w

posiadał niemal w samym środku głównego Rynku obok Sukiennic źródło wody słono-gorzkiej, obecnie zupełnie zagubione, tudzież ma źródło wody żelazistej za miastem na półwsiu Zwierzyniec, obok tamtejszego klasztoru pp. Norbertanek, które wcale nie weszło w używanie.

443. **Sawiczewski Flor**. Wiadomość o wodzie słono-gorzkiej krakowskiej. *Rocznik Wydziału lekarskiego*, r. 1845. T. 8, s. 125—134. Streszczenie téj rozprawy w *Tygod. lekar.* r. 1850. Nr. 50.

444. **Olszewski K**. Rozbiór chemiczny wody żelazistej ze Zwierzynca pod Krakowem. Kraków 1876.

Krościenko

miasteczko w Galicyi (obwód Sandecki), 7 kilom. od Szczawnicy odległe, posiada 2-a zdroje szczawy alkaliczno-murjatywnej, swym składem chemicznym bardzo zbliżone do wód szczawnickich. Dokładnego rozbioru zdrojów krościenkowskich dotychczas wcale nie posiadamy. Był tu bardzo skromny zakładzik zdrojowy, którego wody mineralne w handel do niedawna rozsyłano.

Tutejsze wody mineralne obecnie wyłącznie od miejscowych osób są w użyciu; zaś były tam zakładzik zdrojowy wcale teraz nieistnieje.

445. **Markowski** (rękopism). O wodzie miner. w Krościenku, r. 1827. Wspomniony rękopism przechowany jest w Bibliot. Uniw. Jag.

446. **Góry Pioniny**. *Przyjac. Ludu* r. 1839. T. I, s. 121. Podany tam skład wody krościenkowskiej.

447. **Aleksandrowicz A.** Badanie fizyczno - chemiczne dwóch źródeł krościenkowskich. *Rocznik Tow. nauk. Krakows.* r. 1859. Poczet 3. Tom 3.

448. **Trembecki O.** Wiadomość o Krościenku i jego wodach lekarskich. Kraków 1859, 8-o, s. 19.

449. **Warschauer J.** Wiadomość o źródłach Krościenkowskich. *Rocznik Towarz. nauk. krakows.* 1859. T. 26, s. 145—158.

K r y n i c a

wieś w Galicyi (obwód Sandecki), 589.9 metr. n. p. m., od stacyi kolei żelaznej Muszyna-Krynica o 10 kilom. odległa, posiada 18-cie źródeł szczawy przeważnie wapniowo-żelazistej, z których 6 dotychczas chemicznie rozebranych.

Rozbiorem chemicznym źródeł krynickich zajmowali się: Hacquet r. 1790, Sebultier 1807 r., Czzyrniański 1856 r., Aleksandrowicz 1858 r., Prf. Stopczański 1867 r., Dietrich 1880 r., Prf. Olszewski 1881 r., nareszcie Prf. Stopczański w r. 1886. Najnowszy ten rozbiór tutejszych źródeł w 1000 częściach wód krynickich wykazuje co do najważniejszych składników:

	w głównym źródle krynickim	w źródle słotwińskim
dwuwęglanu sodowego	0.2669	0.8454
„ wapniowego	2.2388	0.8198
„ magnezowego	0.3577	1.1614
„ żelazowego	0.02996	0.0289

Kw. węgl. istotnie wolnego zmiennie od 1.54—2.99 od 1.95 do 2.35 cent. sześciennych, co odpowiada 1513 cent. sześcienn.

Wspomniany rozbiór Prf. Stopczańskiego w całej swój osnowie, jeszcze drukiem ogłoszony nie został.

Leczniczą wartość i balneo-terapeutyczne ocenienie źródła krynickiego w porównaniu z odnośnemi wodami żelazistemi (krajowemi i zagranicznemi), szczegółowo omówiliśmy w naszym dziele *Rys Balneoterapii*. Kraków 1886, str. 323—328; pomijamy przeto milczeniem rzeczony przedmiot na tém miejscu, unikając powtarzania się.

Tutejszy zakład zdrojowo-kąpielny od r. 1793 istniejący, w r. 1800 z prywatnej, rządową własnością będący, ma obecnie około 1200 pokojów dla gości zdrojowych, 2 gmachy łaźnie ze 100 wannami, metodą Schwarza ogrzewanemi, wspaniały ale niedogodny dom gościnno-zrodzowy (Kurhaus), filijalny zakład zdrojowy w sąsiedniej wsi Słotwiny, tudzież od r. 1885 samoistny zakład hydropatyczny, którego opis poniżej podajemy. (Zobacz dodatek Hydroterapia).

Urządzenia balneotechniczne zupełnie odpowiednie obecnemu stanowi umiejętności.

Doroczna frekwencja do r. 1886 bywała około 4000 osób. Ilość kąpeli miner. i borowinowych w jednym sezonie udzielanych, do niedawna dochodziła do 48000, coroczny eksport wód krynickich około 40000 flaszek.

Cena 1-go pokoju z pościelą i obsługą na dobę od 1½ do 4 fl. Za kąpiel min. wanienną I klasy 90 kr., za borowinową I klasy 1 fl. 60 kr., 1-a flaszka wody krynic. 20 kr. Taksa zdrojowa i opłata na orkiestrę 4 do 6 fl. od osoby.

Do produktów zdrojowych eksportowanych na handel należą: wody mineralne ze źródła głównego krynickiego, tudzież ze źródła słotwińskiego, borowina żelazista, pastylki krynickie, wyciąg krynicki z igliwia świerkowego na kąpiele i olejek eteryczny krynicki modrzewiowy do fumigacyi.

450. **Rącyński Gabryjel.** Auctuarium Historiae naturalis curiosae Regni Poloniae etc. Gedani 1745. Na-

mienione dzieło zawiera pierwszą piśmienną wzmiankę o źródle mineralnym w Krynicy, p. p. 187—188.

451. **Hacquet B.** Neuste physikal. politische Reisen in den J. 1783—1795, durch die dacischen und sarmatischen oder nördlichen Karpathen. Nürnberg 1790, 91, 94 i 96. T. I—IV in 8-o, zawiera obszerną wiadomość o **Krynicy**, z podaniem rozbioru chemicz. jój źródle mineralnego. dokonanego przez autora dzieła. T. IV-ty p. 117—123.

452. **Schultes Józef August.** Ueber die Mineralquellen zu Krynica etc. Wien 1807.

453. **Schultes J. A.** Sur les eaux minerales de Krynica etc. Vienne 1807. 8-o, p. 60.

454. **Die Mineralquellen zu Krynica Vaterländ. Blätter.** Jahrg. 1811. Nr. 2. p. 9.

455. **Kowieński Filip** (dzierżawca zakładu). Bekanntmachung in Betreff der Krynicaer Heilbrunnen i po polsku „Uwiedomienie tyczące się wody mineralnój Krynickiej“. 1812. 8-o, s. 11.

456. **Stirba de Stirbitz.** Die Mineralquellen zu Krynica in Ostgalizien — łącznie i po polsku p. t. Opisanie źródeł mineral. w Krynicy, Cyrkule Sandeckim znajdujących się. Lemberg (sic) 1816. 8-o min. s. 89.

457. **Krombach Emanuel.** Darstellungen aus dem Königr. Galizien, insbesondere der Karpathen im Sandezer Kreise, mit 30 mahlerischen Ansichten etc., in folio, b. m. i r. w. (może w r. 1826), zawiera obszerny opis zakładu zdrojowego w Krynicy, z jego widokiem (in folio), z napisem „Das Dorf Krynica mit seinen Gesundheits-Brunnen, verschiedenen Bade- und Wohnhäusern im Sandezer Kreise Galiziens. Nach der Natur gezeichnet und lithographirt v. **Krombach**“. Jest to pierwszy publikowany widok tamtejszego zakładu.

458. **Obrazy Galicyi** dzieło illuminowane, wydane w litografii Pillera we Lwowie, b. r. w., mieści widok zakładu zdrojowego w Krynicy z napisem: Ansicht des Ba-

deorts Krynica im Sandezer Kreise. Widok kąpieli Krynicy w Cyrkule Sandeckim (in folio).

459. **Zaleski Wacław**. Wiadomość o Krynicy i znajdujących się tamże wodach mineralnych, *Rozmit. lwows.* r. 1829. Nr. 23.

460. **Kąpiele w Krynicy**. *Przyjaćiel ludu* r. 1839. T. 6, s. 161, przerys z „Obrazów Galicyi“ Pillera.

461. **Łepkowski J.** Ruś Sandecka niegdyś Biskupszczyzna, z notat podróży. *Dodatek tygodniowy do Gazety lwowskiéj* r. 1855. Nr. 32—41.

462. **Dietl J.** Der Kurort Krynica in den galizischen Karpathen des Neusandezer Kreises, in historischer, topographischer und therapeutischer Beziehung. Krakau 1857. 8-o, p. 217.

463. **Dietl J.** tłumacz **Zieleniewski M.** Krynica w Karpatach galicyjsk. położona, opisana pod względem historycz.-topograficz.-klimatycz.-botanicz. i lekarskim, tłumaczenie z autografii **Dietla**. Kraków 1857. 8-o, str. 231.

464. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie w okręgu rządowym Krakows. położone (Krynica). *Czas* r. 1857. Nr. 144—145.

465. **Żuławski Leon**. Wody kwaśne żelaziste w Krynicy i t. d. Nowy-Sącz 1857. 8-o, s. 96.

466. **Aleksandrowicz A.** Rozbiór chemiczny wody miner. krynickiej i t. d. Kraków 1858.

467. **Czyrniański E.** Rozbiór chemiczny wody Krynickiej. *Rocznik Towarz. nauk. krakows.* r. 1858. Poczec 3. T. I.

468. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie okręgu rządow. krakows. Krynica w r. 1857. Kraków 1858.

469. **Zieleniewski M.** Gesundbrunnen im Krakauer Regierungs-Bezirke. Erster Badesaisonbericht über Krynica im. J. 1857. Krakau 1858.

470. **Zieleniewski M.** Wody lekars. okręgu rządow. krakows. Krynica w r. 1857. *Czas* 1858. Nr. 24, 25, 34, 35, 36.

471. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1858. *Czas* Nr. 123, 124, 126.

472. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Krynica. *Tygod. lekar.* 1858. Nr. 5, 6.

473. **Zieleniewski M.** Krynica w r. 1857. Pierwsze sprawozdanie z tutejszego zdrojowiska. *Tygod. lekar.* 1858. Nr. 16, 17, 18.

474. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Krynica. *Przyjaciel domowy.* Lwów 1858 r. Nr. 18, 19.

475. **Zieleniewski M.** Die Gesundbrunnen im Krakauer Regierungsbezirke. *Balneologische Zeitung. Correspondenzblatt für Hydrologie etc.* Wetzlar und Neuwied. 1858. Nr. 6.

476. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Krynica. *Kronika wiadomości krajowych i zagranicznych.* Warszawa 1858. Nr. 320—321.

477. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie okręgu rządowego krakows. Krynica w r. 1858. Kraków 1859 r.

478. **Zieleniewski M.** Gesundbrunnen im Krakauer Regierungsbezirke. Zweiter Badesaisonbericht über Krynica im J. 1858. Krakau 1859.

479. **Zieleniewski M.** Zweiter Badesaisonbericht über Krynica im J. 1858. *Balneologische Zeitung.* Wetzlar 1859. Nr. 7.

480. **Zieleniewski M.** Zdroje i kąpiele w Krynicy. *Tygodnik lekarski* r. 1859. Nr. 17—18.

481. **Zieleniewski M.** Krynica. *Dziennik Poznański* r. 1859. Nr. 54.

482. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Krynica. *Dziennik Poznański* r. 1859. Nr. 56.

483. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1858. *Dziennik Poznański* r. 1859. Nr. 107—108.

484. **Zieleniewski M.** Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Krynica. *Gazeta Warszawska* r. 1859. Nr. 116 - 118.
485. Tegoż. Wody lekarskie Galicyi zachodniej. *Gwiazdka Cieszyńska* 1859. Nr. 5, 6, 7.
486. Tegoż. Wody lekarskie Galicyi zachodniej. Stan zdrojowiska w Krynicy r. 1858. *Przegl. Powszechny*. Lwów 1859. Nr. 36, 37, 40, 41.
487. Tegoż. Wody lekarskie okręgu rządow. Krakowskiego. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1859. Kraków 1860.
488. Tegoż. Gesundbrunnen im Krakauer Regierungs-Bezirke. Dritter Badesaisonbericht über Krynica im J. 1859. Krakau 1860.
489. Tegoż. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1859. *Tygod. lekar.* 1860. Nr. 19—20.
490. Tegoż. Zdrojowisko w Krynicy w r. 1859. *Czas* 1860. Nr. 131—133.
491. Tegoż. Zdrojowisko w Krynicy w r. 1859. *Gazeta warszawska* 1860. Nr. 187, 188, 193.
492. Tegoż. Zdrojowisko w Krynicy w r. 1859. *Gazeta codzienna* 1860. Nr. 156, 157, 159, 166, 168.
493. Tegoż. Zdrojowisko w Krynicy w r. 1859. *Dziennik poznański* 1860. Nr. 111—113.
494. **Aleksandrowicz A.** tłumacz **Zieleniewski M.** Chemische Analyse des Krynicer Eisensäuerlings, dargestellt v. Aleksandrowicz aus dem polnischen übersetzt v. Dr. Z. Wetzlar 1861.
495. **Skobel K Fr.** Ocenienie wody Krynickiej według równoważników farmakodynamicznych. *Rocznik Towarz. nauk. krakows.* 1861. T. 28.
496. **Zieleniewski M.** Obraz stanu zdrojowiska w Krynicy w r. 1860. Warszawa 1861.
497. Tegoż. Die Gesundbrunnen im Krakauer Regier. Bezirke. Vierter Badesaisonbericht über Krynica im J. 1860. Wetzlar 1861.

498. **Zieleniewski M.** Obraz stanu zdrojowiska w Krynicy w r. 1860. *Tygod. lekar.* 1861. Nr. 25—27.
499. Tegoż. O napełnianiu wód lekars. na sprzedaż rozsyłanych, a w szczególności o napełnianiu szczawy Krynickiej (z rycinami). Kraków 1861.
500. Tegoż. Vierter Badesaisonbericht über Krynica im J. 1860. *Balneologische Zeitung.* J. 1861. Nr. 7—8.
501. Tegoż. Wody lekarskie w Galicyi istniejące Krynica. *Głos.* Lwów r. 1861. Nr. 111—112.
502. Tegoż. Wody lekarskie krajowe. Krynica (z ilustracją). *Tygodnik ilustrowany.* 1861. Nr. 93.
503. Tegoż. Wody lekarskie istniejące w Galicyi. Krynica. *Kuryjer Wileński.* 1861. Nr. 23.
504. Tegoż. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1861. Kraków 1862.
505. Tegoż. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1861. *Tygod. lekar.* 1862. Nr. 23, 24, 25 i 26.
506. Tegoż. Stan zdrojowiska w Krynicy w r. 1861. *Przegląd lekarski.* 1862. Nr. 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13.
507. Tegoż. Przewodnik w podróży do Krynicy. Kraków 1862 in 16-o.
508. Tegoż. Pięć obrazów z dorocznego stanu zdrojowiska w Krynicy od 1857 do 1861. Seryja I. Kraków 1862 in 8-o.
509. Tegoż. Pamiątka z Krynicy z widokiem zakładu zdrojowego. Kraków 1862 in 4-o.
510. Tegoż. Treść sprawozdania z Krynicy w r. 1862. *Tygod. lekar.* 1863. Nr. 11—12.
511. Tegoż. Treść sprawozdania z Krynicy za r. 1862. Warszawa 1863 in 8-o.
512. Tegoż. Korespondencyja z Krynicy. *Przegląd lekars.* 1863. Nr. 14.
513. Tegoż. Zdrojowiska w Galicyi. Krynica. *Po-
step.* Wiedeń r. 1863. T. IV Nr. 11 z ryciną.

514. **Fritz J. M.** Bäder und Badeleben (II Heilquellen in oesterreich: Galizien 2) Krynica, *Zobacz Ueber Land und Meer. Illustr. Zeitung.* 1864. Nr. 39 s. 313.

515. **Tempie Rudolf.** Das Mineralbad Krynica mit allgemeinem Seitenblicke auf Galiziens Heilbrunnen. Separatabdruck aus den *Mittheilungen der K. K. geographischen Gesellschaft.* Wien 1864 in 8-o maj, p. p. 1I.

516. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1863. Kraków 1864.

517. Tegoż. Rzut oka na ruch przy zdrojach w Krynicy w r. 1863. *Tygod. lekars.* 1864. Nr. 9.

518. Tegoż. Rzut oka na ruch przy zdrojach w Krynicy w r. 1863. Warszawa 1864, in 8-o.

519. Tegoż. Czy używać kąpiel krynickich podczas czyszczeń miesięcznych. *Przegląd lekarski* 1864. Nr. 45.

520. Tegoż. Tabellarische Uebersicht der Frequenz des k. k. kurortes Krynica, v. 1857 bis 1863. *Archiv für Balneologie.* Neuwied und Leipzig 1864. Bnd. III. Heft 2.

521. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1864. Kraków 1865.

522. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1864. *Tygod. lekar.* r. 1865. Nr. 13.

523. Tegoż. O borowinie i zastósowaniu jej na kąpiele w Krynicy. Warszawa 1865. 8-o, s. 65. *Toż w Tygod.. lekar.* r. 1865. Nr. 2, 3, 4, 7, 8, 9, 37, 38, 39.

524. Tegoż. Vier Badesaisonberichte über Krynica. Krakau 1865. 8-o.

525. Tegoż. Zdroje lekarskie w pobliżu Krynicy. I. Słotwiny. Kraków 1865.

526. Tegoż. Zdroje lekarskie w pobliżu Krynicy. *Przegląd lekar.* r. 1865. Nr. 10—12.

527. Tegoż. Zdroje lekarskie w pobliżu Krynicy istniejące. *Tygod. lekar.* 1865.

528. Tegoż. Opis nowych łaźni w Krynicy (z ilustracją). *Tyg. ill.* 1865. Nr. 46.

529. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1865. Kraków 1866.

530. Tegoż. Ruch i postęę zakładu zdroj. w Krynicy w r. 1865. *Tygod. lekar.* 1866. Nr. 22—23.

531. Tegoż. Ruch gości zdrojowych w Krynicy. *Tygod. lekar.* r. 1866. Nr. 27.

532. **Wyrwicz Dr.** Żelaznyj mineralnyj istocznik Krynica w Galicyi. *Medycynskija Nowosti.* Peterburg 1866. Nr. 10—11.

533. **Zieleniewski M.** Nowe łazienki w Krynicy pod względem architekt.-technicznym i balneoterapeutycznym. Kraków 1866.

534. Tegoż. Pamiątka z Krynicy (z widokiem zakładu). Kraków 1866, in 4-o. Wydanie II-e.

535. Tegoż. O sposobach ogrzewania wód mineralnych na kąpiele z dołączeniem opisu wewnętrznego urządzenia łazienek w Krynicy. *Przełł. lekars.* r. 1866. Nr. 9 do 16.

536. Tegoż. O sposobach ogrzewania szczaw żelazistych na kąpiele. *Tygod. lekar.* 1866. Nr 6—7.

537. Tegoż. Nowe łazienki w Krynicy. *Tygod. ill.* 1866. T. 13, s. 217 z ilustracją.

538. **Kaszewski K.** Krynica. *Kłosy* r. 1866. Nr. 47—48, s. 529—540 z 4-a ilustracyjami.

539. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1866. Kraków 1867.

540. Tegoż. Pięć obrazów z dorocznego stanu zdrojowiska w Krynicy od r. 1862 do 1866. Seryja II. Kraków 1867. 8-o.

541. Tegoż. Rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w latach od 1857 do 1867. *Przełład lekars.* 1867. Nr. 5, 7, 9, 10 i 12.

542. Tegoż. Pogląd na ruch zakładu zdrojowego w Krynicy w latach od 1857 do 1866. *Tygod. lekar.* 1867. Nr. 8—11.

543. **Zieleniewski M.** Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Warszawa 1867. 8-o.

544. **Stopczański A.** Rozbiór chemiczny wody min. zdroju Słotwińskiego w Krynicy. Kraków 1868.

545. **Zieleniewski M.** Ruch i postęp zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1867. *Tygodnik lekarski* 1868. Nr. 20—21.

546. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1867. Kraków 1868.

547. Tegoż. Kurort Krynica in Galizien und seine Entwicklung im letzten Decennium. Wien 1868. 8-o.

548. Tegoż. Korespondencyja z Krynicy. *Gazeta lekarska*. Warszawa 1868. Nr. 4, 9 i 12.

549. **Aleksandrowicz A.** Wyciąg z igliwia świerkowego, służący do kąpieli, wyrabiany w Krynicy przez Nitribitta aptekarza. *Przeł. lekars.* 1869. Nr. 28.

550. **Zieleniewski M** Ilustrowany przewodnik w podróży do Krynicy (z mapką). Kraków 1869, in 16-o.

551. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1868. Kraków 1869.

552. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1868, *Klinika*. Warszawa r. 1869. T. IV. Nr. 15—16.

553. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowo-kąpielnego w Krynicy w r. 1868. Warszawa 1869.

554. Tegoż. Obraz ruchu i postępu zdrojowiska w Krynicy w r. 1868. *Gazeta polska* 1869. Nr. 137.

555. Tegoż. O kołaczykach krynickich (Pastilles de Krynica). Kraków 1869.

Toż *Przeł. lekars.* 1869. Nr. 2, 3.

556. Tegoż. O kołaczykach z wód mineralnych krynickich. *Gazeta lekarska*. 1869. Nr. 29.

Odbitka z tego Warszawa r. 1869. 8-o maj.

557. Tegoż. Korespondencyja z Krynicy. *Gazeta lekarska*. 1869. Nr. 10.

558. **Zieleniewski M.** Zakłady zdrojowokąpielne w Galicyi. Krynica (z ilustracyjami). *Strzecha*. Lwów 1869. T. II. Zeszyt 5.

559. **Zieleniewski M.** Przyczynek do historyi zakładu zdrojowego w Krynicy. *Gazeta lekars.* 1869. Nr. 1—3.

Odbitka z tego Warszawa 1869 in 8-o.

560. **Zieleniewski M.** Projektowany nowy chodnik w Krynicy (z ryciną). *Tygod. illustrow.* 1869. Nr. 75.

561. **Hauser Dr.** Der Kurort Krynica. Wien 1870! 8-o p. 28.

562. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1869. Kraków 1870.

563. **Zieleniewski M.** Ruch i postęp zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1869. *Gazeta lekars.* 1870. Nr. 39.

564. **Zieleniewski M.** Statua Najśw. Panny Maryi w Krynicy (z ryciną). *Tygod. illustrow.* 1869. Nr. 130.

565. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1870. Kraków 1871.

566. **Karzewski A.** Krynica i jój okolice. *Kalendarz illustrowany* J. Jaworskiego na r. 1871. Warszawa z 2-ma rycinami s. 97—102.

567. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1870. *Gazeta lekars.* 1871. Nr. 41—43.

Odbitka. Warszawa 1871 in 8-o.

568. **Zieleniewski M.** Mineralquellen des K. K. Kurortes Krynica (mit Illustrat.) Krakau 1871 in 4-o p. p. 4.

569. **Zieleniewski M.** Zakłady zdrojowokąpielne w Galicyi - Krynica (z ilustracyjami) *Tygod. illustrow.* 1871. Nr. 183.

570. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1871. Kraków 1872.

571. **Zieleniewski M.** Obraz ruchu i postępu c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1871. *Gazeta lekars.* 1872. Nr. 27 do 32.

572. **Zieleniewski M.** Pięć obrazów z dorocznego ruchu i postępu zdrojowiska w Krynicy od r. 1867 do 1871. Seryja III Kraków 1872 in 8°.

573. **Zieleniewski M.** Bemerkungen über die Entwicklung der wichtigeren polnischen Brunnenanstalten. *Jahrbuch für Balneologie etc.* Wien 1872. Bd. II.

Toż oddzielna odbitka. Wien 1871 in 8-o.

574. **Zieleniewski M.** Krynica w dziele **Heyl J. F.** *Zusammenstellung aller bedeutenden Kurorte und Mineralquellen Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz.* Berlin 1872.

575. **Zieleniewski M.** Kartograficzny opis Krynicy w języku niem. francus. i polskim, wraz ze statystyką zdrojową od 1857 do 1872. Kraków 1873 in folio.

576. **Zieleniewski M.** Krynica — czasopismo dwutygodniowe, poświęcone ojczystem zakładom zdrojowym in 4-o.

Rocznik I. Kraków r. 1873. Nr. 1 do 7.

Rocznik II. Kraków r. 1874 Nr. 1 do 7. Nr. 2 i 3 namienionego czasopisma mieści cenną pracę, pióra prof. **Karlińskiego**, dyrektora obserwat. astronom. Krakowskiego p. t. *Stosunki meteorologiczne Krynicy*, w okresie zdrojowym według spostrzeżeń z lat piętnastu (1857—1871).

Rocznik III. Kraków r. 1875. *Tygodnik.* Nr. 1 do 17.

Rocznik IV. Kraków r. 1876. *Tygodnik.* Nr. 1 do 18.

Rocznik V. Kraków r. 1877. *Tygodnik.* Nr. 1 do 17.

577. **Zieleniewski M.** Ueber die Krynicaer Pastillen. *Jahrbuch für Balneologie etc.* Wien 1874. Bd. II.

Odbitka tegoż. Wien 1874.

578. **Zieleniewski M.** Tabellarische Uebersicht der Frequenz des k. k. Kurortes Krynica in den J. 1857 bis 1873. *Mittheilungen des K. K. Ackerbau Ministerium's.* Wien 1874.

579. **Zieleniewski M.** Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu lat siedmnastu od r. 1857 do 1873. *Gazeta lekars.* r. 1874. T. XVI Nr. 8, 11, 14, 15, 16, 21, 23, 24. 26 i T. XVII Nr. 1, 2, 3.

580. **Zieleniewski M.** Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu ubiegłych lat 17-stu od 1857 do 1873. Warszawa 1874 in 8-o maj.

581. **Zieleniewski M.** Krynica i jój zakład zdrojowo-kąpielowy. Kraków 1874 in 4-o (z widokiem źródła głównego).

582. **Zieleniewski M.** Pogląd na rozwój c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy, w ciągu 17-stu lat od 1857 do 1873. Kraków 1874 in 4-o.

583. **Zieleniewski M.** Mineralnyje istoczniki leczebnawo zawiedienija w Krynice. Warszawa 1875 in 4-o.

584. **Zieleniewski M.** c. k. zakład zdrojowy w Krynicy. Kraków 1875 in 4-o (z ilustracją).

585. **Zieleniewski M.** Materyjały do historyi zakładu zdrojowego w Krynicy. *Gazeta lekars.* 1876. T. XX Nr. 15, 16, 17, 20 i 23. T. XXI Nr. 3

Toż odbitka. Warszawa 1876 in 8-o maj.

586. Tegoż. Krynica Balneologische Skizze. *Cur-salon-Zeitung für Balneologie* etc. Wien 1876 Nr. 1—2.

587. Tegoż. Zbiór wiadomości o Krynicy. Kraków 1877 in 4-o obejmujący:

- 1) Materyjały do historyi zakładu zdrojowego.
- 2) Pogląd na jego rozwój od 1857 do 1873, tudzież
- 3) Opis tamtejszego zakładu zdrojowego.

588. **Blatteis Jakób.** Uwagi nad leczeniem zdrojowo-kąpielném podczas ciąży i miesiączkowania. *Przegląd lekars.* 1877 Nr. 30—33.

Odbitka. Kraków b. r. in 8-o.

589. Tegoż. Przyczynek do hydrologii Krynicy. Kraków 1877 in 8-o maj.

590. **Zieleniewski M.** Dodatek do hydrologii Krynicy. Warszawa 1877 in 8-o maj.

Toż *Gazeta lekars.* 1877. T. XXII Nr. 2—3.

591. Tegoż. Materyjały do historii c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy. Kraków 1877, in 4-o.

592. Tegoż. Zur Statistik des k. k. Kurortes Krynica. *Oesterr. Badezeitung*, Wien, 1877, Nr. 1, 2.

Odbitka, Wien, 1877, in 12-o.

593. Tegoż. Vademecum dla podróżujących do Krynicy. Kraków, 1877 (wydanie podwójne, 1-e in 4-o, 2-gie in 8-o z ilustracją).

594. Tegoż. O kołaczykach krynickich. Wyd. II. Kraków, 1877.

595. **Lutostański B.** Uwagi nad projektem Ustawy: „Statut dla zdrojowiska Krynica-Słotwiny“. Kraków. 1878, 4-o s. 3.

596. **Skórczewski B.** Przyczyny i wywód chorobowy niektórych postaci zwątlenia żołądka i jelit, oraz leczenie tegoż w Krynicy. *Pamięt. Tow. lek. Warszawsk.*, 1878. T. LXXIV, s. 372—429.

Odbitka. Warszawa, 1878, in 8-o. s. 58. Streszczenie tegoż zobacz *Przegląd lekarski*, 1878, Nr. 11, 12, 13, 14 i 15.

597. **Zieleniewski M.** Sources minerales et etablissement imp. royal des bains de Krynica. Cracovie, 1878 (z ilustracją).

598. Tegoż. Nowy pawilon dla orkiestry w Krynicy (z ilustr.). *Tygod. illustr.*, 1878.

599. **Skórczewski B.** O kąpielach borowinowych. Część I-sza teoretyczna. *Pam. Towarz. lek. Warsz.*, 1879.

Odbitka. Warszawa, 1879, 8-o, s. 74.

600. **Zieleniewski M.** O ruchu i rozwoju c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy, od r. 1873 do 1879. Kraków, 1879, 8-o maj, s. 68. Wydanie ponowne tegoż w skróceniu. Warszawa, drukiem *Gazety lekars.*, 1879, 8-o, s. 76.

Toż zamieszczone w *Gazecie lekarskiej*, 1879. T. XVI Nr. 3, 4, 5, 6, 8, 13, 15, 17. T. XVII Nr. 3, 4, 5, 6 i 7.

601. **Zieleniewski M.** Nasze zakłady zdrojowo-kąpielowe. Krynica. *Gazeta Warszawska* r. 1879, Nr. 69, 205, 207.

602. Tegoż. Ustronie J. I. Kraszewskiego w Krynicy, podług pomysłu Gersona (z ilustracją). *Biesiada literacka*. Warszawa, 1879, Nr. 203.

603. Tegoż. Statua N. Maryi Panny w Krynicy, według pomysłu Grottgera (z ilustracją). *Biesiada literacka*, 1879, Nr. 204.

604. Tegoż. Wzrost i rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy, zobacz:

1) *Wiek*. Warszawa, 1879, Nr. 202.

2) *Dziennik poznański*, 1879, Nr. 208.

3) *Gazeta lwowska*, r. 1879, Nr. 219.

605. **Babel B.** Przyszłość Krynicy. Lwów, 1880, 8-o, s. 31.

606. **Dietrich.** Chemische Untersuchung der drei neuen Mineralquellen von Krynica. *Mineralog. und petrographische Mittheilungen*. Wien, 1880—p. p. 439—449.

Odbitka. Wien, 1880 in 8-o, maj.

607. **Skórczewski B.** Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie w Krynicy. *Medycyna*, 1880.

608. **Zieleniewski M.** Analitischchemische Uebersicht von drei neuen Mineralquellen in Krynica. *Jahrb. für Balneologie etc.* Wien, 1880, p. 96.

609. Tegoż. Zakład zdrojowy w Krynicy (z kilku ilustracjami). *Biesiada liter.*, r. 1880, Nr. 226—248.

610. Tegoż. Illustrowany opis c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy. Kraków, 1880, 8-o maj, s. 75.

611. **Z. M.** Biblijografija Krynicy publikacji d-ra Zieleniewskiego, od 1857 do 1880, b. m. w. 8-o, str. 5.

612. **J. M.** Rozbiór chemiczny trzech nowych źródeł w Krynicy, według d-ra H. Dietricha, streszczył J. M. *Czasopismo Towarz. aptekars.* Lwów, 1881, 8-o, Nr. 11.

613. **Olszewski K.** O napełnianiu wód żelazistych. Kraków, 1881, 8-o (odbitka z *Przegl. lekars.*).

614. Tegoż. Rozbiór chemiczny 16-tu źródeł do-
tąd niebadanych, znajdujących się: w Krynicy, Słotwinie,
Jastrzębiku, Szczawniku i Muszynie. Kraków, 1881, in 8-o
s. 36 (z mapką).

Toż w *Sprawozd. Komis. fizyograf.*, 1882. T.
XVI. Cz. II, s. 3—36.

615. **Sprawozdanie** c. k. Komisji zdrojowej w Krynicy za lata 1877—1880. Tarnów, 1881, 8-o, s. 9.

616. **Skórczewski B.** Przyczyny i rozwój niektórych postaci biegunek, oraz ich leczenie w Krynicy. *Medycyna*, r. 1881, Nr. 35—44.

Odbitka. Warszawa, 1881, 8-o, s. 25.

617. **Zieleniewski M.** O kołaczykach krynickich. Wyd. III, Kraków, 1881, in 8-o.

618. Tegoż. Ueber die Krynicaer Pastillen. II
Auf. Wien, 1881, in 8-o.

619. Tegoż. Krynica—jój wody alkal. żelaziste i c.
k. Zakład zdrojowy. Podręcznik informacyjny—z ilustracyjami. Kraków, 1881, in 16-o.

620. Tegoż. Statistisch medicinische Darstellung
des k. k. Kurortes in Krynica (illustr. Ausgabe in 3. Sprachen: deutsch, franzes. und polnisch). Krakau, 1881, in 4-o.

621. Tegoż. Opis zakładu zdrojowego w Krynicy
z 6-ma ilustracyjami. *Biesiada literacka*, 1881, Nr. 289—294.

622. Tegoż. Krynica. *Officieler Catalog d. internationalen balneologisch. Ausstellung zu Frankfurt a. M.*, 1881, p. 27, 28.

623. **Krynicki** wyciąg igliwiowy na kąpiele balsamiczne. Kraków, 1881, in 16-o, str. 8.

624. **Krynica (Z. M.)**. Zobacz: **Heksch** *Illustr. Führer durch die Karpathen und oberungarische Badeorte*. Wien, 1881, p. 99—101.

625. **Krzyżanowski K.** Rozbiór chemiczny borowiny i wody dwu źródeł z okolic Tylicza. *Sprawozd. Komis. fizyograficzn.* Kraków, 1882. T. XVI. Cz. II, s. 225—270.

Odbitka. 1882, in 8 o, s. 16.

Wspomnioua borowina używana jest na kąpiele w Krynicy.

626. **Skórczewski B.** Spostrzeżenia nad niektórymi zaburzeniami, powstałemi pod wpływem zakażenia malarycznego, oraz sposób leczenia tychże w Krynicy. *Kronika lekarska*. Warszawa, 1882, Nr. 14.

Toż samo *Pamięt. Tow. lek. War.*, 1882 i odbitka, in 8-o, s. 88.

627. **Krynica (D-r M. Z.)**. Zobacz: **Heksch** *Illustr. Führer durch Ungarn und Nebenländer*. Wien, 1882, p. 128.

628. **Krynica (Z. M.)**. Zobacz: **Heksch** *Illustr. Führer durch die ungarischen Ostkarpathen, Galizien, Bukowina etc.* Wien, 1882, p. p. 76—84.

629. **Zieleniewski M.** Krynica, k. k. Trink und Badeanstalt. *Oesterr. Badezeitung*. Wien, 1882, Nr. 5 i 6.

630. Tegoż. K. k. Trink und Badeanstalt Krynica. Zobacz: *Bäder Almanach. Frankfurt a. M.*, 1882, p. 212—216.

631. Tegoż. Zakład zdrojowy Krynicy, z widokami nowych łazienek na kąpiele borowinowe i projektowanego kościoła rz. katolickiego. *Tygod. illustr.*, 1882, Nr. 342.

632. **Skórczewski B.** Przewodnik dla chorych, udających się do Krynicy. Kraków, 1883, in 12-o.

633. Tegoż. Klimatologija Krynicy, jako zakładu zdrojowo-kąpielowego. Kraków, 1883, in 8 o, s. 118.

634. **Wycieczka do Krynicy.** *Wędrowiec*. Warszawa, 1883, Nr. 28.

635. **Zieleniewski M.** Krynica (z 10 ilustr.). *Kalendarz Krakowski Czecha* na r. 1883, str. 121—134.

636. **Zieleniewski M.** *Illustrowana Pamiątka z Krynicy.* Kraków, 1883, in 4-o, s. 23.

637. **Kasprzykiewicz T.** *Widoki Krynicy.* Warszawa, 1884, in 4-o (trzy widoki chromodrukowane: a) Chodnik kryty i źródło główne — b) Chodnik główny i ogród róż — c) Słotwinka. Nakład i własność Litografii T. Kasprzykiewicza w Warszawie.

638. **Babel B.** *Krynica, czasopismo poświęcone sprawom polskich zdrojowisk.* Rok I, Tarnów, 1885, Nr. 1 do 18-go. Rok II, Tarnów, 1886, Nr. 1 do 18-go.

639. **Ebers Henryk.** *C. k. Zakład wodoleczniczy w Krynicy.* Lwów, 1886, in 12-o, s. 12.

640. **Skórczewski B.** *Przewodnik dla chorych, udających się do Krynicy.* Wyd. II-gie z 3-ma planami litografowanymi. Kraków, 1886, in 16-o.

Nadto o Krynicy zobacz N-ra: 35, 38, 46, 48, 53, 81, 82, 83, 84, 91, 92, 108, 116 i 117.

K r y n i c y n albo Krynicy

miasteczko rządowe w gubernii Kowieńskiej w powiecie poniewieskim na Litwie, 14 wiorst od Smerdowy odległe, według Adamowicza, posiada źródło siarczane wcale nie użytkowane. Zobacz **Adamowicz:** O wodach mineralnych guberni Kowieńskiej, Nr. 34.

K r z e s z o w i c e

wieś, wyglądająca na schludne miasteczko, w dzisiejszym W. Księstwie Krakowskim, stacja kol. żel. północnej Ces. Ferdynanda, około 24 kilom. od Krakowa odległa, posiada od r. 1780 zakład zdrojowo-kąpielowy wód siarczanych, w ostatnim czasie przebudowaniem i należytem urządzeniem gmachu łaźniowego znakomicie ulepszoney.

Rozbiór chemiczny 2 źródeł Krzeszowickich, dokonany r. 1871 przez Aleksandrowicza, wykazuje w 1000 częściach wody „źródła głównego“:

ogólną ilość stałych składników	2.6658
między temi: podsiarczanu sodowego . .	0.0076
siarkanu potasowego. . .	0.0704
,, sodowego	0.0725
,, wapniowego	1.6246
,, magnezowego	0.5279
gazu siarkowodorowego.	0.004692

Rozbioru szczegółowego źródłu II-go, zwanego Zofij-nem, nie wykonał namieniony analityk, źródł ten, według niego, tém się jedynie różni od głównego źródła, iż zawiera nieco więcej gazu siarkowodorowego.

Krzeszowice mają: szpital, będący pod kierunkiem własnego lekarza, zaopatrzony w chirurga i aptekarza, pielęgnujący głównie górników, pracujących w kopalniach rozległych dóbr skarbu krzeszowickiego, tudzież dom schronienia dla 12-u ubogich, wspaniały kościół, pałac z cennym zbiorem: marmurowych antyków, portretów rodziny X.X. Lubomirskich i hr. Potockich, pędzla najpierwszych malarzy, tudzież z bogatym archiwum i biblioteką doborowych dzieł po Ant. Zyg. Helclu.

Uroczę położenie Krzeszowic zwabia do nich corocznie mnóstwo osób z Krakowa, wytchnienia i świeżego powietrza pragnących, ku czemu połączenie Krzeszowic z Krakowem koleją żelazną nadzwyczaj sprzyja.

W r. 1886 przebywało tu ogółem 280 osób; wydano zaś kąpiele siarczanych 3,396.

641. **Hamard.** Reise durch Oberschlesien nach Ukraina. Gotha, 1787, Bd. I, p. 86, mieści wzmiankę o Krzeszowicach.

642. **Lafontaine Leopold.** Opisanie skutków ciepłych siarczanych kąpielei w Krzeszowicach. Kraków, 1789.

643. **Lafontaine L.** Ueber die hiesigen (w Polsce) mineral. Wasser und Bäder. *Chirurg. medicinische Abhandlungen Polen betreffend.* Breslau, 1792, p. p. 165 – 170.

644. **List z kąpeli Krzeszowickich.** *Monitor Krakowski.* 1795. T. IV, s. 100—124.

645. **Filling D-r,** lekarz w Krzeszowicach. Ogłoszenia o kąpielach Krzeszowickich. 1-sze wydanie z r. 1803, 2-gie późniejsze, bez daty, posiadał w swym księgozbiornie Amb. Grabowski.

646. **Jaśkiewicz Jan.** O wodach siarczanych Krzeszowickich—rozprawa odczytana r. 1783, drukiem ogłoszona 1804 w Krakowie.

647. **List z Krzeszowic,** pisany w lecie 1811. *Pamiętnik Lwowski,* 1818, I, s. 274.

648. **Mosch K. T.,** tłumacz **A. Kuszański.** Wody mineralne Szląskie i hrabstwa Głackiego, z przyłączeniem opisu Krzeszowic. Wrocław, 1821.

649. **Widok Krzeszowic.** *Przyjac. Ludu,* 1873. T. I. s. 187.

650. **Lisowski Mikołaj.** Krzeszowice pod względem topograficzno-lekarskim. Kraków, 1845, in 8-o.

651. **Pamiętka z Krzeszowic,** czyli zbiór Opisów tego ustronia wierszem i prozą. Kraków, 1845, in 12-o, s. 178.

652. **Dietl J.** Źródła lekarskie w Krzeszowicach. Kraków, 1858, 8-o, str. 32 (odbitka z *Uwag nad zdrojowiskami*).

653. **Aléksandrowicz A.** Rozbiór chemiczny dwóch źródeł wody siarczanéj w Krzeszowicach. Kraków, 1871, 8-o maj.

654. **Ściborowski Wład.** Krzeszowice, jako zakład lekarsko-zdrojowy. Kraków, 1878, in 8-o.

655. **Krzeszowice.** Źródła siarczane Krzeszowickie. *Medycyna,* r. 1882, Nr. 35.

656. **Zakład kąpeli w Krzeszowicach.** *Czasopis. Towarzystwa aptek.* Lwów, 1882, Nr. 16.

L a t o s z y n

wieś w Galicyi (obwód Tarnowski), powiat ropczycki, posiada zdroj sło no siarkowy i upadły zawiązek zakładu zdrojowo kąpielnego. Zdroje mineralne tutejsze są oddawna znane. Już **Kuropatnicki** w swój *Geografii*, r. 1786 wydanej, powiada o Latoszynie: „wieś domu Morskich, wybornemi wodami mineralnemi sławna, żadnego jednak niema koło nich ogrodzenia, lubo leży przy drodze murowanej od Wiednia do Lwowa.

Dotychczas nie mamy chemicznego rozbioru zdroju latoszyńskiego; albowiem analityczne badania namienionego źródła, dokonane przez **Ballinga** lub **Reida**, wcale nie są odpowiednie scyentyfikcznym wymogom, a bynajmniej nie posiadają znamion dokładności; z tego powodu ich nie przytaczamy.

657. **Balling**. Mineralquelle in Latoszyn-Tarnower Kreis. Prag, 1853, in folio $\frac{1}{2}$ ar. (wynik rozbioru chem.).

658. **Reid** (aptekarz). Rozbiór chemiczny źródła miner. w Latoszynie w obwodzie Tarnowskim. Tarnów, in folio $\frac{1}{2}$ ar.

659. **Latoszyn**. Sprawozdanie z zakładu zdrojowego z r. 1860 (rękopis) w posiadaniu d-ra Zieleniewskiego.

660. **Starkel Józef**. Opis Latoszyna de datto Tarnów w Paździer. 1861 (rękopis) w posiadaniu d-ra Zieleniewskiego.

661. **Zieleniewski M.** Zakład zdrojowo - kąpielny w Latoszynie (*Tygod. lekar.*, 1863. T. XVII, s. 101—103).

L u b i e ń

okazała wieś Lubień w Galicyi (obwód Lwowski, powiat grodecki), 275 m. n. p. m. wzniesiona, o 7 kilom. od stacyi kol. żel. Galicyjskiej Karola Ludwika „Gródek“ odległa;

właściwie Lubień wielki, po rusku Linbin, posiada od r. 1794 zakład zdrojowo-kąpielny, mający 5 źródeł siarczanych, z których najznakomitsze, tak zwany źródło Ludwika, obfitością dostarczaną wody przewyższa wszelkie potrzeby tutejszego zakładu kąpielnego.

Rozbiorem chemicznym źródła lubieńskiego zajmowali się: Torosiewicz około r. 1827, Czyrniański w r. 1860, narreszcie Radziszewski r. 1882. Według namienionego analityka, 1000 części wody rzeczonoego źródła, nazwanego źródłem Ludwika, zawiera:

ogólną ilość składników stałych . . .	2,5322
między temi: podsiarczynu wapniowego .	0.0219
siarkanu potasowego .	0.0147
,, sodowego . .	0.0934
,, wapniowego .	1.1297
,, magnezowego	0.0219
gazu siarkowodorowego .	0.1117354

Obecnie jest tu około 200 pokojów dla gości zdrojowych i gmach łaźniowy o 50 gabinetach kąpielnych, z waniami porcelanowymi i drewnianymi. Tutejsze urządzenia balneotechniczne w ostatnim czasie znakomicie ulepszone zostały.

Podczas manewrów wojsk austriackich, odbywanych w Galicyi jesienią r. 1886, pałac Br. Branickiego, właściciela Lubienia, służył za kwaterę dla Cesarza Franciszka Józefa i Następcy Tronu Arcyksięcia Rudolfa, zaś budynki tutejszego zakładu zdrojowego zajęte były przez liczny orszak najwyższych dygnitarzy cywilnych i wojskowych, austriackich i zagranicznych, szczegółowo wymienionych w publikacyi p. t.: *Zdroje siarczane w Lubieniu*, Lwów, drukiem Pillera, 1887, in 8-o, kart nienumerowanych 7. Żądne z krajowych zdrojowisk nie miało dotychczas zaszczytu, aby kiedykolwiek mieściło w swoim obrębie Cesarza Austrii z Następcą Tronu i z tak licznym najwyższym otoczeniem, co chlubnie przemawia za urządzeniem zdrojowiska Lubienia.

Doroczne uczęszczanie gości 900 osób, ilość udzielanych kąpiel mineral. w sezonie około 20 tysięcy.

Cena kąpeli mineralnej waniennój 50 do 80 kr., mineral. mułowej 1 fl. 20 kr., pokój 1 od 50 do 1 fl. 20 kr. (bez pościeli). Opłata zdrojowa od 1-niej osoby fl. 4.

O źródłach siarczanych Lubieńskich nie znajdujemy w dawniejszych opisach Polski najmniejszej wzmianki. Dopiero po zajęciu Galicyi przez Austryją, odkryto siarkę w tém miejscu, a w r. 1778 wyszła krótka rozprawa, napisana przez ówczesnego przedsiębiorcę wydobywania siarki, niejakiego **Serza**.

Niektóre wzmianki geognostyczne o Lubieniu i znajdującem się tu źródle siarczanem znajdujemy w dziele **Hacqueta**: *Neueste physik. polititische Reisen in den Jahren 1794—1795 in den nordlichen Karpathen*. Nürnberg, 1796. T. IV, p. 24—28.

662. **Krokiewicz Carl**. Allgemeine Baderageln für Lubieñ. Lemberg, 1798.

663. Tegoż. Powszechne do używania Lubieńskich kąpeli reguły. Lwów, 1798, 8-o, s. 8.

664. **Salamon**. Krótka wiadomość o wodach siarczanych w Lubieniu. *Rozmaitości Lwowskie*, 1823, Nr. 35.

665. **Torosiewicz T**. Physic. chemische Analyse der mineral. Schwefelquelle zu Lubieñ. Wien, 1828. Wymek z tegoż *Buchner's Repertorium für Pharmacie*. T. XXVIII, tudzież w *Rozmaitościach Lwowskich* r. 1828, Nr. 36; zaś obszerniejsza rozprawa o tém dziełku Torosiewicza, napisana przez **T. Żychlińskiego**, jest w *Czasopiśmie Osolińskich* z r. 1828. Zesz. II, s. 122.

666. *Kuryjer Warszawski*, r. 1829, Nr. 309, podaje krótką wiadomość o źródle lubieńskim.

667. *Mnemosine*. Lemberg, 1830, Nr. 21, zawiera artykuł p. t. Kritik über die Schwefelquelle zu Lubieñ.

668. **Walchner**. Nachricht von Lubienier Schwefelquelle in Ostgalizien *Moll's Jahrb.*, IV, p. 195.

669. **Nowe** urządzenie kąpeli w Lubieniu. *Dziennik literacki*. Lwów, 1857, I, s. 508.

670. **Stan zakładów kąpielowych w Galicyi**. *Dziennik literacki*, r. 1858, II, s. 792, głównie o Lubieniu.

671. **Czyrniański E.** Rozbiór chemiczny wód siarczanych lubieńskiej i swoszowickiej. *Rocz. Tow. nauk Krakows.*, 1860, poczet 3, T. IV.

672. **Krówczyński**. Lubień, 1860. Sprawozdanie Komisji z łona Towarz. lekars. galicyjs. Lwów, 1860, 8-o, s. 21.

673. **Dietl J.** Wzmianka o wodach siarczanych w Lubieniu. *Przegląd lek.*, r. 1863, Nr. 13—14.

674. **Chądzyński**. O zdroju siarczanym w Lubieniu. Lwów, 1866.

675. **Baczyński A.** O wymoczkach źródła siarczanego lubieńskiego podał krótką wiadomość w czasopiśmie *Kosmos*, r. 1877, s. 527.

676. **Chądzyński**. Sprawozdanie komisji w celu zbadania stanu zdrojowiska lubieńskiego. *Dwutygodnik Medycyny publicznej*, r. 1877.

677. **Sawicki Edward**. Zdroje siarczane w Lubieniu. *Przegląd lekars.*, r. 1881, Nr. 17, 18, 20 i 21.

Odbitka. Kraków, 1881, s. 14.

678. **Radziszewski**. Lubień—wynik rozbioru chemicznego zdroju Ludwika. Lwów, 1882, 8-o, str. 16.

Toż w Czasopis. Towarz. aptek., 1882, Nr. 10.

679. **Lubień**. Zdrojowisko kąpielowe siarczane w Lubieniu. Lwów, 1882, in 12-o.

680. **Jana Stanis.** Zdroje siarczane w Lubieniu. Lwów, 1883, 8-o (1-szy egz. zawiera s. 15, 2-gi egz. s. 19).

681. **Lubień**. Lwów, 1885, in 4-o.

682. **Lubień**. Statystyczno-lekar. opis zdroj. siarcz. w Lub. (autor Dr. **Krobicki**, r. 1886, in 4-o z widok. zakładu).

683. **Lubień** (rękop. pos. dr. Zieleniewski). Akta stat. urzędowe, zdroj. tamt. dotyczące. Nadto o Lubieniu. Zob. N-ra: 35, 53, 81, 82, 83, 84, 116 i 117.

Lubownia nowa

miasteczko stara Lubowla, także Lumowla lub Lubownia (Alt Lublau) w górnych Węgrzech (komitat Spiski), 10 kilometrów od stacji kolei żel. Tarnowsko-Leluchowskiej „Orłów“ odległe, graniczy od południa ze wsią Lubownią nową, posiadającą zakład zdrojowo-kąpielny, o 4 kilometrów od miasteczka oddalony, leżący w południowo-wschodnim narożniku wsi Lubowni nowój, szczawy wapienno-żelazistój, chemicznie badanej naprzód przez prof. **Kitaibla**, a następnie r. 1872 przez c. k. zakład państwowy geologiczny, ma 30 gabinetów łaźniebnych i około 90 pokojów mieszkalnych dla chorych.

Tutejsze źródło odkryto r. 1777; następnie ocembrowano kamieniem w dwa baseny, mające po 2 metry głębokości, a po 4 m. w obwodzie. W r. 1879 było tu 398 osób, leczących się. Namieniony zakład zdrojowy nie posiada swej własnej bibliografii.

684. **Ogłoszenie o Lubowni** z r. 1854. Cennik pomieszczeń i taryfa kąpeli z r. 1860.

685. **Heksch A.** *Illustrierter Führer durch die Karpathen und Oberungarischen Badeorte.* Wien, 1881, zawiera opis Lubowni, str. 94—98.

L w ó w

Zobacz: Bulikowski, Nr. 14 i Torosiewicz T., Nr. 35 i 42.

Ł a d y c z y n

wieś w Galicyi (obwód Tarnopolski), obok zakładu zdrojowego w Konopkówce, do dóbr Mikulińce należąca, posiada
Pam. T. L. t. 85 Z IV.

zdrój siarczany nieużytkowany. Wzmianka o Ładycynie u **Rzączyńskiego**: Historia natural. curios. Regni Poloniae, Nr. 2.

M a r y m o n t

Kaskada

gmina wiejska pod Warszawą, kolonija zwana Kaskadą posiada zdroj alkaliczno-wapienny, nieużytkowany.

686. **Langer Erazm**. Rozbiór wody żelazno-wapiennej z Kaskady pod Marymontem. *Gazeta lekars.*, 1868. T. V-ty, s. 48.

687. **Tegoż**. Rozbiór ilościowy wody z Kaskady pod Marymontem. *Gazeta lekars.*, 1869. T. VI-ty, str. 582—583.

M a l u n y

wieś w guberni Kowieńskiej w powiecie poniewieskim na Litwie, niegdyś własność obywatela Karpią, o 14 wiorst od miasteczka Poswola oddalona, według **Adamowicza** posiada źródło wody siarczanej. Był tu i zakładzik kąpielowy.

Zobacz: **Adamowicz**, Nr. 34, Wody mineral. guberni Kowieńskiej.

M o r s z y n

wieś w Galicyi (obwód Stryjski), 320 metr. n. p. m., stacja kolei żel. Arcyks. Albrechta, od r. 1875 znana jako zdrojowisko klimatyczne, następnie r. 1878 zamienione na Zakład zdrojowo-kąpielowy, uzupełniony później zakładem hydropatycznym, posiada 2 zdroje słono-gorzkie, bułynek lazienki o 16-tu gabinetach kąpielnych, około 60 pokojów

mieszkalnych dla gości zdrojowych, rozsyła w handel swą wodę mineralną, tudzież przetwory zdrojowe: sól morszyńska, ług bromowo-solankowy, ług borowinowo-solankowy i borowinę morszyńską.

Rozbiór chemiczny źródła morszyńskiego wykonał Radziszewski, wykazawszy, iż w 1000 częściach jego wody jest:

ogólna ilość stałych składników . . .	70.2879
między temi: siarkanu sodowego . . .	28.4601
„ potasowego . . .	5.9000
„ magnezowego . . .	6.0813
„ wapniowego . . .	1.0843
chlorku sodu . . .	12.2976
„ potasu . . .	5.7671
„ magnezu . . .	10.1324

Wyłożywszy ocenienie szczegółowych balneoterapeutycznych właściwości omawianej wody w naszym dziele: *Rys Balneoterapii*, Kraków, 1886, str. 343—344, nie ponawiamy go na tém miejscu.

Cena pokoju na dobę z pościelą od 90 kr. do 1 fl. 60 kr., flaszka wody morszyńskiej 22 kr., kąpiel miner. wanienna 50 do 70 kr., borowinowa 1 fl. 50 kr. Opłata zdrojowa od osoby 3 fl.

Tutejszy zakład zdrojowy obecnie od r. 1884 jest własnością Towarzystwa lekarzy galicyjskich, stanowiąc fundusz wsparcia dla wdów i sierot, pozostałych po lekarzach.

688. 1) **Prospekt**.

2) **Odezwa Członków Komitetu zdrojowiska Morszyna**.

3) **List** ś. p. Bonifac. Stillera, właściciela zdrojowiska w Morszynie.

689. **Morszyn**. Zdrojowisko solankowo borowinowe, w drukarni Towarz. imienia Szewczenki, in 12, s. 9.

690. **Morszyn**—afisz—in folio. Lwów, b. r. w.

691. **Dzikowski**. Zakład leczniczy w Morszynie. Lwów, 1878, 1-a kartka, in 8-o.

692. **Dzikowski.** Zakład leczniczy w Morszynie. *Przegląd lekar.*, 1878, Nr. 21.

693. **Morszyn.** Zdrojowisko solankowo-borowinowe, z ilustracjami w tekście. Lwów, 1880, in 16-o, s. 9.

694. **Hoff B.** O borowinie Morszyna, oraz o soli borowinowej. *Przegl. lekar.*, 1880, Nr. 5.

695. **Korczyński Edw.** O zdrojach Morszyńskich, a w szczególności o wodzie gorzkiej Morszyńskiej w porównaniu z innymi wodami. *Gazeta lekars.*, r. 1882, Nr. 24, 25 i 26.

Toż. Wydanie I, Stryj, 1882, in 8-o. Wydanie II, Lwów, 1884, in 8 o.

696. **Morszyn.** Odezwa Członków Komitetu zdrojowiska Morszyńskiego r. 1884 ze spisem handlów soli Morszyńskiej.

M y ś l i w c z ó w

wieś w Król. Polskiem, pow. noworadomski, leżąca na drodze z Przedborza do Sielnicy. Istnieje tu źródło wody mineralnej żelazistej, obecnie zapomnianej i nieużytkowanej.

697. **Krótki rys historycz.-statystyczny województwa Kaliskiego.** Zobacz: *Kalendarzyk polityczny Król. Pols.* Warszawa, 1824. Oprócz wzmianki o rudach żelaznych, najważniejsza wiadomość o wodzie Myśliwczowskięj.

698. **Kramski M.** Krótki opis źródeł miner. w Myśliwczowie i ich skutków na ożywiony organizm — **rękopis** przytoczony w rozprawie d-ra **Bulikowskiego**: De aquis miner. natural. Poloniae.

N a ł ę c z ó w

wieś w Król. Polskiem (guber. Lubelska, powiat nowo aleksandryjski, dawniej Puławski), stacja kolei żel. Nadwi-

ślańskiej, odległej od zakładu o 3 — 5 kilom., posiada od r. 1879 zakłady: zdrojowo-kąpielny, kumysowy i hydropatyczny z pensjonatem.

Jeszcze za posiadania dóbr Nałęczowskich przez Małachowskich około r. 1818 wzniesiono tu łaźienki i dom dla gości zdrojowych, używających tutejszych wód żelazistych. Po r. 1830 goście przestali tu uczęszczać, a źródła poszły zupełnie w zapomnienie. Dobra Nałęczów przeszły od Małachowskich (r. 1840) w obce ręce, a uległy podziałowi na pięć części; zaś dział, obejmujący pałac i folwark Nałęczów, pozostał w ręku inżyniera Górskiego, który około r. 1878 wydzierżawił na lat 36 pałac, park i przyległy obszar ze źródłami mineralnemi, spółce lekarzy, dla urządzenia istniejącego obecnie zakładu hydropatycznego i kąpeli żelazistych.

Rozbiorem chemicznym źródłu Nałęczowskiego zajmowali się: Celiński w r. 1817, Milicer r. 1873 i Mattisen r. 1877. Analiza Milicera wykazuje w 1000 częściach wody:

ogólną ilość stałych składników . . .	0.570
między temi: węglanu wapniowego . . .	0.2322
„ magnezowego . . .	0.0168
„ żelazowego. . .	0.0273
kwasu węglowego wolnego. . .	0.1950

Przytoczywszy obszerniejszy opis tutejszego zakładu zdrojowego i hydropatycznego w naszym dziele: *Rys Balneoterapii*, Kraków, 1886. s. 200 — 201, uwolnieni jesteśmy od powtarzania go na tém miejscu.

Ceny: bilet sezonowy od osoby 5 rs., od rodziny 10 rs., na orkiestrę od osoby 4 rs., od rodziny 8 rs., pokój od 50 kop. do 1 rs. na dobę, całodzienny stół od 80 kop. do 1 rs. 20 kop., kuracja hydropat. dziennie od 67 kop. do 1 rs. 71 kop., bilet za 1-ą poradę lekarską 3 rs., za dzienny dozór lekarski 37 1/2 kop.

699. **Celiński.** Rozbiór wód mineral. Nałęczowskich w województwie Lubelskiem. Warszawa, 1817, łącznie po polsku i po niemiecku, 8-o, s. 34.

700. **Talko F.** Zakład wód żelazistych w Nałęczowie. Warszawa, 1878, 8-o, s. 8.

Odbitka z *Gazety lekarskiej*.

701. **Nowicki Fortunat.** Nałęczów, jako zakład wód leczniczych żelazistych. *Medycyna*, 1880, Nr. 11.

Odbitka in 4-o, Warszawa, 1880, s. 4.

702. **Ustaw** czastnaho zawiedienija mineralnych wod i hydroterapii w Nałęczowie. Warszawa, 1880, 8 o, s. 17 (łącznie po rosyjsku i po polsku).

703. **Przepisy** porządkowe dla służby i oficjalistów Zakładu leczniczego w Nałęczowie. Warszawa, 1881.

704. **Przewodnik po Nałęczowie** i jego okolicach, z 3-ma ilustracyjami. Warszawa, 1881, in 8-o, s. 40.

705. **Weinberg A. M.** Zdrojowiska żelaziste w Nałęczowie. Odbitka z *Gazety lekars.*, Warszawa, 1881.

706. **Wiercieński H.** Zakład leczniczy w Nałęczowie. *Kłosy*, 1881, Nr. 825.

707. **Nałęczów.** Zakład wód mineralnych, hydroterapii, oraz kuracyi kumysowój. Warszawa, 1882. Anons na arkuszu in folio, obejmujący opis zakładu i cenniki z widokiem zakładu.

708. **Opis Nałęczowa i jego widoki** podał *Tygod. ilustr.* r. 1882. T. III.

709. **Kłosy.** Opis Nałęczowa, r. 1882, Nr. 825.

710. **Fritsche G.** Nałęczów. *Medycyna*, 1883, Nr. 32.

711. **Nowicki T.** O użyciu lekarskiem wody żelazistych źródeł Nałęczowskich. Kraków, 1883.

712. **Uwagi o eksploatacyi** Zakładu leczniczego w Nałęczowie. Warszawa w r. 1883, 8-o, s. 50.

713. **Wiadomość krótka o zakładzie** wód mineral. i hydroterapii. Warszawa, 1883, in 8-o, s. 21 (wyszło tylko po rosyjsku).

714. **O urządzeniu praktyki lekarskiej w Nałęczowie i rozporządzeniu funduszem konsultacyjnym.** Warszawa, 1884, in 8-o, s. 11.

715. **Zakład wód mineralnych i hydroterapii w Nałęczowie.** Anons, in 8-o, s. 1.

716. **Nowicki Fort.** (rękopis w posiadaniu d-ra Zieleniewskiego). Wiadomość o zakładzie wód miner. i hydroterapii w Nałęczowie.

N i e m i r ó w

miasteczko w Galicyi (obwód Żółkiewski, powiat Rawa Ruska), posiada od r. 1815 zakład zdrojowo-kąpielny, który rozpoczął Hil. Moszczyński, dziedzic Niemirowa r. 1833. Pokojów dla gości zdrojowych 146, izdebek łaźniowych 50, z mnóstwem niedostatków co do urządzenia, dotychczas nie o wiele ulepszonych. Wielki pożar, który w r. 1834 zniszczył to miasteczko, przyczynił się do upadku i tutejszego zakładu kąpielowego, a odtąd wcale się on nie podniósł.

Dotychczas nie posiadamy ścisłego chemicznego rozbioru 4-ch tutejszych źródeł siarczanych, albowiem chemiczne ich badanie, dokonane w r. 1833 przez aptekarza Steller'a i nieco wcześniejsze przez Torosiewicza, wcale nie odpowiada obecnemu stanowisku Balneologii; z tego przeto powodu rozbioru chemicznego źródeł Niemirowa nie podajemy.

Tutejszy zakład zdrojowy, z przyczyny zacofanych jego urządzeń, wypuszczenia go z opieki i braku lekarskiego kierunku, obecnie zaledwo przez najuboższych chorych bywa odwiedzany.

717. **Torosiewicz T.** Wiadomość o doświadczeniach wody mineral. w Niemirowie. *Rozmait. lwow.*, r. 1832, Nr. 27.

718. Tegoż. Zur Kenntniss der Schwefelquelle zu Niemirow. *Mnemosine*, r. 1832, Nr. 62.

719. **Steller K.** Das Niemirower Bad im Königr. Galizien, physicali chemisch Untersucht. Lemberg, 1833, p. 53,

720. **Seidl** (k. k. Kreisphysicus in Żółkiew). Ueber die kalte salinische Schwefelquelle zu Niemirów. Wien, 1837, in 8-o, p. 70 (z widokiem litografowanym zakładu).

Nowosielice czyli Nowosiółki

wieś w Galicyi (obwód Brzeżański), posiada zdroj siarczany, chemicznie rozpoznany przez d-ra **Rhodiusa**, lekarza obwodowego, wszakże nieużytkowany.

Oborniki

miasto powiatowe w Ks. Poznańskim, 30 kim. od Poznania, przystanek kol. żel. poznańsko-pilskiéj. Pod miastem mają się znajdować źródła słone i wzgórze z kruszcami. Wykopywano tu mnóstwo popielnic i różne naczynia. Zobacz:

721. **Raczyński Edward**. Wspomnienia Wielkopolski, t. j. województw: Poznańskiego, Kaliskiego i Gnieźnieńskiego. Poznań, 1842. T. I, s. 160. Powyższą wzmiankę o tutejszym zdroju słonym potwierdza tradycja i nazwa osady pod Obornikami: Sloniawskie Olendry. Nämienione źródło piaski zawiąły. Inne źródło słone w téj okolicy ma się znajdować na gruncie między miastem a ogrodami mieszkańców. Nadto na lewym brzegu Warty w trójkącie między wsiami Bogdanowem, Obiezierzem i miastem Obornikami, wśród wzgórków gliniastych, według tradycyi, sól się ma znajdować.

Pierściec

wieś w Król. Pol., blisko wsi Zborowa, posiada, według **Kitaewskiego**, zdroj słono-siark., wcale niezuż. Zob. **Bełza**, N. 23.

Podgórze

miasto w Galicyi, obok Krakowa. Przy poszukiwaniu tu r. 1839 węgla kamiennego, natrafiono w głębokości 28 sążni na wodę siono-siarkową, którą zamierzano spożytkować na kąpiele, czego niebawem zaniechano.

722. **Łazienki w Podgórzu.** Uwiadomienie z podaniem wypadku doświadczeń Usmana. Po polsku i po niemiecku, $\frac{1}{2}$ ark.

723. **Torosiewicz T.** O wodzie Podgórskiej. *Rocznik Wydz. lekars.*, 1841, T. IV, s. 356 i r. 1843, T. VI, 297. *Gazeta lwowska.*, r. 1841, Nr. 41, tudzież *Buchner's Repertor. für Pharmacie*, 74, I.

724. **N. N.** Korespondencyja z Podgórza (wody siarczane). *Przeegl. lekars.*, 1865, Nr. 21.

Poswoli

miasteczko w guberni Kowieńskiej na Litwie, 21 wiorst od Smerdony odległe, według Adamowicza, posiada źródelko siarczane, do źródłu Smerdońskiego podobne, wcale nieużytkowane. Zobacz: **Adamowicz**, Nr. 34: Wody mineral. guberni Kowieńskiej.

Pustomyty

wieś w Galicyi, położona na drodze kolei żel. wiodącej ze Lwowa do Stryja, tuż przy jej stacyi Glinna Nawaryja, posiada źródło siarczany zimny.

Rozbiór chemiczny tutejszego źródła dokonał Wąsowicz w r. 1879, wykazawszy, iż w 1000 częściach wody znajduje się:

ogólna ilość składników stałych

między temi: podsiarczanu magnezowego .	0.0109
węglanu wapniowego .	0.2989
„ magnezowego. .	0.0115
chlorku sodu	0.0490
„ magnezu	0.0297
gazu siarkowodorowego .	0.100040

Od r. 1879 jest tu zakładzik zdrojowo-kąpielny o 33 pokojach dla gości zdrojowych i 13 gabinetach łaźiebnych, z 26 wannami.

Ceny: pokój na dobę od 40 kr. do 1 fl. 20 kr., usługa 10 kr., kąpiel wanienna mineralna 40 do 50 kr., borowinowa 1 fl. 25 kr., parowa 50 kr., opłata zdrojowa 2 fl. od osoby.

725. **Nowacki.** Pustomyty, zakład kąpielowy siarczany, otwarty r. 1880. Lwów, 1881, 8-o, s. 13.

726. **Wąsowicz Miecz. Dun.** Rozbiór chemiczny wody siarczanéj ze źródła we wsi Pustomyty. *Sprawozdania Komis. fizyjoogr.*, 1881. T. XV.

Odbitka. Kraków, 1881, in 8-o, s. 15.

727. **Pustomyty.** Zakład kąpeli siarczanych i borowinowych, jak niemniej wodoleczniczy. Lwów, 1844, in 8-o, s. 4.

728. **Hacquet & Torosiewicz.** Pustomyty (manuskrypta przechowane u piszącego niniejszy Słownik).

(*Ciąg dalszy nastąpi.*)

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

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA
ROK 1887.

Posiedzenie wyborcze d. 4 Stycznia 1887 r.

PREZES **Gepner.**

I. Protokół posiedzenia administracyjnego z dnia 28 Grudnia 1886 r., po odczytaniu, przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Od Towarzystwa Lekarzy w Omsku prośba o wymianę publikacyj. Towarzystwo zgadza się na zaproponowaną wymianę.

b) Protokół Nr. 9, z dnia 1 Listopada 1886 roku, i Sbornik lekarski Nr. 42, Towarzystwa Lekarskiego Kaukazkiego.

c) Protokół Nr. 6, Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

d) Protokół posiedzeń Towarzystwa Lekarzy floty w Kronsztadzie Nr. 24.

III. Nastąpiło głosowanie na urzędników Towarzystwa Lekarskiego na r. 1887.

Wybrano: na Prezesa D-ra BOLESŁAWA GEPNERA, na Vice-Prezesa D-ra JAKÓBA ROGOWICZA, na Sekretarza do-rocznego D-ra MARYJANA JAKOWSKIEGO.

IV. Następnie odbyło się głosowanie na Członków czynnych i korrespondentów:

Wybrano:

a) Na Członków czynnych D-ra OTTONA HEWELKE, D-ra JANA HOENE, D-ra JÓZEFA STRZESZEWSKIEGO, D-ra MAKSYMILIJANA ZWEIGBAUMA;

b) Na Członka korrespondenta D-ra KAROLA SZADKA, lekarza wojskowego w Kijowie.

V. Wreszcie odbyły się wybory na Członków do różnych komitetów, a w szczególności wybrani zostali:

1. Do komitetu konkursowego: DOBRZYCKI, FABIAN, HOYER, KRAMSZTYK JULJAN, MATLAKOWSKI, SOKOŁOWSKI—i ROGOWICZ, z urzędu jako Vice-Prezes.

2. Do komitetu higieny publicznej: w miejsce wychodzących: kol. JASIŃSKIEGO, NENCKIEGO i NUSSBAUMA, wybrani: kol. CHEŁCHOWSKI, JAKOWSKI i POLAK.

3. Do komitetu kassy wsparcia, w miejsce wychodzącego kol. KRASZEWSKIEGO PIOTRA, wybrani: kol. WOLFF ALEKSANDER.

4. Do komitetu rewizji rachunków kassy Towarzystwa Lekarskiego: w miejsce wychodzących: kol. GAJKIEWICZA i MODRZEJEWSKIEGO, wybrani: kol. ANDERS i SOKOŁOWSKI.

5. Do komitetu rewizji rachunków kassy wsparcia: w miejsce wychodzącego kol. KRAMSZTYKA JULJANA, wybrani: ROSENTHAL JAKÓB.

Skład innych komitetów pozostał bez zmiany.

Na tém posiedzenie ukończono.

Posiedzenie kliniczne d. 18 Stycznia 1887 r.

PREZES Gepner.

I. Protokół posiedzenia wyborczego z dnia 4 Stycznia 1887 r., odczytano i przyjęto.

II. Prezes wita obecnych na posiedzeniu nowoprzybranych członków czynnych Kol. HEWELKEGO i HOENEGO, i wręczając im dyplomy na członków Towarzystwa, zaprasza do czynnego udziału w pracy.

III. Nadesłano:

a) Od Towarzystwa lekarzów czeskich w Pradze zaproszenie do wzięcia udziału, w obchodzie 25-letniej rocznicy istnienia tegoż towarzystwa (d. 24 Stycznia r. b.). Upoważniono Zarząd Towarzystwa do wysłania telegramu w dniu obchodu do Pragi.

b) Od Redakcyi Czasop. lek. czesk., numer pamiątkowy tego pisma, z okazji ćwierćwiekowego istnienia tegoż, w dniu 1 Stycznia r. b.

c) Sprawozdanie ze Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

d) Sprawozdanie z zakładu imienia Ossolińskich we Lwowie.

e) Protokoły Tow. lekarsk. Kazańskiego.

f) Od Uniwers. Warszawskiego, dwa zeszyty jego wydawnictwa p. t. „Warszawskija Uniwersyteckija Izwiestija.“

g) Od kol. ROGOWICZA, — Rocznik medycyny polskiej, na rok 1887.

h) Od kol. PACANOWSKIEGO, — osobne odbicie pracy, p. t. „O nerwicach żołądka.“

i) Od kol. GROSZTERNA, — osobne odbicie pracy, p. t. „Przyczynek do nauki o białaczce.“

j) Od redakcyi G a z e t y L e k a r s k i e j ostatnie wydawnictwo téjże p. t. „Grzybki chorobotwórcze“, napisał MARYJAN JAKOWSKI.

k) Od kol. LUBELSKIEGO, nadesłaną mu broszurę p. t. „De l'huile de Chaulmoogra , i okaz leku, o którym też broszurka traktuje.

l) Za pośrednictwo kol. LUBELSKIEGO list od Konsula hiszpańskiego p. LOEWENBERGA, zapraszający do przyjęcia udziału w wystawie powszechnej, jaka ma się

odbyć w Barcelonie (od Września 1887 do Kwietnia 1888 r.), i która między innemi działami ma obejmować działy elektryczności i balneologii.

4) Wreszcie otrzymano list od kol. WATRASZEWSKIEGO, który komunikuje Towarzystwu list pisany doń przez dr. PEREYRA z BUENOS-AYRES, upraszający o komunikowanie mu dokonywanych u nas prac i spostrzeżeń nad tężcem. Kol. LUBELSKI podjął się wygotować odpowiedź Dr. PEREYRZE.

IV. Kol. MATLAKOWSKI przedstawia będącą na jego oddziale chorą, cierpiącą na twardziel nosową (*rhinoscleroma*). W danym przypadku cierpienie to zajęło skórę i błonę śluzową nosa i krtani; przymiot w przypadku tym stanowczo musi być wykluczony. Szczegółowy opis spostrzeganych przez się przypadków twardzieli nosowej obiecuje zakomunikować na jednem z najbliższych posiedzeń.

IV. Kol. KRAMSZTYK ZYGMUNT, wygłasza rzecz „o związku łuszczyki z jaglicą“.

Rozwój łuszczyki w najprostszy sposób można wytłumaczyć sobie przez posunięcie się sprawy chorobowej z łącznicy na rogówkę, czyli że łuszczykę możnaby uważać jako jaglicę rogówki. Tłumaczenie to jednak nie wytrzymuje krytyki z tego głównie względu, że łącznica gałkowa prawie zawsze jest wolną od guziczków jaglicznych, nie ma więc nigdy ciągłości pomiędzy zmianami chorobowymi, istniejącymi na łącznicy i na rogówce. Pogląd ten, który dawniej był panującym w obecnych czasach ustąpił miejsca teorii traumatycznego pochodzenia łuszczyki. Według tego znów tłumaczenia, nierówna powierzchnia łącznicy, dotkniętej jaglicą, drażni ustawicznie rogówkę, a długotrwałe podrażnienie prowadzi zwolna do rozwoju łuszczyki. Jednakże trudno, aby pogląd taki mógł się ostać w oftalmologii, ze względu na często bardzo napotykaną niestosunek pomiędzy stopniem zmian jaglicowych na łącznicy i łuszczyką na rogówce; przy nieznaczących zmianach na

łącznicy istnieć może rozległa łuszcza na rogówce i odwrotnie, lecz co więcej łuszcza rozwija się czasem przy tak małych zmianach na łącznicy, że takowe literalnie drażnić rogówki nie mogą, a czasem powstaje ona w bardzo wydatnym stopniu przy zupełnie zabliźnionej po jaglicy, a więc gładkiej błonie łącznicowej. Toż samo tyczy się i rozległości obu tych równocześnie spostrzeganych spraw chorobowych,—zazwyczaj i pod tym względem istnieje wyraźny niestosunek. Wprawdzie, co stanowi nawet główną zasadę teorii traumatycznej, łuszcza zwykle rozwija się pod powieką górną, lecz długość łuszczyki powinna być stałą, a brzeg jęj poziomym, czego nigdy prawie nie spotykamy; wreszcie zarówno dobrze można widzieć łuszczykę u dołu, z boków, a często otacza ona w około brzeżne części rogówki.

Jeżeli natomiast uznać łuszczykę jaglicową za łuszczykę zbawczą, powstającą na miejscu i wskutek wrzodów rogówki, tego najczęstszego powikłania jaglicy, — to powstawanie jęj da się daleko jaśniej i prościej wytłumaczyć. Podczas przewlekłego przebiegu choroby często bardzo rozwijają się na rogówce owrzodzenia, nieraz bardzo drobne, głównie blisko brzegów, a niekiedy, zwłaszcza występując w większej liczbie, umiejscowione są w kierunku cięciwy lub współśrodkowo do brzegu rogówki; wrzody te czasem znikają bezpośrednio, niekiedy zaś goją się za pośrednictwem naczyń rogówkowych. Często powiększają się one lub zlewają ze sobą, a takie duże owrzodzenia goić się mogą li tylko za pośrednictwem naczyń rogówki. Postać łuszczyki odpowiada wtedy zawsze postaci wrzodu, na miejscu którego się rozwinęła, a miejsca gdzie ją widzimy, ściśle są odpowiednie miejscom rogówki, w których owrzodzenia zdarzają się najczęściej. Często zdarza się widzieć rozleglejsze zwłaszcza owrzodzenia niecałkowicie pokryte łuszczyką, a niekiedy znów spotkać można ograniczone i zagłębione plamy, które wyraźnie dowodzą, że

w danym przypadku wrzody poprzedziły łuszczkę, że więc, co łatwo zrozumieć, musiały ją wywołać.

V. Kol. КАМОСКИ mówił o leczeniu operacyjnym oderwania siatkówki.

Jakkolwiek każdy prawie ze stosowanych dotąd sposobów operacyjnego leczenia oderwania siatkówki, ma za sobą pewną ilość przypadków o pomyślnym zejściu, to jednak żaden z nich, bo ani proste przekłócie siatkówki, ani cięcie białkóvkowo-naczyniówkowe z wypuszczeniem przesięku podsiatkówkowego, ani wreszcie przedrenowanie oka za pomocą złotój pętli filtracyjnej, nie pozyskał sobie ogólnego uznania u obecnych oftalmologów. Natomiast sposób ów, któremu z góry możnaby czynić bardzo ważne zarzuty, a mianowicie, proponowana przez DROUSART'A iridektomija, zastosowana w porę okazuje się bardzo skuteczną metodą operacyjną. W początkach mianowicie, oderwania się siatkówki, jak o tém przekonał się DROUSART, ciśnienie wewnątrz oczne zawsze bywa podniesioném i wtedy właśnie wycięcie tęczy działa bardzo skutecznie zmniejszając, a właściwie mówiąc, regulując toż ciśnienie. DROUSART, na ostatnim zjeździe oftalmologów francuskich zakomunikował swą statystykę, z której dowiedziano się, że na 40 przypadków odklejenia siatkówki, leczonych według jego metody, w 18 otrzymano całkowite wyzdrowienie. Za wynalazcą poszło już kilku oftalmologów, a prelegent zastosował ją w dwóch przypadkach, jakie zdarzyły mu się w tutejszym instytucie oftalmicznym. Pierwszy przypadek dotyczył 60-letniej żydówki cierpiącej na oderwanie siatkówki od 10 tygodni; a oderwanie to zajmowało wewnętrzny, głównie górny odcinek siatkówki. W 10 dni po operacji chora, która przedtém rozpoznawała jedynie poruszenia ręki na stopę przed okiem, mogła liczyć pojedyncze palce na 18 stóp, i czytała litery hebrajskie Nr. 18 JAEGER'A, i stan ten pozostał po dziś dzień. Siatkówka w niewielkiej tylko przestrzeni pozostała nieprzyklejoną, lubo pole widzenia

bardzo znacznie się rozszerzyło. Drugi przypadek dotyczył młodej, 20 letniej służącej, która obok wysokiej krótkowzroczności ze zmianami zanikowemi w naczyniówce i siatkówce, od sześciu miesięcy miała w lewém oku oderwanie siatkówki pochodzenia urazowego. Tutaj metoda DROUSART'A nie dała tak pomyślnego wyniku, czego można było z góry oczekiwać, lubo chora mówiła, że widzi po operacyi lepiej, niż przed nią. K. przypuszcza, że w oderwaniach pochodzenia urazowego za skuteczniejsze od operacyi DROUSART'A, powinno być uważaném szerokie cięcie białkóvkowo-naczyniówkowe.

VI. Kol. BUJWID zakomunikował swe wyniki szczepień wścieklizny metodą PASTEUR'A.

Z liczby 12 królików, szczepionych przez trepanacyję, rdzeniem kręgowym wściekłego psa i inokulowanych ochronnie lub leczniczo, zdechło 8, przeżyło zaś 4; 5 królików szczepionych pod skórę i inokulowanych ochronnie wszystkie przeżyły; z 19 zaś szczepionych przez trepanacyję i nieleczonych przeżył tylko 1.

Co się tyczy ludzi, pokąsanych przez wściekłe psy (110), koty (9), i koni (2), liczba których wynosi obecnie 121 osób i leczonych następnie według metody PASTEUR'A, zmarł przy objawach wścieklizny tylko 1 chłopiec.

W przypadkach tych prawdopodobieństwo pokąsania przez zwierzęta istotnie wściekłe określa B. na 90%, (w 10% sprawdzono przez zaszczepienie królikom, rdzenia psa, który kąsał, w 60% były świadectwa lekarzy weterynaryi, a w 20% sami pokąsani opisywali bardzo dokładnie oznaki wścieklizny u zwierzęcia).

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz M. Jakowski.

Posiedzenie kliniczne (dodatkowe) d. 25 Stycznia 1887 r.

PREZES: **Gepner.**

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

Pam. T. L. t. 85 Z. IV.

II. Nadesłano:

a) Otczot medycznaskawo departamienta za r. 1884.

b) Od bibliotekarza akademii medyko-chirurgicznój w Petersburgu pięćdziesiąt cztery rozprawy na stopień doktora medycyny, bronione w téjże akademii w latach 1885 i 1886.

c) Osobne odbicie pracy KORCZYŃSKIEGO i JAWORSKIEGO, p. t. „Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma Ventriculi so wie bei Magenblutungen.“

III. Prezes wita obecnego na posiedzeniu nowego członka towarzystwa kol. STRZESZEWSKIEGO, wręczając mu dyplom na członka czynnego.

IV. Kol. ELSENBERG, przedstawia chorego, dotkniętego rybią łuską (*ichtyosis*). W przypadku tym zmiany skóry daleko posunięte, gdyż dochodzące prawie do zaniku, zajmują wyprostne powierzchnie członków (łokcie i kolana); na ramieniu w miejscu blizny, pozostałej po zaszczepieniu ospy, zmian chorobowych zupełnie nie ma.

V. Kol. MATLAKOWSKI wygłosił odczyt o twardzieli nosa (*rhinoscleroma*).

W rzeczy téj, która w całości ma być drukowaną w jedném z pism lekarskich tutejszych, prelegent zaznaczył, że cierpienie to opisane było po raz pierwszy przez HEBRĘ (1870), spostrzegane zaś przed rokiem 1870 przypadki podciągano pod miano różnych cierpień, przeważnie przymiotu; sam prelegent za czasów swój asystentury klinicznój spostrzegał, jak sobie to obecnie dobrze tłumaczy, przypadki twardzieli nosa, które jednakże wówczas uważano przeważnie za przymiot lub mięsaki nosa. Co się tyczy dwóch przypadków, które tutaj opisuje, to pochodziły one oba z Podlasia; w jednym zmiany chorobowe zajmowały skórę i błonę śluzową nosa (kanały nosowe były całkowicie prawie zarośnięte), wargę górną i gardziel, w którój widocznym był ślad zaledwo *veli palatini*, w krtani zaś żadnych zmian nie było; w drugim znów zmiany charakterystyczne spostrzegał na skórze nosa i w krtani,

w której zajęte były sprawą chorobową chrząstki nalewkowe, *spatium interarythenoideum*, i struny głosowe. Autorowie, którzy opisywali przypadki twardzieli nosa (KAPOSI GEBER, MIKULICZ, ZALCER, SCHMIEDECKE etc.), podają, że charakterystyczne zmiany skóry i błon śluzowych, spostrzegane w tém cierpieniu, zajmować mogą nos, wargę górną, błonę śluzową nosa, gardzieli i krtani, polegają zaś na zgrubieniu tych tkanek, przyczém skóra wydaje się jakby wygładzoną; niezmiernie charakterystyczną cechą tych zgrubień jest ich twardość, bardzo powolny rozwój, wreszcie trwałość tych nowo-wytworzonych tkanek, które nigdy prawie nie ulegają rozpadowi. Zmiany anatomiczne polegają tu na bardzo obfitém nacieczeniu drobnokomórkowém w powierzchownych i głębszych warstwach skóry, tkance podskórnej, a niekiedy nawet i w tkance mięśniowej; oprócz niezmiernéj ilości komórek drobnych z wyraźnemi jądrami, widać jeszcze komórki duże, opisane przez MIKULICZA; ciało tych ostatnich jest jakby nieco zmętniałém, posiadają niekiedy parę, niekiedy zaś wcale nie posiadają jąder. Komórki te są uważane za charakterystyczne dla guzów twardzieli nosa.

VI. W dalszym ciągu odczytu tego kol. JAKOWSKI opisał wyniki badań bakteryjologicznych, dotyczących twardzieli nosa i okazał preparaty, przygotowane przez się z tkanek i soku z nich wyciśniętego, w jednym z przypadków opisanych przez kol. MATLAKOWSKIEGO.

FRISCH (1882) pierwszy opisał pasorzyty, które widział w komórkach dużych i swobodno leżące wśród tkanki, zazwyczaj w wielkiej ilości. Są to krótkie i dość grube laseczniki, barwiące się dobrze błękitem metylenowym. W r. 1885, CORNIL i ALVAREZ widzieli je także w 5-iu przypadkach, opisują przytém, że spostrzegali na nich widoczną i szeroką otoczkę. Inne prace bakteryjologiczne nie o wiele posunęły naprzód kwestyję pasorzytniczego pochodzenia twardzieli nosa, zwłaszcza że nikomu nie udało się ich wyhodować. Dopiero w osta-

tnich miesiącach ubiegłego roku PALTOUF i EISELSBERG, ogłosili w „Fortschr. d. Med.“, że w 6 przypadkach widzieli w komórkach dużych, w przetworach chłonnych i swobodnie wśród tkanki leżące bakteryje, otoczone wyraźną błoną; lecz bakteryje te oprócz laseczkowatego kształtu występują i pod postacią owalnych koków. Autorowie ci wyhodowali je na żelatynie, agarze, surowicy i kartoflu i doszli do przekonania, że hodowle ich są zupełnie identyczne z hodowlami pasorzytów zapalenia płuc, opisanych przez FRIEDLAENDER'A; co więcej pasorzyty spostrzegane przy twardzieli nosa, według P. i E. po zaszczepieniu ich myszom i świnkom morskim do opłucnej lub za pomocą wziewań, wywołują też same zmiany co i pasorzyty FRIEDLAENDER'A. Dla tego też uważają je jeśli nie za całkowicie identyczne z temi ostatniemi, to przynajmniej za pewną ich odmianę niezmiernie bliską do pasorz. zapalenia płuc. Opierając się na faktach, że niektórzy badacze także pasorzyty widzieli przy ozaenie i w przypadkach pewnych bronchopeumonii — przypuszczają, że bakteryje te mogą wywołać różne zmiany chorobowe w drogach oddechowych, zależnie od miejsca i od obszaru, na którym się osiedlą i znajdują warunki do rozwoju (*rhinoscleroma, ozaena chordit. hypertroph. pneumon. bronchopn.*). Kol. JAKOWSKI, rozpoczął badania korzystając z materiału, jaki nadarzył się w oddziale kol. MATLAKOWSKIEO i jak dotąd, co się tyczy postaci pasorzytów, istnienia w nich otoczki, umiejscowienia wśród tkanki, wreszcie hodowli na żelatynie i agarze otrzymuje wyniki zgodne z P. i E.; wyniki dalszych doświadczeń, a zwłaszcza szczepień, po ukończeniu, zakomunikuje na posiedzeniu towarzystwa.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. MAJKOWSKI zaznacza, że KAPOSI opisuje przypadki, w których zmiany charakterystyczne dla twardzieli nosa rozpoczynały się nie na takowym, lecz na łukach podniebiennych. Kol. OŁTUSZEWSKI przypuszcza, że związek między *chordit. hypertroph.* i *rhinoscler.* prawdopodobnie istnieje, gdyż GANGHO-

FER zaznaczył, że zmiany rozpoczynają się pierwój niż na nosie, w krtani, a mianowicie polegają na sklerozie téjże. Kol. MATLAKOWSKI jest zdania, że zwłaszcza zmiany przy *chordit. hypertroph.* są niezmiernie zliżone do zmian tkanek przy twardzieli nosa, nie można tego np. powiedzieć o *blenorrh.* STÖRCKI, jakkolwiek stanowcze twierdzenie o identyczności różnych tych spraw może być wypowiedziane li tylko na zasadzie ścisłych badań bakteriologicznych. Kol. MEYERSON co do *blenorrh.* STÖRCKI przypuszcza, że chyba o identyczności jój z twardzielą nie może być mowy, gdyż cechy zmian anatomicznych przy pierwszój (krótkie, cienkie błony) są całkiem różne od takichże cech przy twardzieli, są to sprawy kliniczne całkiem odmienne. Wreszcie kol. GOLDFLAM, stawia pytanie co do stosunku twardzieli nosa przyległój skóry i sąsiednich błon śluzowych do zgrubienia i stwardnienia skóry całego ciała, przechodzącego także na błony śluzowe, mianowicie na krtani, a opisywanego pod nazwą *myxoedema* lub *cachexie pachydermique.* Chirurgom znane jest podobne cierpienie z przytępieniem władz umysłowych po wycięciu gruczołu tarczowego t. zw. *cachexia strumipriva.* O pokrewieństwie twardzieli nosa z *myxoedema* rozstrzygnąć może badanie ostatniego na drobnoustroje.

VII. Kol. BUJWID opisuje przypadek wścieklizny, w którym chłopiec pokąsany w Maju r. z., przez psa wściekłego, w dniu 28 Grudnia r. z., dostał objawów zbliżonych do wścieklizny, wśród których na szósty dzień zmarł. Przypadek ten jest ważnym z tego zwłaszcza względu, że za pomocą szczepienia królikom kawałków rdzenia zmarłego chłopca kol. B. przekonał się, iż choroba była niewątpliwie wścieklizną, gdyż dwa króliki, szczepione przez trepanacyją, zdechły na 16 i 17 dzień po szczepieniu, jeden zaś szczepiony podskórnice na 23 dzień, jak to zwykle miewa miejsce.

Kol. MAYZEL komunikuje, że w jednym z ostatnich numerów Wien. med. Woch. znajduje się wiadomość, iż

z leczonych według metody PASTEUR'A w Warszawie jeden chory umarł na wściekliznę i że istnieje pewność, iż pies, który kąsał, nie był wściekły. Wobec przedstawionych na uprzedniem posiedzeniu, przez kol. BUJWIDA danych, proponuje, aby fakt ten został odwołanym przez samego kol. B. Wiadomości takie, jak przytoczona, mogły dostać się do Wiednia tylko z pism nielekarskich, które zawiele robią rozgłosu z samėj metody, dla tego téż uważa za stosowne, aby wiadomości dotyczące szczegółów leczenia metodą PASTEUR'A, o ile można jak najmniej przenikały do pism codziennych nielekarskich, zwłaszcza wobec faktów, iż badania FRISCH'A w Wiedniu, prowadzone bardzo ściśle i starannie, a także wiadomości z Anglii, Włoch i Szwajcaryi, coraz częściej podają w wątpliwość skuteczność i znaczenie metody Pasteurowskiej. Wobec tego, że PASTEUR ma ogłosić statystykę leczenia wścieklizny w Samarze, Moskwie, Odesie i Warszawie, radzi aby statystyka ta była zakomunikowaną o ile można, jak najostrożniej, z uwzględnieniem wszelkich wątpliwości, jakie się zdarzyć mogą. Radzi, aby w przypadkach, gdzie to jest możliwem dokonywać, szczepień rdzenia, jak to np. było zrobionem w przypadku, zakomunikowanym dzisiaj przez kol. B., i aby dla większego poparcia i pewności fakty otrzymane, oprócz przez eksperymentatora, sprawdzonemi były i przez komisję, złożoną z paru kolegów. Kol. ROGOWICZ w kwestyi ścisłej statystyki wścieklizny sądzi, że jest ona w naszych warunkach prawie niemożliwą wobec braku pewnych danych co do tego, czy zwierzęta kąsające były wściekłemi, czy téż nie. Zresztą uważa, że w ogóle wobec braku ścisłych naukowych podstaw dla metody Pasteurowskiej rzeczy dokonywane u nas nie powinny być wszechstronnie głoszone po pismach codziennych. Kol. DOBRZYCKI w téjże sprawie sądzi, że szczepienia lecznicze wścieklizny, według jego zdania, są rzeczą, która przy stosowaniu wymaga nadzwyczajnej oględności. Wiadomem jest, że zarażenie się wścieklizną za-

leży bardzo od miejsca, gdzie zwierzę ukąsiło, a także i od wielkości rany; co do pierwszego punktu, to ukąszenie w miejscu, gdzie pod skórą znajduje się tkanka luźna, daleko pewniej i częściej wywoła wściekliznę niżli w miejscu, gdzie zamiast luźnej znajdujemy tkankę zbitą; co do drugiego znów punktu, to rany większe dają mniejszy procent zarażenia wścieklizną, niżli rany małe. Wiadomém jest wreszcie z doświadczeń HERTWIG'A, że niektóre psy są stanowczo odporne na zarazek wścieklizny, można więc przypuścić prawdopodobieństwo istnienia takiéjże odporności i u ludzi.

VIII. Vice-Prezes komunikuje, że na konkurs imienia HELBICHA, na temat dowolnie obrany z historii rozwoju medycyny w Polsce, nadesłano aż trzy prace. Na posiedzeniu komitetu konkursowego, w dniu 22 Stycznia r. b., postanowiono przedłużyć na rok bieżący cztery inne pozostałe tematy, o czém zrobione będzie stosowne ogłoszenie w pismach lekarskich.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, M. Jakowski..

Posiedzenie kliniczne d. 1 Lutego 1887 r.

PREZES: **Gepner.**

I. Protokół przedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II, Nadesłano:

a) WICHERKIEWICZ „O powstawaniu jaskry zapalnej.“

b) Katalog dzieł dawnych i wyczerpanych, wydany przez księgarnię ST. GIEJSZTOERA.

c) L. NEUGEBAUER „O drewnich chirurgicznych i ginijatryczeskich instrumentach etc.“, — Warszawa 1884.

d) L. NEUGEBAUER „Śluczaj izleczenija chronicz. wyworota matki.“ Warszawa 1886.

e) Od Głównego Zarządu floty dodatek lekarski za m. Styczeń r. b. do wydawnictwa „Morskiej Sbornik.“

III. Kol. DUNIN przedstawia 2 prace kol. WŁADYSŁAWA BRUNERA: „O moczopędném działaniu chlorku rtęci w chorobach serca“, w rękopiśmie i „Przyczynek do nauki o nerwicach serca“, w odbitce z Gaz. Lek., polecając go na członka czynnego towarzystwa; popierają kol. JAKOWSKI i GROSTERN. Sprawozdania z prac podjął się kol. DUNIN.

IV. Kol. MEYERSON odczytał rzecz: „O zupełném błoniastém zarośnięciu nozdry tylnych.“

Zboczenie to należy do bardzo rzadkich; na przeszło 2000 chorych, u których szczegółowo badał jamy nosowe, M. spotkał się z niem tylko raz jeden. Przytoczywszy spostrzeżenia tego rodzaju SCHRÖTTER'A, SEMONA, CHIARI'EGO i in., M. opowiada przypadek, spostrzegany przez siebie; u 37-letniej kobiety, skarżącej się na suchość i uczucie ciała obcego w gardle, zauważył, iż oddychanie odbywa się wyłącznie ustami; bliższe zbadanie jam nosowych wykryło, iż nozdrza tylne zasłonięte są błoniastą przegrodą, rozciągającą się od dolnego brzegu nozdry tylnych, aż do sklepienia gardzieli, a zlewającą się z bocznymi ścianami téjże, tak iż skutkiem tego nie widać ani tylnych nozdry, ani otworów trąbek Eustachiusza; znaleziono u chorój, prócz tego, niezbyt uszu i dróg oddechowych. Kol. M., wypalał najprzód w błonie otwór, żegadłem galwano-kaustycznym, a następnie wprowadziwszy do otworu tego palec przez jamę ustną, oddzielił błonę na całej przestrzeni od ścian gardzieli.

Na podstawie spostrzeżeń innych autorów i swego przypadku Kol. M. skreślił obraz kliniczny tego cierpienia. Pomijając przypadki przymiotu i t. zw. śluzotoku Störck'A, większość błon tych powstaje jeszcze za życia zarodkowego; w przypadku SCHRÖTTER'A i kol. M. okres powstania nie daje się ściśle określić. Trudno również na zasadzie spostrzeżeń klinicznych rozstrzygnąć, czy zro-

śnięcie to jest następstwem blizny w okresie zarodkowym, czyli téż jest wprost zboczeniem w rozwoju; w myśl doświadczeń ZIEM'А, wykonanych na zwierzętach, że przy zatkaniu jednej jamy nosowej następuje wstrzymanie w rozwoju odpowiedniej połowy kości twarzy, wąskość jam nosowych, jaką spostrzegano w przypadkach zarośnięcia nozdrzy tylnych, przemawia za wczesném powstawaniem tego zboczenia. Objawy tego cierpienia wspólne są wszystkim cierpieniom, połączonym z zatkaniem jam nosowych: usta otwarte, wyraz twarzy głupkowaty, głos nosowy, upośledzenie odżywiania, a także zmiany nieżytowe w uszach, brak węchu i upośledzenie smaku. Co do własności anatomicznych błony, to takowa bywa cienką i mniej lub więcej zbitą, w niektórych razach bardzo odporną, tak iż nie daje się przebić zgłębnikiem. Rozpoznanie może być dokonaniem tylko za pomocą rinoskopii, przyczém pomocnym jest wprowadzanie zgłębnika do jam nosowych i współczesne rinoskopowanie lub wprowadzenie palca do jamy noso-gardzielowej. Leczenie tylko operacyjne, polegające na zrobieniu otworu w nosie (galwano-kaustyka) lub na całkowitem usunięciu błony.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. SOKOŁOWSKI opisał przypadek podobnego zarośnięcia nozdrzy, spostrzegany przez siebie w Ambul. Szp. Św. Ducha. Kobięta 51-letnia, cierpiąca od lat trzech na nieżyt nosa, od lat dwóch poczęła doznawać silnych bólów głowy i niezmiernego utrudnienia przy oddechaniu przez nos. Badanie nosa za pomocą rinoskopii przedniej, jak również badanie gardzieli nie dało żadnych wyników, prócz skonstatowania lekkiego zaczerwienienia błon śluzowych; rinoskopii tylnej nie można było dokonać z powodu niezmiernej drażliwości chorój. Wprowadzając przez nos do jamy noso-gardzielowej cienką sondę, kol. S. zauważył, że takowa pokryta jest cieniutką błoną, po wprowadzeniu palca od tyłu przekonał się, że błona istnieje w obu tylnych otworach nosa. Bardzo proste leczenie, polegające na

przebicu błon grubym zgłębnikiem i wprowadzeniu grubego drenu, odrazu spowodowało ulgę chorób, która w następstwie całkowicie została wyleczoną; bóle głowy i utrudnienie oddechu zupełnie ustąpiły. Kol. MODRZEJEWSKI zapytuje kol. MEYERSONA, czy smak i węch były zachowane w jego przypadku, zaznacza przy tém, że w zrostach tylnych otworów nosa z tylną ścianą gardzieli, które bywają pochodzenia przymiotowego, leczenie operacyjne nie bywa tak łatwém, jak w przypadkach opisanych dzisiaj, z powodu możliwości obfitych krwotoków. Kol. MEYERSON odpowiada, że smak i węch w jego przypadku nie istniał, co zaś do leczenia zrostów pochodzenia przymiotowego, to o takowém w dzisiejszym swym odczycie wcale nie wspominał.

V. Kol. DOBRZYCKI zakomunikował rzadki przypadek wątroby wędrującej, spostrzegany wraz z kol. DZIERZBICKIM w Sławucie, u 28-letniego gajowego. Chory ten przed trzema laty zaczął doznawać bólów w brzuchu i po pewnym czasie uczuł w dolnej okolicy brzucha guz, który jednak po przeleżeniu w łóżku przez dwa tygodnie zupełnie zniknął; po wzięciu się na nowo do pracy; połączonej przy jego zajęciu z ciągłym chodzeniem, guz ten zjawiał się na nowo i od téj pory trwa ciągle. Ogólny stan chorego w chwili badania, powtarzanego kilkakrotnie, był bardzo nieszczególny; wycięnczenie dość znaczne, brzuch obwisły, jakby u kobiety ciężarnej w ostatnich miesiącach ciąży; w dolnej okolicy brzucha wyczuwano guz duży, półkulistój postaci o gładkiej powierzchni i ostrych brzegach, dolny brzeg guza można było wyczuć między wzgórkiem łonowym i pępkiem; guz ten częściowo dawał się odprowadzać. Granice prawego płuca były obniżone, zjawiska wysłuchowe jednak najzupełniej prawidłowe. Śledziona była prawidłowa; na miejscu wątroby perkusja dawała odgłos podobny do odgłosu średnio wypełnionego żołądka, przy obmacywaniu zaś palce można było wprowadzić głęboko pod brzeg żeber. Zesta-

wiając wyniki badania i rozwój cierpienia, kol. D. doszedł do wniosku, że ma do czynienia z wątrobą, która obsu-
nęła się ze swego zwykłego miejsca, że więc guz w dol-
nej okolicy brzucha jest w ą t r o b ą w ę d r u j ą c ą. Kol.
D. tłumaczy sobie, że wątroba wykonała $\frac{1}{4}$ obrotu około
osi, tak iż górna jój powierzchnia stała się przednią, a dol-
na tylną i następnie opuściła się w dolną okolicę brzucha;
opuszczenie to bez zaburzeń w cyrkulacyi i bez naruszenia
całości lig. suspensorii prawdopodobnie nastąpić nie mogło.

W dyskusyi kol. FABIAN zaznacza, że w ogóle roz-
poznawanie guzów w jamie brzusznej należy do rzeczy
najtrudniejszych w dziedzinie diagnostyki; zwłaszcza po-
wiedzieć to trzeba o rzeczy tak rzadkiej, jak *hepar migrans*,
do czego niezbędném jest, aby organ ten dał się zupełnie
swobodnie odprowadzić na swe zwykłe miejsce i aby
w takowém dowieść można istnienie innego narządu *re-*
spective kiszek lub żołądka. W znanym przypadku Mül-
ler'a (1874), gdzie za życia rozpoznawano dwa guzy
w brzuchu, jeden za guz jajnika, drugi zaś, dający się odpro-
wadzać za wątrobę wędrującą, badanie zwłok wykazało,
że guz jajnika istniał rzeczywiście, mniemana zaś wątro-
ba wędrująca okazała się konglomeratem sieci i kiszek
zrosniętych razem w wielki pakiet. Powstawanie nar-
ządów wędrujących w ogóle może mieć miejsce wówczas,
gdy nastąpi osłabienie i zwiotczenie ścian brzusznych,
jest więc przeważnie i prawie wyłącznie udziałem kobiet,
które już rodziły, jakkolwiek i uraz może być niekiedy
przyczyną, gdy jednak istnieje do pewnego stopnia
i zwiotczenie ścian brzucha; opisuje pokrótce przypadek
sposztrzegany w Dąbrowie-Górnicej, w którym robotnik
wycieńczony po przebytém zapaleniu nerek (ogólna *ana-*
sarca) upadł z wysokości 15 metrów, przyczém prawdo-
podobnie musiał nastąpić wylew krwawy; gdy po 4 ty-
godniach chory zmarł, sekcyja wykazała obniżenie wą-
troby mniej więcej na 4 palce, czego przed upadkiem nie
było. Kol. DUNIN zaznacza, że przypadek zakomuniko-

wany przez kol. DOBRZYCKIEGO, jest bardzo niezwykły a ponieważ chory żyje, niepotwierdzony przez autopsję, nic więc pewnego co do rozpoznania powiedzieć nie można. Nie było w danym przypadku ani łatwości odprowadzenia guza, ani też w miejscu wątroby nie otrzymano jasnego tympanitycznego odgłosu, właściwego pętlicy kiszki grubiej, która powinna być na miejscu osuniętej wątroby. Nie może sobie wytłumaczyć mechanizmu osunięcia się, jak go podaje kol. DOBRZYCKI, bez tego, aby nie zostało rozerwaném lig. *gastro-hepaticum* i aby następnie znaczne wydłużenie się naczyń nie spowodowało zatkania takowych. W ogóle niezbędném jest widzenie i zbadanie chorego, aby coś pewnego o przypadku tym powiedzieć można. Kol. DOBRZYCKI odpowiada co do repozyycji guza, że takowa z początku istniała, gdyż sam chory opowiadał o zniknięciu, gdy leżał przez dwa tygodnie w łóżku, co zaś do możliwości zmian cyrkulacyjnych i rozerwania więzów w czasie powstania wędrującego narządu, to nie przeczy, że takowe mogły mieć miejsce, lecz następnie mogły rozwinąć się zrosty, które wątrobę w tej pozornie niemożliwej pozycji umocowały. Ma wreszcie nadzieję, że chorego będzie mógł przedstawić kiedyś na posiedzeniu Towarzystwa.

W dalszym ciągu dyskusji kol. JAWDYŃSKI zaznacza, że wobec tego, iż przypadek jest ciekawy, lecz niejasny, dobrze byłoby zrobić próbną laparotomię w celu diagnostycznym, na zarzut zaś kol. ZAGÓRSKIEGO, że laparotomija mogłaby wówczas być wskazaną, gdyby można od niej oczekiwać rezultatów leczniczych, a tu, mając do czynienia z wątrobą jest to niemożliwe i chyba tylko przypuszczając istnienie nowotworu, czego znowu przyjąć nie można ze względu na raptowne powstawanie guza, można liczyć na lecznicze działanie, kol. JAWDYŃSKI odpowiada, że laparotomija jest w obecnej chwili tak dobrym środkiem dyagnostycznym jak i inne, a zresztą może być, iż zabieg ten mógłby być równocześnie zabie-

giem leczniczym, gdyż możebném jest, że ów guz jest nowotworem, czemu wcale raptowne powstanie przeczyć nie może; guz mógł rosnać powoli, nie zwracając uwagi chorego, w pewnej zaś sprzyjającej chwili wywołać ból i tym sposobem dopiero się ujawnić; przypadki podobne często napotkać można. Z kolegów zabierających jeszcze głos, kol. GOLDFLAM zupełnie sobie tłumaczy możność powstania guza tak, jak opisuje kol. DOBRZYCKI, i nie może zrozumieć, czémby mógł być wzmiankowany guz jeśli nie wątroba; kol. HEWELKE zaznacza, że obrót wątroby około osi bocznej jest przyjmowany np., przy wysięku w opłucnej, obrót ten następuje ku przodowi lub ku tyłowi; może to tłumaczyć początek cierpienia. Co do tego kol. DUNIN zaznacza, że obrót taki zdarza się przeważnie w innym kierunku około osi przednio-tylnej, lewy płat może iść ku górze, a prawy ku dółowi lub odwrotnie. Co do obrotu, o jakim mówił kol. DOBRZYCKI, to przy zmianie powierzchni tylnej na górną więzy, a zwłaszcza lig. suspensorium muszą być koniecznie przerwane; widząc na sekcjach jak mocne, trudne do przzerwania są więzy, utrzymujące wątrobę, nie może sobie wyobrazić, w jaki sposób mogłyby tak łatwo uleść przzerwaniu. W ogóle jest zdania, że ruchome narządy powstawać mogą li tylko powoli, wskutek warunków powoli i ciągle działających, nie zaś raptownie od przyczyny urazowej. W końcu kol. DOBRZYCKI zaznaczył, że bardzo możebném jest, iż takie opuszczenie, o jakim była mowa, u osobnika całkiem zdrowego nie mogłoby nastąpić bez porozrywania więzów, lecz w chorym wycieńczonym organizmie warunki są całkiem inne.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, M. Jakowski.

Posiedzenie kliniczne d. 15 Lutego 1887 r.

PREZES Gepner.

I. Protokół uprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Wiadomości lekarskich — 6 pierwszych zeszytów.
 b) Medycyna za rok 1886.
 c) Rogowicz „O potrzebie nowych zakładów dla biednych położnic“ i „Nowe zakłady publiczne (przytulki) dla biednych rodzających“, odbitki z Medycyny.

d) Szperk „Czumnaja epizootija w Astrachanskom kraje“.

e) Perkowski „O zszywaniu nerwów“, odbitka z Kroniki Lekarskiej.

f) Jerzykowski „Rady i nauki dla niewiast“, Poznań 1887.

g) Seifman „Zdanie sprawy o szkole weterynaryi“, we Lwowie za pięcioletni okres jój istnienia (188 $\frac{1}{2}$ — 188 $\frac{5}{6}$ r.).

h) Archives slaves de biologie, II, 3.

III. Prezes wita obecnego na posiedzeniu nowego członka kol. ZWEIGBAUMA, wręczając mu dyplom na członka czynnego towarzystwa.

IV. Kol. MAJKOWSKI odczytał sprawozdanie z rewizji kassy towarzystwa i kassy wsparcia za rok 1885.

V. Kol. GARBOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Uwagi o mięsieniu“.

W pracy téj, która w całości ma się ukazać w jednym z naszych pism lekarskich, autor zaznaczył, że leczenie za pomocą mięsienia, stosowane oddawna jako środek ludowy, dopiero w drugiej połowie bieżącego wieku zostało ściślej zbadane za granicą, przez wielu lekarzy (Mosengeila, Buscha, Metzgera i innych), wyjaśniono jego

działanie fizjologiczne i poparto stosownými doświadczeniami. U nas na tém polu nic jeszcze prawie nie zrobiono, jak autor przypuszcza, prawdopodobnie dla tego, że lekarze sami mało, jak dotąd, zajmują się tą metodą leczniczą i powierzają ją osobistościom niewykształconym odpowiednio, a więc niemogącym robić ścisłych spostrzeżeń. Komunikując swe spostrzeżenia kol. GARBOWSKI miał właśnie na celu dać początek takim spostrzeżeniom, aby mózdz z czasem zebrać większy naukowy materyjał w odnośnej kwestyi.

Przed opisem przypadków leczonych przez siebie, kol. G. zestawił, na zasadzie prac zagranicznych autorów, wszystkie dane co do działania fizjologicznego mięsienia, rozbierając wpływ jego na układ nerwowy, na przemianę materyi, na krążenie; dalej wpływ miejscowy na skórę i mięśnie, a wreszcie wpływ na przyspieszenie chłonięcia; zestawił następnie wszystkie wskazania do zastosowania tego środka, zarówno ogólnie, jak i miejscowo, a także przeciwwskazania do jego użycia; przeszedł wreszcie do opisu manipulacyj, wykonywanych przy mięsieniu (lekkie i mocne pocierania, pocierania złączone z uciskiem, gnienie i uderzanie), objaśniając sprawy fizjologiczne, zachodzące przy każdym z tych rękoczynów, a w końcu wspomniął o środkach pomocniczych, stosowanych równocześnie z mięsieniem (ruchy bierne, gimnastyka, bandażowanie, kąpiele ciepłe). Co do przypadków leczonych przeważnie z dobrym skutkiem, za pomocą masażu, przez kol. GARBOWSKIEGO, to naprzód wypada zaznaczyć jeden przypadek skurczu pisarskiego, następnie dwa przypadki *neuralgii plexus brachialis*, pięć — *ischias*, dwa *paralysis radialis*; w chorobach stawów autor otrzymywał dobre wyniki w dziewięciu przypadkach *synovitis serosa chronica*, w dwóch — *arthritis rheumatica chronica*, następnie w czterech przypadkach stężenia stawu barkowego, jednym

nerwobólu w stawie kolanowym. wreszcie w trzynastu przypadkach wykręcenia w stawach (*distorsio*), przeważnie w stawie golemio-stopowym.

Kol. F. NEUGEBAUER zapytuje, czy prelegent nie miał sposobności leczenia za pomocą mięsienia wysięków w miednicy, przy cierpieniach kobiecych i jakie otrzymywał wyniki. przy stosowaniu téj metody. Kol. GARBOWSKI odpowiada, że przy braku stosownego oddziału w Szpitalu Dzieciątka Jezus, nie zdarzało mu się spotykać w prywatnej praktyce takich przypadków i dla tego nie o nich pewnego powiedzieć nie może.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, M. Jakowski.

Posiedzenie kliniczne d. 8 Marca 1887 r.

PREZES Gepner.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Od kol. LUBELSKIEGO: *La semaine med.* 1885 i 1886, *Revue d'hygiene* 1885, *Stat. Jahrb.* v. Berlin 1886, *Stat. Tabellen*, I zeszyt, *L'éducation physique* 1886, *Bull. de la Soc. de med. chlin.* 1885, *Zeitschr. für Therapie* 1885/6, *Revue sanit. de Bordeaux* 1886, *Szontagh—Lungenkrankheiten*.

b) Za pośrednictwem kol. LUBELSKIEGO od D-ra BABIŃSKIEGO „*De l'atrophie muscul.* 1887“, i od D-ra PHILBERT „*Traitement de l'obesité*“.

c) List od D-ra JABŁOŃSKIRGO z Poitier wraz z dziełem jego p. t. „*Extraits du registre des délibérations du Conseil d'hygiene et de salubrité de Poitier*“

z prośbą o zaliczenie go w poczet członków korespondentów Towarzystwa; popierają koledzy LUBELSKI i POLAK.-- Sprawozdawca kol. LUBELSKI.

III. Prezes komunikuje list JW. Oberpolicmajstra m. Warszawy, który, przesyłając Towarzystwu lekarskiemu podanie grona lekarzy o zatwierdzenie „Towarzystwa przyjaciół zdrowia“ i projektowaną ustawę tegoż towarzystwa, zapytuje Towarzystwo lekarskie o zdanie jego w tej kwestyi.

IV. Kol. MATLAKOWSKI przedstawia pracę D-ra GULIŃSKIEGO z Warszawy, p. t. „Przypadek ropnego zapalenia spojenia łonowego i obu stawów krzyżo-biodrowych po położu“ (w rękopiśmie) i poleca go na członka czynnego Towarzystwa; popierają koledzy ORŁOWSKI i JAKOWSKI, sprawozdania podjął się kol. JAWDYŃSKI.

V. Prezes proponuje Towarzystwu wybór na członków honorowych jubilatów profesorów BIESIADECKIEGO, BRODOWSKIEGO i PŁASKOWSKIEGO. Wybór ma być dokonany na jednym z najbliższych posiedzeń.

VI. Kol. SZTEYNER przedstawił chorego, wyleczonego po laparotomii i zeszytciu żołądka, przy ranie ciętej Przypadek ten dotyczył 26-letniego robotnika, który zraniony został w brzuch odłamem pękniętego syfonu szklanego. w chwili napelniania go kwasem węglowym. Chory tylko co przed wypadkiem spożył bardzo obfite śniadanie. Zaraz po zranieniu zaczęły występować przez ranę płynne pokarmy z krwią zmieszane, a przy ruchach wymiotnych części stałe pokarmów wyrzucane były ze znaczną siłą. W pół godziny potém felczer zeszył skórę na ranie, poczem chorego odwieziono do kliniki. Rana długości 6 centym. znajdowała się w lewém podżebrzu na zewnątrz od brzegu zewnętrznego mięśnia prostego brzucha, była równoległą do łuku żebrowego, na palec poprzeczny poniżej tegoż. Po roztwarciu rany na dnie widać było części

sieci i jelita, przy pomocy dwóch palców wprowadzonych do rany nie można było odnaleźć zranionego narządu. Wskutek tego kol. SZTEYNER wykonał laparatomiją, prowadząc cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha na 2 centim. od kąta wewnętrznego rany ku dołowi, na przestrzeni 8 cent. Wprowadziwszy rękę po zrobieniu tego cięcia, wydobył naprzód nieco miazgi pokarmowej, a następnie i żołądek, który głęboko się w podżebrzu znajdował; przekonano się wówczas, że na przedniej powierzchni jego znajduje się rana, przenikająca wszystkie warstwy tego narządu, długości około 2 ctm. mająca i leżąca na 2 ctm. powyżej i równoległe do wielkiej krzywizny. Założono naprzód 3 szwy głębokie węzełkowe, a następnie 8 powierzchownych szwów LEMBERT'A z jedwabiu przegotowanego w 5% kw. karbolowym, przez co pierwszy rząd szwów wciągniętym został do środka: przepłukano następnie dokładnie żołądek, wyczyszczono jamę otrzewny gąbkami, zmoczonými w ciepłym roztworze sublimatu (1 : 2000) i na ścianę brzuszną nałożono szew piętrowy. Szóstego dnia po operacji, zmieniono opatrunek przesiąknięty płynem o kwaśnym zapachu; w kącie, gdzie rana operacyjna łączyła się z urazową wypływała przy kaszlu zawartość żołądka. Dziesiątego dnia zdjęto szwy. Dwudziestego dnia zawartość kwaśna przestała się pokazywać. Gojenie przewlekło się z powodu ropienia w kanałach szwowych i oddzielania się nitek ze szwu piętrowego.

Następnie kol. Szt. opisał symptomatologiją i dyagnostykę ran przenikających żołądka, na podstawie kazuistyki dawniejszej i nowszej. Gastrorafija była powszechnie wykonywaną w przypadkach, gdzie żołądek wystawał nad powierzchnię rany skórnej lub łatwo dawał się wydobyć. Dopiero pierwszy KOCHER przy ranie postrzałowej, a zanim TILLING przy ranie kłótwej żołądka wykonali laparotomiją i zeszyte żołądka z pomyślnym skutkiem.

Prelegent uważa zeszyt żołądka, a ewentualnie laparotomię za wskazane w każdym przypadku przebicia ścian żołądka i dochodzi do wniosku, że rokowanie wobec ran drażących żołądka nie jest tak bezwzględnie złym, jak uprzednio mniemano. Sądzi także, że przepłukanie żołądka po zaszyciu oddaje dobre usługi, gdyż nietylko opróżnia żołądek z zawartości ale przekonywa także, czy szew dobrze trzyma. Nakoniec przypuszcza, że w razie powstania niewielkich przetok, powstrzymanie się od użycia płynów przyczynia się do szybszego ich zagojenia. W danym przypadku chory odżywił się doskonale, przyjmując małe ilości stałych pokarmów przez usta, a wszelkie płyny otrzymywał w ławatywach.

VII. KRAMSZTYK ZYGMUNT przedstawił chorego, krótkowzrocznego, który zgłaszając się po poradę do kol. K. przed pięciu mniej więcej tygodniami, przestał widzieć na lewe oko; zbadanie oftalmoskopowe wykazało oderwanie siatkówki w górnej części. Na operację (iridektomię) chory się nie zgodził, po trzech dniach jednak zgłosił się powtórnie, przyczém okazało się, że oderwanie siatkówki posunęło się ku dołowi. W trzy tygodnie po dokonaniu wycięcia tęczy rezultat jest prawie żaden, gdyż widzenie centralne, którego i uprzednio nie było, nie powróciło, z boku zaś palce, które przed operacją liczył tylko na odległość jednej stopy, może liczyć zaledwo na 4 – 5 stóp; badanie oftalmoskopowe jednak wykazywało, że szaro-zielonawa barwa odklejonej siatkówki zniknęła. Kol. KAMOCKI zaznacza, że dobry wpływ iridektomii, jak się okazuje polega nie tyle na świetnym wyniku operacji na razie, ile na dłuższem polepszeniu; w przypadku operowanym przez siebie miał sposobność przekonać się, że poprawa otrzymana po operacji utrzymała się bez zmiany w ciągu pięciu miesięcy; kwestyja użyteczności iridektomii przy oderwaniach siatkówki nie może być jak dotąd przesądzaną na korzyść lub niekorzyść tego zabiegu.

VIII. Kol. MATLAKOWSKI okazał wycięty przez się olbrzymi włókniak macicy; wskazaniem do operacji (hysterectomia) w danym przypadku były obfite krwotoki.

IX. Kol. JAKOWSKI jako sekretarz konitetu higieny publicznej, odczytał protokoły z posiedzeń tegoż komitetu za czas od 17 Listopada 1886 r. do 9 Lutego r. b.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz, M. Jakowski.

Posiedzenie kliniczne dnia 15 Marca 1887.

PREZES: **Gepner.**

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

- a) Podziękowanie od Towarz. lekarzy czeskich, za telegram wysłany przez Towarzystwo tutejsze, w dniu obchodu 25-letniego jubileuszu istnienia Towarz. czeskiego.
- b) Od Dr. LOEWENBERGA „Travaux originaux communiques au III congrés otologique internationale“ i „Contributions du traitement du Coryza“.
- c) Od kol. BUJWIDA „Eine chemische Reaction für die Cholerabacterien“ odbitka z Zeitschr. f. Hyg.
- d) Discussion sur la methode de M. PASTEUR pour le traitement preventif de la rage après morsure. Discours de M. Vulpian.
- e) Statistique generale de personnes qui ont été traitées a l'institut PASTEUR.
- f) Od prof. HOYERA „Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego“ p. St. ZALESKIEGO — odbitka z przegl. lekarsk.
- g) „Das Eisen und das Hoemoglobin in blutfreiem Muskel“ przez Dr. St. ZALESKIEGO — odbitka z Centralbl. f. d. med. Wiss.

- h) „O sootnoszenii mieźdu rozdrażeniem i wozbudzeniem pri tetanusie“ przez D-ra Wwiedeńskiego.
- i) „O mikrobach kornieplodow woobszcze i ob amilobach w osobiennosti“ przez D-ra SKWORCOWA.
- k) Trudy obszczestwa russkich wraczej — za rok 1884/5.
- l) Protokóły posiedzeń towarzystwa lekarskiego wileńskiego Nr. 6 i 7.
- l) Protokóły posiedzeń towarzystwa lekarskiego archangielskiego za rok 1886.

III. Kol. STANKIEWICZ okazał przyrząd pomysłu Dr. RAUMA, służący do przenoszenia dezynfekowanych ligatur. Jest to małe okrągłe pudełeczko z mosiądzu, połączane; przykrywa i dno dają się odszrubować, pośrodku zaś znajduje się pozioma przegroda, pod którą (w dolnej części pudełka) na szpulkach mieszczą się ligatury, zdezynfekowane w jodoformie: szpułek takich jest pięć i na każdą z nich nakręcone są ligatury różnej grubości. Końce ligatur przewlekają się przez otworki w przegrodzie i wskutek tego znajdują się w górnej części pudełka; odszrubowując przykrywę łatwo jest wyciągnąć, ile trzeba, ligatury żądanej grubości. Przyrząd ten powinienby okazać się praktycznym na wojnie, w praktyce wiejskiej itp., t. j. w ogóle tam, gdzie trudno jest mieć w większych ilościach dezynfekowane ligatury.

IV. Kol. GAJKIEWICZ przedstawił chorego dotkniętego neurastenią; chory ten cierpi na spazm powiek, połączony z dość głośnym trzaskiem, który można słyszeć niekiedy na łokieć od oka chorego a nawet i dalej.

V. Nastąpiły wybory na członków honorowych towarzystwa. Obecnych 35 członków wybrało na tę godność jednomyślnie prof. Włodzimierza BRODOWSKIEGO, prof. Romualda PŁASKOWSKIEGO i prof. Alfreda BIESIADECKIEGO.

VI. Kol. DUNIN zaproponował wybór komitetu do obchodu jubileuszu prof. BRODOWSKIEGO. Do komitetu tego weszli: prezes towarzystwa GERNER, i koledzy DUNIN, BRAUN, FABIJAN, PRZEWOSKI, JAWDYŃSKI i DOBRZYCKI.

VII. Kol. HERING wygłosił rzecz „O wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtaniowych“.

Naprzód kol. H. postarał się uzasadnić, że przypadki wyleczonych owrzodzeń gruźliczych w krtani (11 spostrzeżeń), które komunikował dawniej na posiedzeniu Towarzystwa były przypadkami istotnych owrzodzeń gruźliczych, że więc miało się tu do czynienia z wyleczeniem gruźlicy, przeciw czemu do ostatniego prawie czasu panował jednogodny pogląd, zwłaszcza anatomo-patologów „że gruźlica w każdej postaci jest nieuleczalną“. Uzasadnienie to kol. H. uważał za konieczne ze względu na to, iż w czasie gdy robił swe spostrzeżenia, laseczniki gruźlicze, jedyny nieomylny dowód swoistości cierpienia, nie były jeszcze znane. Że owrzodzenia, które przyjmował za gruźlicze nie były ani kataralnymi ani przymiotowymi, za tém przemawiały zarówno etiologija ich jak i wygląd i miejsce gdzie je spostrzegano; chorzy o których mowa cierpieli niewątpliwie i na gruźlicę płuc, dowody czego istniały w zjawiskach fizykalnych, przy badaniu tych ostatnich, wreszcie w wykrywaniu w płwocinie laseczników gruźliczych, w późniejszych okresach, gdy gruźlica krtani już była wyleczoną. Według zdania kol. H. owrzodzenia kataralne, które najłatwiej mogłyby być pomieszane z gruźliczemi, nie mówiąc już o ich postaci i etiologii nie zdarzają się nigdy przy gruźlicy i że wszelkie erozyje i wrzody, występujące w krtani przy gruźlicy, są bezwarunkowo zawsze takiego samego pochodzenia. Wreszcie w ostatnich czasach kol. H. miał sposobność przekonać się na stole sekcyjnym, że owrzodzenia krtani mogą się zupełnie wygoić samoistnie; u choréj 70-letniej przy zmianach w płucach odpowiadających pojęciu *phthisis fibrosae* znalazł bliźnę *in parte arythe-*

noidea laryngis, odpowiadającém pierwotnie istniejącemu owrzodzeniu, a badanie drobnowidzowe wykryło w tém miejscu gruźelki w stanie regresywnym (zwyrodnienie włóknikowe, zanik grucz. śluzowych, sklerozę naczyń i nacieczenie drobnokomórkowe około tychże) i prof. BRODOWSKI potwierdził w tym względzie pogląd kol. HERINGA. Mając więc dowody na przytoczonych przypadkach wyleczalności gruźlicy, kol. H. stosował z powodzeniem swe metody, o których w téj chwili będzie mowa, w dalszym ciągu na większej ilości chorych, poddając swe obserwacje kontroli nych kolegów.

Oprócz wyżej wyszczególnionych w ciągu roku 1886. obserwował 35 chorych, wyleczonych z owrzodzeń gruźliczych. Chorych tych kol. H. dzieli na 4 kategorie; do pierwszej zalicza takich, u których nastąpiło zabliznienie przy ciężkiej formie suchot krtani t. j. połączonej z wystąpieniem rozległych owrzodzeń i zniszczeń i zajęciem płuc (13 chorych); do drugiej należą tacy, u których nastąpiło zabliznienie owrzodzeń gruźliczych krtani z późniejszą recydywą (9 chor.); trzecia grupa mieści 6 spostrzeżeń owrzodzeń gruźliczych w innych narządach (4 gruźl. gardzieli, 1 gruźl. nosa, 1 gruźl. języka); czwartą grupę tworzą przypadki, osobno zestawione z ogólnej liczby chorych, do których stosowane było leczenie chirurgiczne.

Poglądy szkoły wiedeńskiej były przyczyną tego nihilizmu w leczeniu suchot krtaniowych, jaki panował do ostatniego czasu; dewizą jój było nie tykać wcale gruźliczych owrzodzeń krtani. Stosowano więc wszechstronnie środki ściągające i narkotyzujące w proszkach i inhalacjach. Zwrotem do racjonalnego leczenia było zastosowanie na owrzodzenia krtani jodoformu i kreozotu, jako środków antyseptycznych. I jeden i drugi z tych środków, mimo względnie dobrego działania zarzucono dla wielu niedogodności w ich użyciu (psucie apetytu i przez to wpływ zły na ogólne odżywianie). Dopiero SCHMIDT Maurycy w r. 1880 wprowadza pierwszy antyseptykę w inha-

lacyjach (wziewania kwasu karbolowego i balsamu peruwiańskiego) a co ważniejsza metode chirurgicznego leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani; lecz mało znalazł on naśladowców na tém polu, ze względu na trudność w zastosowaniu téj metody, konieczną u operatora odwagę i dużą wprawę i technikę. Wynalezienie kokainy przez JELLINKA, pozwalającój otrzymywać wysokie znieczulenie krtani a ztąd możność łatwiejszego manipulowania w téjże, jest datą od której metoda chirurgicznego leczenia owrzodzeń krtaniowych znalazła, oprócz SCHMIDTA, i innych zwolenników. Stosowanie kokainy daje możność dotrzeć do głębi miejsc chorych środkami żrącými, mało drażniącými tkanki zdrowe, silnie niszczącými tkanki chore. Próby nieliczne w tym kierunku wykonywał u nas kol. HERING z kwasem chromnym, otrzymując niezłe stosunkowo wyniki. Jednakże zastosowanie po raz pierwszy przez KRAUSE'go, kwasu mlecznego, który posiada w wysokim stopniu własności o jakich dopiéro co była mowa, t. j. niszczy tkanki chore, nie drażniąc zdrowych, było istotnym postępem na polu niszczenia i usuwania owrzodzeń gruźliczych, a przez to i uleczalności suchot krtaniowych. Własności kwasu mlecznego, przeciw którym, i przeciw poglądom KRAUSE'go, bardzo oponowano, stwierdzone zostały u nas przez kol. HERINGA, za granicą zaś przez JELLINKA, SCHROETTER'a, ROSENFELDA, SCHNITZLER'a, BETZ'a i innych; zwłaszcza od czasu zjazdu naturalistów w Berlinie, we Wrześniu r. z. zyskał on wielu zwolenników.

Leczenie chirurgiczne wrzodów w krtani powinno polegać na usunięciu choroby u źródła, a więc na zniszczeniu gruzelków leżących czy to w błonie śluzowój, czy téż w tkance podśluzowój, a także na usuwaniu produktów téj sprawy t. j. przerostów, zgrubień, ziarniny lub tkanek zwyrodnionych tą sprawą głębiej leżących np. chrząstek. Ma więc ona na celu w początkowym okresie zapobieganie rozszerzeniu się sprawy i przejście w rozpad t. j. w owrzo-

dzenia; w okresie świeżego rozpadu trzeba ograniczyć takowy i oczyścić owrzodzenia, zapalne zaś obrzęki i przekrwienia usuwać na drodze chirurgicznej; gdy owrzodzenia przechodzą w okres oczyszczania się trzeba usuwać atoniczną ziarninę, i z nią złogi gruzelków głęboko położone, lub sadłowate tkanki a także usuwać zwyrodniałe chrząstki. Jako pierwszy zabieg chirurgiczny podaje kol. H. wstrzykiwanie kwasu mlecznego 10 — 20% lub emulsji jodoformowej w miąższ tkanek gruzliczych; pomyslny skutek tych iniekcji wypróbowanym już został przez Dr. MAYOR'a z Montreal, który o nich ustną tylko od autora miał wiadomość. W okresie drugim—rozpadu i zapalnej reakcyi, często połączonym z pierwszym, należy stosować szerokie nacięcia nagłośni, nacięcia i nakłócia ściany tylnéj i więzów nagłośnio-nalewkowych; w okresie trzecim wskazaném jest wyłyżeczkowanie chorych tkanek. Wszystkie te rękoczynny muszą być poprzedzone przez znieczulenie krtani zapomocą kokainy, którą najlepiej jest wstrzykiwać pod błonę śluzową krtani koło chorego miejsca; kol. H. dokonuje tego za pomocą szprycy z ostrą, cienką kaniulą, długą na 1 ctm., która jednak nie wprowadza się głębiej nad parę milimetrów; wstrzykuje 10% roztwór (w 2% kwasu karbolow.) zazwyczaj 5 — 8 kropel. Do nacięć jak i do wyłyżeczkowania używa kol. H. nożyków i łyżeczki własnego pomysłu o mocnej, niegnącej się ręczce; noże i łyżeczki nakręcają się na szrubkach na takowe, ostrza łyżeczki są skośne, i sięgają w tkankę tylko na grubość 2 milimet. Cząstki tkanek, które po wyłyżeczkowaniu wiszą nieraz i łyżeczką wyjąć się nie dają, trzeba usuwać zapomocą ostrych kleszczyków. Metoda chirurgicznego leczenia owrzodzeń krtani daje znakomite rezultaty lecz w rękach pewnych i wprawnych; narażając przytém pacjenta na ból, wymaga również zupełnej ufności i rezygnacyi ze strony tego ostatniego. Rozumie się samo przez się, że leczenie ogólne, wzmoczenie odżywiania i t. p. jest rzeczą niezbędną i same leczenie chirurgiczne bez ostatniego, po-

mysłnych rezultatów wydać nie może. Kol. H. leczył z doskonałym skutkiem 14 osób samą metodą chirurgiczną, a 28 też metodą w połączeniu ze stosowaniem kwasu mlecznego. Odczyt swój kol. H. objaśniał za pomocą okazów, rysunków i preparatów drobnowidzowych.

W dyskusyi nad tym odczytem kol. DOBRZYCKI najzupełniej potwierdza prawdziwość faktów, podanych przez kol. HERINGA; sam on miał sposobność obserwować w 19 przypadkach, dobre skutki chirurgicznego leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani przez kol. H.; 8 z tych przypadków są ogłoszone przez kol. H., łącznie zaś ze spostrzeżeniami o jakich była mowa dzisiaj i z przypadkami ogłoszonymi przez kolegów OLTUSZEWSKIEGO i WRÓBLEWSKIEGO liczba spostrzeżeń tego rodzaju dochodzi do 58, cyfry pokaźnej i przemawiającej bardzo za tą metodą leczniczą. Przez analogiję kol. DOBRZYCKI sądzi, że leczenie miejscowe gruźlicy płuc, przez wprowadzanie do takowych płynów aseptycznych powinno dać dobre rezultaty; mówca próbował wzięcia 2% kwasu mlecznego, za pomocą inhalatora swego pomysłu, i w 25 przypadkach otrzymywał dobre wyniki leczenia tym sposobem.

Kol. DUNIN zaznacza, że aż nadto zrozumiałą wydaje mu się możność uleczenia gruźlicy krtani na drodze chirurgicznej i dziwi się głosom, które uprzednio gwałtownie przeciw niej powstawały; sam miał sposobność przekonać się o tém na niektórych chorych opisywanych przez kol. HERINGA. Lecz gruźlica może umiejscawiać się i w takich ustępach krtani (dolnych, w tchawicy) do których dostać się nożem lub innym narzędziem nie można, a takie przypadki trudno, aby mogły być uleczone na drodze chirurgicznej. Nie wątpiąc wcale o uleczalności wielu przypadków gruźlicy krtani, nie może jednak w żaden sposób pojąć, jak można przypuszczać, aby taki zabieg, jak wzięcia 2% kw. mlecznego mógł okazać jakikolwiekbydź wpływ na ogniska gruźlicze w płucach i nie sądzi, aby na tej drodze dało się osiągnąć jakiebydź dobre rezultaty le-

czenia gruźlicy płucnej. Z własnej praktyki wie o tém, że inhalacje kwasu karbolowego nie dają literalnie żadnego pożytku.

Kol. HERING w odpowiedzi na zarzut kol. DUNINA co do leczenia suchot płucnych wzięwaniami 2% kw. mlecznego, zwraca uwagę, że on tego wcale nie głosił, że więc odpowiadać na to nie może. Co do wrzodów w dolnych ustępach krtani i co do kwalifikacyi różnych przypadków do chirurgicznego leczenia zaznacza, że podejmuje tę metodę tylko u osobników z niezłym odżywianiem, posiadających apetyt i w ogóle przy dość zadawalającym stanie ogólnym; wprawny laryngolog potrafi ocenić, czy w danym przypadku leczenie miejscowe da się zastosować z powodzeniem lub też nie, i że w przypadkach gdzie gruźlica płuc nie istnieje, a choroba ogranicza się do samej krtani, a że pierwotna gruźlica krtani bez zajęcia płuc istnieje może, twierdzi stanowczo, zawsze liczyć można na całkowite wyleczenie.

Kol. PRZEWOSKI utrzymuje, że anatomija patologiczna nie znajduje się w przeciwieństwie, jak twierdzi kol. H. z jego rezultatami terapeutycznymi. Przeciwnie anatomija patologiczna wykazuje, iż wrzody gruźlicze krtani i innych błon śluzowych mogą się samowolnie goić lub podgajać. Kol. P. przytacza nawet nowy przypadek samowolnego wygojenia się wrzodu gruźliczego u człowieka, który cierpiał na bardzo starą *phthisis fibrosa tuberculosa*; człowiek ten umarł z krwotoku, będącego następstwem pęknięcia tętniaka jednej z gałązek tętnicy płucnej w ścianie starej kawerny w płucach. Kol. P. mniema, że metoda chirurgicznego leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani powinna dawać dobre wyniki, lecz w ręku tylko dobrego laryngologa; zdarzało mu się widzieć na sekcji zniszczenia w krtani wskutek zabiegów leczniczych. Dowodzi następnie, że twierdzenie kol. H. jakoby krtani gruźlicza mogła być siedliskiem tylko wrzodów gruźliczych jest zanadto

bezwzględnie. W takiej krtani mogą tworzyć się niekiedy innego rodzaju ekskoryjacje i owrzodzenia.

Kol. HERING odpowiada na to, że wątpi w możliwość spostrzegania kiedykolwiek przez poprzedniego mówcę sztucznych zniszczeń w krtani, powstałych w skutek leczenia, ze względu na niezbyt szerokie dotychczas stosowanie metody o jakiej mowa. Co do istnienia owrzodzeń kataralnych obok gruźliczych, to według jego doświadczenia fakty takie nie istnieją nigdy; nie przeczy że istnieć mogą obok wrzodów gruźliczych pierwotne erozyje kataralne, lecz nigdy rozwinięte wrzody, kiedy zaś takowe zostają zakażone i stają się owrzodzeniami gruźliczemi — ocenić tego nie jest w stanie. Jakkolwiek nie przeczy, że prace klinicyistów opierać się powinny na doświadczeniu anatomo-patologów, czego dał dowód długo pracując w tym kierunku, lecz nie powinny się nigdy opierać na niem wyłącznie i jedynie.

Kol. GOLDFLAMM zapytuje, czy w przypadku samowolnego zagojenia gruźliczego wrzodu, o którym mówił kol. H. krtani i płuca były badane na las. gruźl., na co kol. H. odpowiada, że badanie nie wykryło tych laseczników. Kol. GOLDFLAMM zastrzega się, jakoby występował przeciw tezie uleczalności gruźlicy krtani, ale że według niego wspomniany przypadek nie może służyć za dowód anatomo-patologiczny samoistnego zablźnienia się wrzodów gruźl., że opis tego przypadku kliniczny i anat.-patol. przemawia raczej za przymiotowóm cierpieniem. Opiera zaś swe twierdzenie na tém, że przytaczane przez kol. H. wyniki badania mikroskopowego tylnéj ściany krtani są właśnie takie, jakie w przymocie znajdujemy. Rozrost włóknisty jest sprawą przedewszystkiém właściwą przymiotowi we wszystkich okresach i przedstawia się jako mniej lub więcej twarda tkanka łączna na miejscu dawnych nacieczeń, uległych wessaniu; zgrubienie naczyń z drobnokomórkowóm nacieczeniem w około nich jest sprawą niemal specyficzną dla wszystkich cierpień przymiotowych

zwłaszcza późnych okresów (*end. et periarteriitis syph.*) Twór okrągły, złożony z żółtych blaszek świecących, który kol. H. uważał za gruzełek, jest prawdopodobniej mikroskopowym syfilomatem w stanie wstecznego przeistoczenia, chociaż co do tego nic pewnego powiedzieć nie można. To wszakże wiadomo, że chociaż gruzełek i miękczak (*gumma*) są mikroskopowo bardzo podobne, ale ta między niemi zachodzi różnica, że pierwszy ma skłonność do rozpadu, drugi do rezorbcyi i pozostawiania włóknistych, twardych blizn. Przytém zmiany w płucu polegały na *cirrhosisie* bez rozpadu i bez las. gruźl., w przebiegu zaś klinicznym, jako wybitny objaw były uporczywe bóle głowy i dolnych kończyn, dochodzi więc do wniosku, że w danym przypadku był raczej przymiot, a nie gruźlica.

Kol. MATLAKOWSKI zaznacza, że każda nowa kwestyja wywołuje zawsze z początku liczne zarzuty i pracujący nad nią muszą, z trudnością nieraz, torować jój drogę. Badania VOLKMANN'a nad uleczalnością miejscowej gruźlicy w kościach bardzo są ważnym dowodem na korzyść uleczalności téjże sprawy i w krtani. Kwestyja skoro raz pozyska więcej zwolenników szybko powinna się rozwinąć i osiąść ogólne uznanie. Kol. PAWIŃSKI dodał w końcu słów parę o chorój, o którą zapytywał kol. GOLDFLAM; leżała ona na jego oddziale i za życia rozpoznawano zgęszczenie w wierzchołkach, podejrzewając sprawę więcej natury miąższowej.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz *M. Jakowski.*

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 29. Marca 1887.

PREZES: **Gepner.**

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu, przyjęto.

II. Nadesłano:

a) Od komitetu wystawy krajowej w Krakowie, mającej się odbyć w roku bieżącym, zaproszenie do współudziału w sekcji balneologii, farmacyi, higieny, leczenia i pielęgnowania chorych.

b) Od Towarz. lekarskiego krakowskiego — zaproszenie na posiedzenie uroczyste, mające się odbyć w dniu 31 Marca r. b., z powodu 25-letniego istnienia organu towarzystwa, Przeglądu lekarskiego.

c) Od redakcyi *Gazety lekarskiej* — zbiór téjże z roku 1886.

d) Protokoły Tow. lekarsk. kaukaskiego, NN. 13, 14 i 15 z 1886/7.

e) Bulletyny miesięczne demograficzno - sanitarne z Madrytu.

f) Od Vice-prezesa Tow. Zach. Szt. pięknych w Królestwie polskiem, dwie rozprawy Dr. LOEWENBERG'a nadesłane tamże niewłaściwie a otrzymane już na uprzedniem posiedzeniu.

Co do zaproszenia od Tow. lek. krakowskiego — upoważniono zarząd do wysłania w dniu posiedzenia odpowiedniego telegramu.

III. Kol. JAKOWSKI, jako sekretarz komitetu higieny publicznej odczytał referat tegoż komitetu „O dezynfekcyi podczas choroby.“

Vice-prezes towarzystwa sądzi, że dobrze byłoby, aby same przepisy ujęte zostały w rodzaj paragrafów, zredagowanych krótko i zrozumiale, a następnie odbite w większej ilości w oddzielnj odbitce; motywa zaś, zamieszczone wrzeczonym referacie, aby były zamieszczone tylko w Pamiętniku Towarzystwa.

Towarzystwo poleciło zwrócić referat komitetowi higieny publicznej dla opracowania go w tym sensie.

IV. Kol. NOISZEWSKI, z Dynaburga, odczytał rzecz p. t. „*Retinitis pigmentosa* (Barwikowica) i choroby mowy, woli i pamięci“.

Związek między barwikowem zwyrodnieniem siatkówki i upośledzeniem różnych czynności mózgowych zauważonym był dość dawno; mówca spostrzegł ważny związek między tém cierpieniem siatkówki i zaburzeniami pamięci. Wnioski swe kol. NOISZEWSKI oparł początkowo na 79 spostrzeżeniach, ogólna zaś liczba przypadków, które zdołał zaobserwować do ostatniego czasu, przechodzi liczbę stu.

Opierając się na dwóch ogólnych prawach pamięci t. j. na prawie tożsamości i prawie styczności, mówca rozróżnia cztery rodzaje pamięci. Pierwszym jest pamięć tożsamości albo poznanie; drugi rodzaj jest to pamięć znaków, pomników i nazw, albo pamięć częściową tożsamości; trzecim — jest pamięć kojarzeń albo ciągłości (rodzaj ten obejmuje to, co zazwyczaj nazywa się pamięcią); czwarty wreszcie rodzaj pamięci, jest pamięcią następstw albo zwyczajów. To co powiedziano o pamięci, według mówcy, da się najzupełniej zastosować do wyrazów, tu jednak choroby woli wikłają się najrozmaicij z chorobami pamięci. Rozróżnia ściśle niepamiętanie pewnych liter (form dźwiękowych) od niemożności ich wymawiania t. j. od jąkania się; tę ostatnią za ROSENTHAL'em, BENEDIKT'em i KUSSMAUL'em, kol. NOISZEWSKI uważa za nerwicę, polegającą na naruszeniu koordynacyi.

Co się tyczy barwikowego zwyrodnienia siatkówki, nazywanego przez kol. N. barwikowicą, to w takiej rozróżnia dwie postacie *retinitis pigmentosa ascendens* i *descendens*, czyli odbarwikowicę i dobarwikowicę. W tej ostatniej rozróżnia kol. N. następne 6 odmian: 1) pasowa (*pigmentitis systematica*), złożoną ze świetlnych pasków podłużnych i poprzecznych, 2) promienista (*pigm. radialis*), 3) prozyczna (*pigm. disseminata*), 4) oczkowa (*pigm. circumscripta multiplex*), 5) mieszana i 6) ukryta (*p. latens*, przejawiająca się tylko choroboznaczném zwężeniu ozrenu (poła widzenia) i niedoślepem wieczornym, oraz osłabieniem pamięci.

Oslabienie pamięci, woli i mowy, według kol N., występuje tylko tam, gdzie jest *retinitis pigmentosa descendens* sama, albo obok *ret. pigm. ascendens*.

W licznej kazuistyce kol. N. opisał 79 przypadków, gdzie przy *retinitis pigm. descendens* istniały w różnym stopniu zaburzenia mowy, woli i pamięci. Jedno zwłaszcza spostrzeżenie, gdzie barw. zwyrodn. siatkówki nie było, wystąpiło zaś dopiero po zaburzeniach mowy (zupelném odjęciu mowy) najbardziej służy do poparcia jego poglądów. Przypadek ten dotyczył 14-letniej dziewczynki, której ojciec przechodził przymiot i w czerwcu r. z. kol. NOISZEWSKI, widząc chorą z powodu *ptosis post trachoma* badał dno obu oczów i nie znalazł w takowém nic nieprawidłowego; w połowie Września chora utraciła mowę a wraz z jęj utratą wystąpiła *ataxia*; w kilka dni potém mowa zaczęła powoli wracać. Nawet w parę tygodni po utracie mowy, gdy takowa zaczęła już wracać i chora tylko niektórych liter wymawiać nie była zdolną, dno oka było jeszcze całkowicie prawidłowém. Dopiero w drugiej połowie Października, gdy chora wymawiała już wszystkie głoski i zaledwo znać było nieznaczny wysilek przy wymawianiu takich zgłosek jak p r z e, k r z e, wzienik wykazał bardzo wydatną „dobarwikowicę rozsianą“. Przyczynę związku między zaburzeniami czynności mózgowych i zmianami na siatkówce upatruje kol. N. w zaniku włókien nerwowych „omózgo siatkówkowych“.

Praca kol. N. w całości drukowaną będzie w Pamiętniku Towarzystwa.

P r e z y d u j ą c y dziękuje mówcy za umyślne przybycie do Warszawy, aby zakomunikować na posiedzeniu swą ciekawą, poruszającą dużo nowych i ciekawych kwestyj pracę. Kol. KRAMSZTYK Zygm. podziela toż samo zdanie, zaznacza jednak, że szczegółowa dyskusja nad odczytem z powodu terminologii, wprowadzonej przez kol. N., którą po raz pierwszy słyszymy, jakoteż z powodu poruszenia bardzo wielu kwestyj zupełnie nowych na razie jest prawie

niemożliwą. Kol. PERKOWSKI wspomina, że zdarzyło mu się spostrzeżać przypadek, w którym po operacji (5 dni) chory raptem zaniewidział na 5—6 dni, przy czém utracił zupełnie świadomość rzeczy, a kol. KORNIEWICZ zaznacza, że, oftalmoskopując zawsze chorych na *paralysis progressiva*, zdarza mu się napotykać *retinit. pigmentosa*. Kol. HOENE w kwestyi związku zaburzeń czynności mózgowych z barwikowém zwyrodnieniem siatkówki nadmienił, że zna rodzinę, w której trzech bracia cierpieli na *retinit. pigm.* u siostry zaś, po dojściu do tego samego wieku, w którym zachorowali bracia, wystąpiły objawy psychozy. Kol. KAMOCKI przypomina, że u kol. KLINKA postępowe barwikowe zwyrodnienie siatkówki rozwijało się obok zaburzeń w pamięci i mowie. Badania doświadczalne potwierdzają do pewnego stopnia związek między barwn. zwyrodn. siatkówki i zniszczeniem włókien nerwu wzrokowego; BERLIN po przecięciu tych nerwów, wywoływał u żaby zanikowe bujanie nabłonka (*atrophische Wucherung*) z odkładaniem się barwika. Wraz z kol. GEPNEREM miał sposobność obserwować u niedoszłego samobójcy, któremu kula przecięła nerw wzrokowy, rozwijające się, w następstwie tego zniszczenia, barwikowe zwyrodnienie siatkówki.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 5 Kwietnia 1887.

PREZES: **Gepner.**

Protokół uprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

I. Nadesłano:

a) Z kancelaryi p. Generał-gubernatora zatwierdzenie urzędników towarzystwa na rok bieżący 1887.

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

b) Za pośrednictwem prof. BARANOWSKIEGO od Dr. SCHREIBER'a: Die mechanische Behandlung der Lumbago“.

II. Prezes zawiadamia towarzystwo o wysłaniu telegramu gratulacyjnego do Towarz. lekarsk. krakowskiego w dniu 31 Marca r. b.

III. Kol. REICHMANN okazał zawartość żołądka, koloru różowego, wyciągniętą po uprzedniem przepłukaniu żołądka i wprowadzeniu doń wody przekroplonój. Zazwyczaj, jak wiadomo, zawartość taka jest bezbarwną, niekiedy tylko koloru błękitnawego lub zielonawego, przy czém nie wiadomo od czego barwa ta zależy. Co się tyczy zawartości koloru różowego, to takową widzi dopiero po raz drugi; w danym przypadku przypuszcza, że barwa ta zależy od obecności jakiebs drobnoustrojów. Kol. BUJWID, wraz z mówcą, otrzymali z zawartości téj hodowlę na żelatynie, w której okazały się laseczniki, zbliżone do las. siennej (*bac. subtilis*) nieco tylko od tych ostatnich krótsze i cieńsze; bakteryje te dają z kw. solnym taką reakcyję (zabarwienie różowe) jak i bakteryje cholery. Kol. BUJWID w téjże kwestyi zaznaczył, że jak się detaliczniej przekonywa, barwik ten jest różny od barwika bakt. cholery, gdyż po odparowaniu roztworu (z kw. solnym) barwik tych ostatnich traci swój kolor, pierwszych zaś zachowuje różową barwę. Nie jest wstanie przewidzieć z pewnością, czy barwa wspomnianój zawartości żołądka zależy od drobnoustrojów, czy téż od czego innego.

IV. Kol. NEUGEBAUER Pr. demonstrował. I. R z a d k i o k a z m i e d n i c y r o z s z c z e p i o n é j (*pelvis aperta v. fissa*) dorosłego osobnika, pochodzący ze zbiorów prof. KLEINA w Moskwie; w okazie tym przednie krańce kości łonowych były oddalone od siebie na 16,5 ctm. Następnie kol. N. referował odnośną kazuistykę akuszeryjną, dotyczącą ośmiu porodów, spostrzeganych u osobników z tém zбочeniem wrodzoném, rozbiegając warunki zapłodnienia, ciąży i porodu, zazwyczaj przedwczesnego, który, rzadko

odbywając się bez pomocy chirurgicznej, śmierć płodu nieraz za sobą prowadzi. Po wszystkich porodach w tych warunkach odbytych, natychmiast następowało wypadnięcie macicy. Jeden taki przypadek spostrzegał kol. NEUGEBAUER w r. 1870. Prócz tego spostrzegano tę wadę rozwojową u kobiet dorosłych *extra partum* 6 razy. Szczupła powyższa liczba spostrzeżeń, stanowiąca cały materiał kazuistyczny w literaturze zebrany, dotyczący wady tej u kobiet, objaśnia się znaczną śmiertelnością noworodków tą wadą dotkniętych. Śmiertelność ta tłumaczy się tym, że rozszczepienie miednicy idzie zwykle w parze z innymi ważniejszymi brakami w rozwoju, a mianowicie z różnymi postaciami rozszczepień brzucha — *gastroschisis* (*hernia umbilicalis*, *ectopia viscerum umbilicalis*, *ectrophia vesicae urinariae*, *anus praeternaturalis*, *intervesicalis*, *symphiseoschisis*, rozszczepieniem organów moczopłciowych i t. p.). Według PUECH'a u noworodków pomieniona wada rozwojowa spotyka się 1 na 100,000, przeto nierównie częściej niż u dorosłych.

Opisawszy w krótkości objawy kliniczne kol. N. zastanawiał się obszerniej nad etiologią pomienionej wady rozwoju, rozbierając teorię traumatycznego pochodzenia (*Roose*), dawniejszą hipotezę rozszczepienia zrosniętych już części ściany brzusznej wskutek nadmiernego przepełnienia pewnych narządów w jamie brzusznej zawartych (*ductus omphalo-entericus*, *allantois*, *urachus*) i teorię wstrzymanego rozwoju. Ten ostatni pogląd podziela właśnie kol. N.

Co się tyczy terapii pomienionej wady to podczas porodu brak tłoczni brzusznej, krótkość i niepodatność krocza, a nakoniec brak punktu oporu wskutek rozszczepienia kości łonowych sprawiają, że poród nawet przedwczesny siłami natury wyjątkowo tylko kończyć się może bez utraty życia dziecka. Dla tego wskazanem będzie w takim razie nacięcie krocza boczne lub tylne, a nawet wydobycie płodu za pomocą kleszczy lub obrotu z ekstrakcją i t. p.

Leczenie chirurgiczne dotyczy dwóch względów, a) następczego wypadnięcia macicy prawie nieuleczalnego. GUSSELOW wykonał zeszytę pochwy tylne bez skutku. NEUGEBAUER L. w r. 1870 zeszył pochwę pośrodku bez skutku, następnie przyszył część przedniej wargi macicznej do tylnej ściany pochwy ze skutkiem niezupełnym. AYRES (1859) sposobem plastycznym własnym nie tylko wyleczył z wypadnięcia macicy, lecz nadto jednocześnie pokrył wycnicowany pęcherz płatem wziętym ze skóry brzucha; b) co do pęcherza wycnicowanego, to istnieją trzy sposoby operacyjne: 1) plastyczne pokrywanie braków płatami sąsiedniej skóry (NÉLATON, THIERSCH, WOOD) 2) wycięcie wycnicowanego pęcherza i wszycie moczowodów do wspólnej kloaki (SONNENBURG 3 razy operował z pomyślnym skutkiem, LANGENBUCH raz jeden). (Obecnie gorąco zaleca tę metodę ZESAS, który opisał przypadek pomyślnie operowany przez NIEHANS'a Spr.), 3-i sposób ma na celu zbliżenie rozszczepionych kości łonowych dla łatwiejszego zeszytania brzegów defektu. TRENDELENBURG wykonywa gwałtowne zbliżenie kości łonowych po uprzedniem rozcięciu więzów krzyżobiodrowych z obu stron od tyłu, następnie zakłada opatrunek gipsowy, w 3 tygodnie zaś potem zeszywa zbliżone przez uprzedni rękoczyn kości łonowe, o ile to się okaże możliwem. PASSAVANT stara się osiągnąć ten skutek na drodze powolnej przez ułożenie chorych w odpowiednim przyrządzie ortopedycznym przez kilka tygodni i następcze bezpośrednio zeszytanie brzegów braku bez pożyczania płatów skóry. — W dalszym ciągu kol. N. pokazywał miednicę z defektem spojenia łonowego, powstałym wskutek zniszczenia przez sprawę połogową — ropną. Nadmieniam przy tém, że tego rodzaju sprawy w spojeniach kości miednicy nie są tak bardzo rzadkie, a nawet jedna z miednic spondylolistetycznych ślady podobnej sprawy na sobie nosi. W końcu kol. N. wspomina jeszcze o rozszczepieniu sztuczniem kości łonowych, wykonywanem dawniej w celach połoźnicznych, a nawet w ostatnich czasach przez MEOLA

w Neapolu napowrót przy zwężeniu miednicy zalecaném. Nakoniec przypomina przypadek dotyczący kobiety dotkniętej obustronném boczném rozszczepieniem miednicy, wskutek niezrośniętego złamania powstałém, który w zeszłym roku w naszym Towarzystwie przedstawiał.

Odpowiednia praca kol. N. będzie *in extenso* pomieszczona w jedném z naszych czasopism lekarskich.

II. Dwa nowe preparaty kręgozmyku (*spondylolisthesis*) z których jeden znalazł w muzeum prof. KLEINA w Moskwie, drugi zaś pochodzi ze zbioru Warszawskiego muzeum anatomicznego. Kazyistka tak zwanego kręgozmyku w przeciągu kilku ostatnich lat wzrosła do tego stopnia, że kol. N. zebrał do téj chwili już 68 przypadków, bądź to na żywych osobnikach obserwowanych, bądź to pochodzących z różnych zbiorów anatomicznych i z literatury. Kol. N. w krótkich słowach przedstawia obecny stan kwestyi badań co do etyologii kręgozmyku i objaśnia przy tém swoje poglądy, opierając się na szeregu preparatów kostnych, odnoszących się do nauki o rozszczepieniach bocznych łuków kręgowych (*spondylolysis congenita lateralis interarticularis*), których osobiście posiada przeszło 10 i których wogóle widział przeszło 150“.

V. Kol. RUPPERT odczytał rzecz „O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny“.

Krwotoki kiszkowe dawniejszemi czasy uważane były jako objaw b. ciężki w tyf. brzuszny. Dopiero GRAVES z Dublina i TROUSSEAU wygłosili wprost przeciwne zapatrywanie, że krwotoki takie w tyf. brzusz. najczęściej stanowią objaw, dający rokowanie pomyślne. Pogląd ten udzielił się wielu innym autorom i lekarzom. PETER przypisuje nawet krwotokom kiszkowym wpływ krytyczny na przebieg tyfusu brzusznego. JACCOUD z całą siłą odpiera tę teorię. Przyczynę téj sprzeczności kol. R. upatruje w tém, że wymienieni autorowie opierali swe wnioski na zbyt szczupłej ilości przypadków. Statystyka GRIESINGER'a i LIEBERMEISTER'a oparta na stosunkowo wysokich

cyfrach wykazuje nam, że przeszło $\frac{1}{3}$ część chorych na tyfus, powikłany krwotokami, umiera. Chociaż obliczenia obu ostatnio wymienionych autorów dają już pewniejsze pojęcie o znaczeniu tego powikłania w tyfusie brzuszny, to jednak przyznać trzeba, że tylko szczegółowa statystyka kliniczna i szczegółowy rozbiór objawów klinicznych i warunków występowania krwotoków dałyby możliwość ściślejszego rokowania w pojedynczych przypadkach przy łóżku chorego, rzeczy szczególnie ważnej w praktyce prywatnej.

Od roku 1880 kol. R. spostrzegł 6 przypadków tyfusu brzusznego, powikłanego przez krwotoki kiszkowe; wszystkie one miały zejście niepomyślne, zakończyły się śmiercią. Ze względu na małą liczbę spostrzeganych przypadków statystyki kol. R. nie podaje. Historyj chorób przytacza dwie, zaznaczając, że pozostałe 4 przypadki miały przebieg podobny do podanego poniżej spostrzeżenia drugiego. Pierwszy z tych dwóch przypadków dotyczył 29-letniej kobiety (w r. 1885 w szpit. zapasowym), krwotok wystąpił tu 15-go dnia choroby wskutek błędu dyetetycznego, chora bowiem w nocy zjadła surowe jabłko, poczem wystąpiły silne bóle w brzuchu i wkrótce krwotok tak gwałtowny, że wystąpiły objawy upadku sił, krwotok się więcéj nie powtórzył. Od następnego dnia chora zaczęła silnie gorączkować i dopiero na trzeci dzień wystąpiły objawy prawostronnego zapalenia płuc. W 13 dni po krwotoku chora zmarła, a sekcja wykazała zmiany właściwe dla *pneum. crupos.* w późniejszym okresie i wrzody tyfusowe w kiszcce cienkiej, w okresie gojenia. Drugi przypadek dotyczył 62-letniego mężczyzny (1886 r. z prakt. prywatnej). Chory był otyły i dotknięty rozedmą płuc, krwotok wystąpił tu 18 dnia choroby po pewnym wysiłku fizycznym; od téj pory (od rana) do godz. 10 wieczorem dnia następnego krwotok z przerwami kilkogodzinnými ciągle się powtarzał. Początkowo krwotoki nie były obfite, to téż dopiero przedostatni wywołał objawy upadku sił, przy ostatnim krwotoku

wystąpiły pół godziny trwające wstrząsające dreszcze i podniesienie ciepłoty do 39,5 C°. W 3 godz. po ostatnim krwotoku chory zmarł. W pierwszym przypadku przyczyna mechaniczna podziałała na naczynia, będące w stanie silnego przekrwienia, utrata zaś obfita krwi stała się powodem zmniejszenia odporności organizmu na rozwijające się powikłanie nowe t. j. zapalenie płuca; w drugim przypadku zarazem jak w 4 pozostałych śmierć pozostawała w ściślejszym związku z krwotokami, musiały zaś tu istnieć szczególne warunki, podtrzymujące ciągle krwawienie.

Opierając się na wynikach badań pośmiertnych, a mianowicie, że rzadko tylko daje się wykazać przerwanie jakiego większego naczynia kiszkiowego i biorąc pod uwagę przebieg kliniczny musimy przyjąć, że krwotoki te są mięszkowe, że zachodzą na rozległej przestrzeni i nie ograniczają się do miejsc, zajętych przez owrzodzenia. Dzieje się tu podobnie jak w niektórych przypadkach krwotoków płucnych u suchotników. Nowsze badania (RAYMOND i inni) wykazują, iż przyczyna téj skłonności do krwawienia są zmiany w ścianach najdrobniejszych naczyń i naczyniach włosowatych i że wylewy krwi mogą zachodzić *per diapedesin*. obfitsze zaś krwotoki następują przez przerwanie tychże zmienionych naczyń na rozległej przestrzeni. Kol. R. sądzi, że takie właśnie mięszkowe krwotoki miały miejsce w jego przypadku drugim (i w 4 pozostałych). W konkluzji dochodzi do wniosku, że przypadki powikłane przez krwotoki kiszkiowe, pominawszy krwotoki przypadkowe, stoją w bliskim związku do tych przypadków tyf. brzusz. w których, obok krwotoków kiszkiowych, występują liczne wylewy krwi i w innych narządach; różnica polega na tém, że skłonność do krwawienia obejmuje w pierwszych tylko naczynia kiszkiowe, w drugich zaś występuje i w innych narządach. Zmiany zaś w ścianach naczyń muszą zachodzić w przebiegu tyfusu i prawdopodobnie pod wpływem zarażka tyf. brzuszego. Przyjmując takie tłumaczenie, łatwo zrozumieć przypuszczenie istnienia pewnego krwotocznego

genius epidemicus, występującego w przebiegu pewnych epidemij tyfusowych. Obok tych krwotocznych postaci tyf. brz. zdarzają się krwotoki kiszkowe w przebiegu tyfusu, najzupełniej przypadkowo występujące, z powodu wpływów zewnętrznych (przyp. pierwszy), lub też w skutek jakiegoś szczególnego umiejscowienia wrzodu i następnie przerwanie jakiej większej gałązki tętniczej. Krwotoki takie o ile narazie nie sprowadzają śmierci, powinny dawać rokowanie lepsze, niż krwotoki jako właściwość tyfusu występujące. Ponieważ jednak na razie trudno jest przewidzieć, czy krwotok się będzie powtarzał, więc w każdym razie wystąpienie krwotoku, choćby na razie ciężkich przypadłości nie wywołał, winno być jako zły znak uważane. Pogarsza jeszcze rokowanie przewidywanie ostrego zakażenia krwi, jak to miało miejsce w przyp. drugim kol. R., wskutek możności wessania produktów rozkładu wylanój krwi.

Co do znaczenia okresu choroby, w którym krwotok się zjawia, to oczywiście w późniejszym okresie, z powodu wycieńczenia chorego, nawet jednorazowy krwotok łatwo spowodować może upadek sił, w tym więc czasie są one cięższe niż w okresach początkowych. Rozumié się, że złe warunki cyrkulacyjne (rozedma, cierpienia serca) pogorszą rokowanie. W obec ostatnich badań i terażniejszego pojęcia o naturze cierpień zakaźnych, poglądy TROUSSEAU i PATER'a ostać się nie mogą.

W kwestyi leczenia powiedzieć można tylko, że ponieważ środki mające działać miejscowo na źródło krwawienia celu nie osiągają, pozostają nam tylko środki, działaniem swem wytwarzające możliwie pomyslny warunki dla wstrzymania krwotoku, takie jak opium, ergotyna i okłady lodowe na brzuch. Otok stosowania tych środków bez kwestyi nie należy zapominać o odżywianiu chorego, a wraze upadku sił, o środkach podniecających.

W trakcie dyskusyi nad pracą kol. R., kol. PRZEWÓSKI zgodził się najzupełniej z twierdzeniami mówcy, że przyczyną krwotoków w tyfusie brzuszny muszają być pewne

zmiany w ścianie naczyń, powodujące takie krwotoczne usposobienie. Przy krwotokach w ciągu pierwszych piętnastu dni, gdy wrzody jeszcze się nie wytworzyły, krwotoki nie mogą zależeć od czego innego; żadne pęknięcie większego naczynia mieć tu miejsca nie może; kol. P. miał sposobność obserwować na sekcji przypadek, w którym krwotok wystąpił 4-go czy 5-go dnia choroby a równocześnie jako dowód krwotocznego usposobienia spostrzegał wylewy krwawe i na innych błonach śluzowych. Po 15 dniach krwotok z przerwanego większego naczynia nie może mieć miejsca, gdyż we wszystkich warstwach ściany kiszki znajdują się, jak wiemy, tylko najdrobniejsze, mikroskopowe tętniczki, w których jak sam się kol. P., przekonał nawet za pomocą iniekcji pęknięcia wykazać nie można; dzieje się to zarówno w tych miejscach, gdzie istnieją wrzody na blaszkach PEYER'a jak i na miejscu owrzodziałych gruczołów solitarnych. Krwotoki więc w tyfusie brzuszny powstawać mogą tylko *per diapadesin*, wskutek zmian w ścianie tętniczek, a pod drobnowidzem można się przekonać, że w śródbłonku ich (*endotelium*) komórki są mocno napęczniałe. Natomiast nie może się zgodzić ze zdaniem kol. R., aby i w suchotach krwotoki płucne powstawały w tenże sposób; przeciwnie zawsze prawie wykazać tu można pęknięcie większego naczynia lub tętniaka. Kol. SOKOŁOWSKI na 100 przyp. tyf. brz. obserwował 4 razy krwotoki kiszki raz z pomyślnym i 3 razy ze śmiertelnym zejściem (z tych 2 razy śmierć nastąpiła wskutek powtarzających się krwawień, raz zaś, podobnie jak w przypadku kol. R. wskutek zapal. płuc). Nie sądzi, aby taka przyczyna, jak zjedzenie jabłka lub czegoś podobnego mogło spowodować krwotok, z drugiej zaś strony skłania się do przyjęcia, że diateza krwotoczna istnieć może u ludzi starych lub pijaków, w jego zaś przypadkach krwotoki występowały zawsze u ludzi młodych i uprzednio zupełnie zdrowych. Co do terapii, to zawsze stosował opium i okłady lodowe. Prof. BARANOWSKI zgadza się z kol. R. co do bezskuteczności stosowania

miejscowych środków ściągających przy krwotokach kiszkowych w tyfusie; oprócz jednak zimna i preparatów sporyszu istnieje jeszcze jeden środek niezmiernie ważny i mający specjalne wskazanie w takich właśnie przypadkach, o jakich kol. R. wspominał t. j. wrazie podrażnień kiszki nieodpowiednim pokarmem lub przy obawie zatrucia produktami rozkładu krwi; środkiem tym jest olej k r ą c z n i k o w y, który bez wzmożenia ruchów robaczkowych kiszki usuwa źródła podrażnienia i zakażenia. W bardzo ciężkich przypadkach, gdzie krwi wylało się dużo i szybko rozwijały się w wielkiej ilości gazy cuchnące, prof. B. widział znakomite rezultaty przy podaniu tego środka. Kol. OŁTUSZEWSKI miał sposobność obserwować w jednym przypadku również doskonałe wyniki przy wczesnem stosowaniu *ol. ric.* zgadza się z kol. R. na przypuszczenie istnienia pewnego *gen. epid.* krwotocznego podczas niektórych epidemij. Kol. DOBRZYCKI w ciągu 16-letniej swój praktyki szpitalnej miał sposobność obserwować 780—800 przyp. tyf. brz., wśród których było kilkanaście z krwotokami kiszkowými; z téj liczby chorych wszyscy prawie zmarli; zawsze przyczyną krwotoku były błędy dyetetyczne. Kol. D. nie może wyobrazić sobie aby *per diapadesin* mógł powstać większy krwotok kiszkowy, jak utrzymywali uprzedni mówcy. Kol. PRZEWOSKI w kwestyi usposobienia krwiotocznego naczyń przytacza jeszcze spostrzeżenie, gdzie widział krwotok kiszkowy bardzo obfity w początkowym okresie dyfterytu kiszki cienkiej i grubiej. W końcu kol. RUPPERT przytacza jeden przypadek *cholaemiae*, w którym pod koniec życia były obfite krwawienia z płuc i kiszki, przy sekcji zaś niezdołano wykryć ani jednego przerwanego większego naczynia. W tym więc przypadku mogła być tylko ogólna, nigdy zaś miejscowa przyczyna. W chorobach, gdzie przyjmuje się cierpienie krwi, istnieją najprawdopodobniej i zmiany w naczyniach, będące przyczyną krwawienia.

VI. Kol. JAWDYŃSKI odczytał pochlebne sprawozdanie o pracy kol. GULIŃSKIEGO z Warszawy, polecając go na członka czynnego Towarzystwa.

VII. W końcu posiedzenia kol. SZTEMBARTH okazał potwór wydobyty przezeń przed kilku tygodniami. Wezwany przez jednego z kol. do rodzącej, kol. Szt. znalazł główkę płodu oderwaną, plecy i rączki już wywiązane; poród zaś mimo to wcale nie postępował. Przy badaniu okazało się, że niewywiązana jeszcze część płodu przechodzi bezpośrednio w znacznej wielkości, gładki i wyraźnie hełboczący guz; po wprowadzeniu do jamy macicy ostrego haka i rozdarciu ścian wzmiankowanego guza przy czém wypłynęło dużo płynnej, wodnistej zawartości, kol. S. dokonał ekstrakcyi płodu. Po dokładniejszém rozcięciu ścian brzucha, wewnątrz takowego znaleziono drugi, gładki, hełboczący guz, zawierający również płyn wodnisty. Po bliższém zbadaniu okazało się, że drugi ten guz, leżący ku dołowi w jamie brzusznej, jest pęcherzem moczowym, do którego dochodziły od nerek moczowody (po stronie prawej nerki nie było, istniało tylko nadnercze); cewki moczowej *respective* zewnętrznego jej otworu wcale nie było. Części płciowych zewnętrznych i wewnętrznych był brak zupełny, a tylko po stronie prawej znaleziono podłużną czerwonawą wypukłość, którą prof. BRODOWSKI określił, jako zarodkowy jajnik. Kiszka gruba nie kończyła się otworem zewnętrznym (stolcowym), lecz jest ślepo przyrośnięta do górnej ściany pęcherza moczowego. Kol. S. w końcu wspomniał o przeszkodach przy porodzie zależnych od potworności główki płodu i jego tułowia i nadmienił o konieczności ścisłego zdawania sobie sprawy z takowych trudności, aby być w stanie zastosować odpowiednią metodę leczniczą, co ze względu na rzadkość tego rodzaju przypadków jest rzeczą trudną i wymagającą doświadczenia.

Na tém posiedzenie ukończono.

Sekretarz: *M. Jakowski.*

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) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1888 roku.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to: Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne [z terminem do dnia 31 Grudnia 1888 r.]

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z terminem do dnia 1 Kwietnia 1888 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.

Prawo ogłoszenia drukiem rozprawy uwieńczonej zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały
D-r Szokalski.

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, przyznając będzie jedna nagroda konkursowa w kwocie 240 rs..

Do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, najmniej pięć arkuszy 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 rękopisów 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.

III.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące temata do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez ś p. D-ra Walentego Koczorowskiego:

1) **Nowy temat:** „Wykazanie na zasadzie własnych badań: pochodzenia, morfologicznych różnic i fizyologicznej roli białych ciałek (leukocytów)“ — z terminem do d. 1 Listopada 1888 r.

Uwaga. Należy przynajmniej u jednego gatunku z ciepłokrwistych i jednego ze zimnokrwistych zwierząt dokładnie określić różnice białych ciałek we krwi, limfie, gruczołach limfatycznych, śledzionie, szpiku kostnym i t. p. pod względem ich rozmiarów, zewnętrznej formy, składu morfologicznego, ruchów amebowych, powinowactwa do różnych barwników i t. d. i ile możności wyjaśnić ich sposób powstawania i udział w sprawach życiowych organizmu.

2) **Temata już poprzednio ogłoszone jako to:**

a) „Obecny stan wiedzy o wściekliznie u ludzi w ogólności i o leczeniu zapobiegawczém téjże choroby metodą Pasteur'a w szczególności“ — z terminem do dnia 31 Marca 1888 r.

b) „Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody Wiślanej“ temat z zeszłorocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 Marca r. 1888.

c) „Zbadać ilość i jakość szkodliwych zdrowiu grzybków, zawieszonych w powietrzu pewnej danej miejscowości, jak np. w szpitalu, teatrze, sali szkolnej, na targu i t. p. w mieście Warszawie (temat z zeszłorocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 Marca 1888 r.).

d) „Określić udział mikroorganizmów w sprawie gnicia ciał białkowych, a mianowicie:

Czy gnicie ciał białkowych jest możliwém bez udziału mikroorganizmów i w jakich warunkach.

Czy gnicie ciał białkowych zależy od jednego szczególnego rodzaju mikroorganizmów (Bienstoeck), czy też zależy od działania rozmaitych mikroorganizmów.

Czy do gnicia ciał białkowych wystarcza jeden rodzaj mikroorganizmów, czy też do tego potrzeba współdziałania kilku ich rodzajów (Flügge).

Jeżeli okaże się, że gnicie ciał białkowych może zależeć od kilku rodzajów mikroorganizmów, w takim razie zbadać, o ile to będzie możliwém, czy wytwory rozkładu przy działaniu różnych mikroorganizmów na jedno i toż samo ciało białkowe powstałe, są jedne i też same, czy też różne.

Przekonać się czy mikroorganizmy gnilne są zarazem zawsze chorobotwórczemi, czy też te dwie właściwości całkiem nie idą z sobą w parze; termin ostateczny dnia 31 Marca 1888 r..

Za każdą z powyższych pięciu prac, stosownie do woli w testamencie ś p. D-ra Koczorowskiego wyrażonej, wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawy nagrodzone, wydrukowane będą staraniem, i nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowią będą własność autora.

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 stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,
D-r Szokalski.