

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu.

REDAKTOR GŁÓWNY

Dr. H. ŁUCZKIEWICZ,

CZŁ. TOW. NAUKOWEGO W KRAKOWIE, TOW. LEKARSKIEGO
W WARSZAWIE I W WILNIĘ, DOCENT PATOLOGII I TERAPII
SPECYALNEJ W AKADEMII MEDYKO-CHIRURGICZNEJ
W WARSZAWIE.

S E R Y A V.

Tom II.

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVIII.

Ścisłe badanie — prosto leczenie.

WARSZAWA,

Nakładem Księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

Biblioteka Główna

WUM

1862.

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

W DRUKARNI BRACI HINDEMITH.

S P I S R Z E C Z Y

p r z y k o ń c u t o m u .



OD REDAKCYI.

Drugi tom pisma naszemu kierunkowi powierzonego, rozpoczynamy pod pomyślną wróżbą. Przyszłość Pamiętnika opiera się dziś już nie na przyrzeczeniach w złudnej grzeczności obficie przez Kolegów początkującej redakcyj dostarczanych, ale na rzeczywistych *danych*, których naukowa wartość praktyczna i doniosłość nie ustępuje bynajmniej wyborowi artykułów po czasopismach zagranicznych zamieszczonych.

Stosownie do programu nakreślonego w poszycie Styczniowym i do zasady, jakiej przy wydawnictwie Pamiętnika trzymać się postanowiliśmy, usiłowania nasze zmierzały przedewszystkiem i głównie ku temu, aby pozyskać dla pisma współpracowników części *klinicznej* poświęconych.

W wypracowaniach klinicznych najpierwsze miejsce zajmują słusznie opisy chorób leczonych w zakładach klinicznych, a w szczególności odnośnie do naszego pisma, na klinikach Akademii Warszawskiej.

Z prawdziwą przyjemnością wyznajemy, że w pozyskaniu pracowników tego rodzaju nie mieliśmy wiele mozołu, a raczej nie napotkaliśmy najmniejszych przeszkód, ale przeciwnie szczerą gotowość.

W pierwszym tomie Pamiętnika zamieściliśmy dwa opisy dostarczone nam łaskawie z kliniki Prof. Ch a ł u b i ń s k i e g o, a w tomie niniejszym kładziemy na czele

poszytu sprawozdanie z czynności kliniki chirurgicznej Prof. L e B r u n. Artykuł poniższy z wzorową, starannością na tle prawdziwie naukowym wypracowany z właściwą autorowi bystrością, stanowi dla pisma naszego sprawiedliwą wróżbę pomyślniejszej przyszłości. Z wielką dla nas radością wyczytujemy we wstępie artykułu Szanownego Profesora, w całym kraju jako pierwszego operatora powszechnie zasłużonego, myśl w naszym programie wyrażoną, że *główny cel nauki lekarskiej jest praktyczny, główném jej zadaniem leczenie chorych.*

Klinika jest dziś i zostanie na przyszłość punktem wyjścia i oparcia dla Lekarza, w klinice upatrywać należy źródła wszystkich użytecznych myśli i zasad teoretycznych, dla których ta sama klinika stanie się opoką rozpraszającą ułudę najponętniejszych pojęć abstrakcyjnych, a utwierdzającą wartość zdań prawdziwie użytecznych. Klinika zatem jest jedynym i naturalnym węzłem połączającym dzielne usiłowania teoretyków z bogatym zasobem doświadczenia praktyków, któreto konieczne i zbawienne dla nauki połączenie, zuchwałém (choć w uczciwej wierze) wystąpieniem znakomitych zresztą Lekarzy 17 wieku, jak: B a g l i v i, D o n z e l i n i i t. p. tak niefortunnie zerwaném zostało.

Jeżeli przeto każdy pojedynczy opis kliniczny dla całej nauki ważnym jest przyczynkiem, o ile ważniejszym i donioslejszym musi być sprawozdanie roczne, pojedyncze wypadki w jednolitą całość wiążące?

Ogłaszając dziś sprawozdanie chirurgiczne, możemy nieomylną cieszyć się nadzieją, że dla dobra nauki i korzyści czytelników Szanowni Professorowie innych klinik względów swoich Pamiętnikowi odmówić niezechęcą, z czego dobroczynne owoce na kraj cały wypłynąć muszą.

SPRAWOZDANIE

z czynności kliniki chirurgicznej przy Cesarsko-Królewskiej
Warszawskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii
w roku 18⁶⁰/₆₁.

skreślił Dr. **Le Brun**,

Professor kliniki chirurgicznej, Naczelny Lekarz Szpitala
Dzieciątka Jezus, etc. etc.

Otwarcie klinik przy Cesarsko-Królewskiej Warszawskiej medyko-chirurgicznej Akademii w dniu 23 Października 1860 roku było dalszém i prawie ostatniem rozwinięciem téj odrodzonej w kraju naszym Instytucyi. Klinika ma na celu połączenie silném ogniwem wykładu teoretycznego z praktyczném jego zastosowaniem, i spójenie całej nauki lekarskiej w jedną harmonijną całość. To przeznaczenie kliniki, daje jéj zatem wysokie i ważne stanowisko, któremu godnie odpowiedzieć, niełatwém jest zadaniem; tém trudniejszém, że nie zawsze napotkając można chorych z pojedynczemi cierpieniami, do którychby przepisy teoretyczne wprost zastosować się dały. Jakoż *proste* formy chorób należą do rzadszych, a rozmaite ich połączenia stanowią właśnie trudność klinicznego ich wyrozumowania, wykrycia ich źródła, związku, zale-

żności objawów chorobnych, a tém samém wyprowadzenia pewnych naukowo-lekarskich wskazań.

Pod wpływem takiego przekonania o ważności przeznaczenia klinik i trudności jakie mają do zwalczenia ci, którzy do przewodniczenia im powołani zostali, rozpocząłem mój wykład kliniki chirurgicznej w upłynionym roku akademickim.

Z powodu trudności towarzyszących w rozpoczęciu każdego dzieła, otwarcie kliniki chirurgicznej nastąpić dopiero mogło w końcu miesiąca Października; mieliśmy jednak w przeciągu roku 110 chorych, mianowicie 59 mężczyzn i 51 kobiet. Z tych wyzdrowiało i wyszło 39 mężczyzn, a 38 kobiet, razem 77; zmarło 11 mężczyzn, 3 kobiet, razem 14.

Pozostałych z końcem roku nieuleczonych 9 mężczyzn i 10 kobiet, razem osób 19, odesłano do sal Szpitala.

Zaczm przystąpimy do szczegółowego sprawozdania z czynności kliniki naszej, powiedzmy słów kilka o jej urządzeniu i sposobie jej prowadzenia.

Klinika akademicka założoną została przy Szpitalu Dzieciątka Jezus, w pawilonie prawym dawniej przez Instytut Położniczy zajmowanym. Rozkład lokalu dozwolił na dogodne pomieszczenie 40 łóżek, z których 20 dla chorych wewnętrznych i tyleż dla chorych chirurgicznych płci obojęd przeznaczonych zostało. Obszerny amfiteatr pomiędzy salami temi wzniesiony, służył dla wykładów klinicznych i chirurgicznych operacji. Prócz mnie zwyczajnego Profesora Kliniki chirurgicznej, wykładem pewnej części nauki zajmował się jeszcze p. Dr. K o r z e n i o w s k i jako Adjunkt, a zarazem był mi pomocą przy wizytach klinicznych i operacyjnych dzia-

łaniach. P. Dr. Karwowski zajmował się czynnościami Assystenta kliniki chirurgicznej, jako przez konferencją akademicką na posadę tę przeznaczony.

Przy klinice chirurgicznej umieszczonym i uporządkowanym został przezemnie i moich pomocników gabinet narzędzi i przyrządów chirurgicznych, a to w porządku odpowiadającym planowi mego wykładu chirurgii operacyjnej zatwierdzonemu przez konferencją akademii.

Odwiedzanie chorych klinicznych odbywało się codziennie, nie wyjmując świąt i niedzieli przezemnie i przez studentów. Naukę operacji chirurgicznych wykładałem trzy razy w tygodniu, a wykład kliniczny odbywał się codziennie przy łóżku chorego lub w amfiteatrze. Operacje chirurgiczne najczęściej trzy razy w tygodniu wykonywane były, zwykle w godzinie na klinikę przeznaczoną lub w innej porze, gdy tego gwałtowność wypadku lub inna konieczność wymagała.

Studentów IVgo kursu uczęszczających było 33, pilność ich była wzorowa i wielu z nich odznaczyło się znakomitą zdolnością.

Do końca półrocza pierwszego, to jest do końca roku 1860 starałem się obeznac studentów ze *sposobami badania* chorych, zwracając szczególnie uwagę na okoliczności w badaniu tém główną grające rolę, to jest na *cechy charakterystyczne* każdego cierpienia. Przy badaniu takim miałem głównie na uwadze wprawę studentów, na praktyczne czyli kliniczne zapatrywanie się na chorobę. Wiemy jak teoretyczny wykład pięknie i jasno klasyfikuje w młodym umyśle rozliczne ludzkie cierpienia; zdaje nam się wówczas, żeśmy je dokładnie pojęli, poznali i że je z łatwością rozróżnić potrafimy. Że tak jest w istocie, Professorowie kliniczni mogą się najlepiej

przekonać, gdy poczynający naukę kliniczną studenci znajdą się po raz pierwszy przy łóżku chorego. Mają oni świeżo w pamięci wyłożoną sobie naukę, radziby wszystko co wiedzą znaleźć w przedstawiającym się chorym; lecz niemało są zdziwieni, gdy u każdego chorego i w każdej chorobie, obok braku pewnych jój właściwych oznak, znajdą jeszcze i takie, których wcale napotkać niemyśleli. Również gdy przyjdzie u chorych takich do wyprowadzenia i uzasadnienia wskazań praktycznych, studenci zdają się być nieraz zawiedzeni w swém oczekiwaniu, gdy im Professor wskaże postępowanie nie zawsze zgodne z ich naukowym pojęciem.

Otóż wyprowadzenie studentów z tój niepewności przez przekonanie ich, że w każdym danym wypadku są pewne okoliczności i skazówki na główną uwagę zasługujące, od których pierwsze lekarskie wskazania zależą, i które tak, a nie inaczej postępować każą, stanowi to, co nazywamy praktycznym zapatrywaniem się na chorych. Przy takiem praktycznym zapatrywaniu się na choroby, przychodzi nam nieraz walczyć z przepisami szkoły, a lubo odnosimy zwycięstwo pożądanemi skutkami naszego działania, niezawsze jednak nauka nasza zdoła nam wyjaśnić, jakim sposobem doszliśmy do tego celu. W takich razach woleliśmy słuchaczom naszym podać fakt taki, jako fakt, jako rzecz pewną, o której prawdzie i rzeczywistości sami przekonać się mogli, nie kusząc się o jój wytłumaczenie, które jako w dzisiejszym stanie nauki niepodobne, musiałoby być, że tak powiem, naciągane i niepotrzebnie trudziłoby umysły młodych słuchaczy już i tak przy dzisiejszym ogromie i rozciągłości nauki lekarskiej niesłychanie obciążonych. Niech więc praktyczne obcowanie z chorymi i tego jeszcze studentów

naszych nauczy, że główny cel nauki lekarskiej jest *praktyczny*, głównym jej zadaniem *leczenie chorych* i przyniesienie ulgi w ich cierpieniach i że dochodzimy do tego nie tylko teoretycznymi wiadomościami, lecz nadto doświadczeniem w praktyce nabytym, na którym dopiero teoria opierać się powinna. Takie przekonanie przewodniczyło naszemu klinicznemu wykładowi; tłumaczyliśmy na zasadach znajomości anatomicznych i fizyologicznych pojęć to, co się na nich oprzeć dało; w innych razach opieraliśmy się na doświadczeniu i faktach.

Przysposobiwszy w pierwszym półroczu studentów do należytego zapatrywania się na chorobę i badania chorych, w drugim pozostawiłem *im samym rozpoznawanie* tych chorób i wskazanie planu leczenia, do czego zwykle zostawiałem im jedną dobę czasu; poczem przy łóżku chorego, o ile to w jego obecności odbywać się mogło, wysłuchiwałem zdania ucznia i po wyrozumowaniu jego opinii i wniosków, stanowczo oznaczałem rodzaj i naturę cierpienia i wskazania lekarskie. Studenci codziennie zdawali mi sprawę ze stanu chorego, a zmiany zaszłe w przebiegu choroby i przepisy lekarskie do nich zastosowane, zapisywali na karcie wizytowej nad łóżkiem chorego wiszącej.

Zapiski te posłużyły każdemu do napisania historii choroby, której leczeniu przewodniczył. Takich historii chorób złożyli studenci 60. Niektóre z nich odznaczają się jasnością i dokładnością opisów choroby i z wyrozumowaniem jej czyli tak zwaną *Epicrisis*, a w razie zakończenia się choroby śmiercią, ze szczegółowym skreśleniem zmian patologicznych w organizmie, z chorobą i zejściem chorego w związku zostających. Tym śledztwom pośmiertnym przewodniczył Prof. W i s ł o c k i. Wszystkie

te historie chorób dołączamy do niniejszego sprawozdania jako dowód do usprawiedliwienia tego, cośmy o nich powiedzieli. (*)

Uwagi nasze nad szczególnymi wypadkami klinicznymi w ciągu roku tego wydarzonymi, poprzedzimy jeszcze ogólnym wykazem chorób chirurgicznych w klinice naszej leczonych.

W Y K A Z

*chorób leczonych w klinice chirurgicznej Ces.-Król. War.
Med. Chir. Akad. w ciągu roku 18⁶⁰/81.*

R o d z a j c h o r o b y	Mężczyz.	Kobiet	Razem
Zapalenia tkanki łącznej (Phlegmone) . . .	2	2	4
Ropnie różnego rodzaju (Abscessus)	6	5	11
Wrzody różnego rodzaju (Ulceras)	1	5	6
Rany różnego rodzaju i w różnych częściach ciała, między niemi ran postrzałowych 12	13	12	25
Odmrożenia (Perniones)	3	—	3
Oparzelizny (Ambusturae)	—	1	1
Zastrzały (Panaritium)	2	6	8
Wrośnięty paznokieć	—	1	1
Złamania obojczyka	—	1	1
— ramienia	2	2	4
— szyi kości ramieniowej	1	—	1
— goleni	5	—	5
— rzepki	1	—	1
— uda	2	—	2
— szyi kości udowej	—	—	1
— żeber	2	1	3
Guz biały kolana (Tumor albus)	2	1	2

(*) W Pamiętniku tylko ważniejsze z nich ogłoszone będą.
Przyp. Red.

R o d z a j c h o r o b y	Mężczyń	Kobiet	Razem
Guz biały barku (Omarthrocace)	1	—	1
Guz biały stawu biodrowego (coxarthrocace)	2	—	2
Wodna puchlina kolana (Hydarthron) . . .	—	1	1
Owrzodzenie kości (Caries)	1	3	4
Zgorzel kości (Necrosis)	2	—	2
Rak różnych części ciała	4	2	6
Wodna puchlina jądra	1	—	1
Zwężenie cewki moczowej	3	—	3
Przetoka moczowa (Fistula urethrae)	1	—	1
Kamień pęcherza moczowego	1	—	1
Przetoka odbytu (Fist. ani)	1	—	1
Opadnięcie macicy	—	1	1
Przepukliny (Herniae)	—	3	3
Zrośnięcie pochwy macicznej	—	1	1
Skurczenie kończyny górnej (Contractura)	1	—	1
Warga zajęcza	—	1	1
Końska stopa (Pes equinus)	—	1	1
w ogóle	59	51	110

Pomiędzy *zapaleniami tkanki łącznej* staraliśmy się dać poznać różnice zapalenia warstw powierzchownych i głębiej położonych (Phlegmone i Phlegm: difusum.) Mieli studenci sposobność przekonania się, jak pod umiarkowanym naciskiem powierzchowne zapalenie tkanki łącznej rozejść się czasem może. Jakoż przykład tego rodzaju przedstawił nam młody i silny mężczyzna chorobą tą na szyi dotknięty. W innych razach zwłaszcza przy tak zwaném *Phlegmone diffusum*, gdy warstwy tkanki łącznej głębiej położone zapalaniu uległy i już przeszły w ropienie, śmiałymi i głębokimi cięciami dostawaliśmy się do ogniska ropy. Postępowanie takie

znosiło prawie w jednej chwili gwałtowny ból ohorobie tój towarzyszący po rozprężeniu zacieśnionych części, poczem choroba łagodniejszą przybierała postać i prędkiej się kończyła. Otwieraliśmy zatem najrychlej ropnie pod skórą zebrane, jak skoro przebieg choroby i pluskanie ropy z pewnością wnosić dozwalały o jój obecności. Takich ropni otworzyliśmy kilka na różnych częściach ciała. Jeden z takich ropni zebrany na przedniej powierzchni kolana, otworzonym został u młodej kobiety w czasie napadu wielkiej choroby. Odzyskawszy przytomność, chora nic nie wiedziała co się z nią stało. Ropnie na sutkach, na goleni, na głowie otwierali już sami studenci.

Więcej nam nastęrczyły nauki tak zwane *ropnie zimne i napływowe* czyli *otoki* (Abscessus frigidi, Absc. per congestionem). Zaraz w pierwszych dniach otwarcia sal klinicznych, przedstawił się nam młody człowiek, mający od kilku miesięcy na lewej stronie piersi, w okolicy serca, guz wielkości sporiej pięści, lecz jednostajnie rozszerzony, miękki, za dotknięciem zaledwie nieco bolący i wyraźnie pluskający; pokrywająca go skóra nie przedstawiała żadnych zmian w swych cechach fizycznych. Było z wielu względów nauczający wypadek co do przyczyny powstania choroby przebiegu, siedliska i natury jój. Wiedzieliśmy tylko, że przed kilku miesiącami chory uderzony był w tę okolicę; lecz z powodu objętości guza i znacznego prężenia ścian jego niemożliwym się przekonać czy mu nie towarzyszy już cierpienie mostka lub żeber. Po wyrozumowaniu jednak powyżej wymienionych okoliczności, uznaliśmy guz ten za ropień zimny, stanowiący wskazanie wypuszczenia w nim zawartej ropy, co też niezwłocznie skutecznionem zostało,

najprzód przez przebicie trójgrańcem probierczym, a następnie przez przecięcie lancetem. Szybko wypłynęło przeszło funt ropy gęstej, żółtawej i bezwonnej. Staranne wysledzenie całego dna wypróżnionej torby, nie wykryło *nigdzie pruchnienia* kości. Zadaniem więc naszym było pozyskać zrosnięcie się ścian téj torby, albo raczej skóry z podstawą twardą, czyli żebrami. Nacisk umiarkowany i stopniowy dopomógł nam do tego; później jednak, dla pewniejszego skutku używaliśmy nastroykiwań roztworem tynktury jodu. Ropienie zmniejszało się codziennie i w reszcie zatrzymało się całkowicie. Chory ten wyzdrowiał zupełnie; zostawał pod dozorem studenta p. K o s i e w i c z a.

Mieliśmy w roku tym dwóch chorych z ropniami napływowymi czyli otokami. Oba te przypadki były nader nauczające; bo ileż to jest szczegółów do rozważenia przy chorobach tego rodzaju, rozwijających się w organizmie w wysokim stopniu schorzałym; jak trudno jest tu nieraz wykryć ognisko choroby, przekonać się o istnieniu ropy, oznaczyć drogę, którą ścieka, określić granicę otoku, rozpoznać otaczające go tkaniny, a nakoniec jak trudno jest pomimo téj wszelkiej oględności stanowczo wziąć się do lancetu lub nożyka, aby ten chorobliwy produkt z ciała wyprowadzić i chorobie położyć tamę.

Otóż jakoby na potwierdzenie tego cośmy wyrzekli, nastęczyły się nam w klinice przykłady. Kilkonastoletni chłopczyk cierpiał od kilku miesięcy na tak zwaną *koxalgią*, czyli dobrowolne zwichnięcie stawu biodrowo-udowego. Była to już choroba w trzecim stopniu, a lubo kończyła niebyła krótszą od drugiej (co w tym okresie choroby zwykle następuje), jednak w około stawu biodrowego rozpoznać było można wyraźne *sebranie ropy*.

Chłopczyk ten miał się jednak zupełnie dobrze, wyglądał czerstwo, był wesoły, mało co na ból narzekał, a nawet mógł wolno przechadzać się po pokoju, bez wyraźnego cierpienia. Ponieważ chory ten już był leczony i zdawał się być zupełnie zdrowym, ponieważ choroba już tak długo trwała i zdawała się ograniczać tylko do miejsca cierpienia, przeto po wyrozumowaniu tych wszystkich okoliczności, osądziliśmy, że w razie tym wskazane jest działanie miejscowe, mianowicie wypuszczenie ropy staw otaczającej, a do działania tego upoważniało nas w podobnych wypadkach dawana rada przez niektórych autorów i nasze własne doświadczenie. A zatem w miejscu najwyraźniejszego pluskania, na stronie zewnętrznej i górnej uda wypuściliśmy lancetem zebraną ropę. Szczegółowy opis dalszego przebiegu choroby, wyjmujemy z złożonej nam przez Kand. Med. S o m m e r a historyi:

„Po zrobieniu (dnia 30 Listopada roku 1860) podskórnego przekłucia cieniutkim trójgrańcem, a następnie grubszym za ledwie zdołano i to zapomocą pompki wydobyć około paru drahm brudnobiaławego rzadkiego płynu, w którym mikroskopowe badanie okazało ciała nieregularnych zarysów, drobinki i kulki tłuszczu. Otwór po wyjęciu trójgrańca zalapiono natychmiast plastrem, chroniąc jak najstaranniej wejścia powietrza w jamę; poczem nałożon opaskę kolistą uda. Dnia 1 Grudnia żadnego gorączkowego odczynu, stan ogólny normalny. Otwór po przekłuciu dąży ku zabliznieniu; w objętości chełboczącego guza niespotykamy żadnej różnicy.

Dnia 2, 3 i 4go stan niezmienny. D. 5go obrzmienie jednakowej wielkości jak i przed przekłuciem i dla tego, opierając się na doświadczeniu kilku szczęśliwie zakończonych wypadków, przystąpiono do przecięcia ropnia lancetem, robiąc otwór kilka linii szeroki, w dolnej jego części; tu wypłynęło żółtej ropy pomieszanej z krwią, konsystencyi ulepu około

pięciu uncyi, która badana pod mikroskopem okazała obecność kulek krwi, ciałek nieregularnych i masy drobinkowej, oraz szczątek zniszczonej tkanki łącznej. Otwór założono pęczkiem cienkiej szarpi, przykryto szarpią wyściełającą do koła i obandażowano kłosem pojedynczym. Zalecone poprzednio proszki żelazne i woda sodowa zostaje dalej, dyeta ta sama.

Dnia 7go nocą ziębienie, podniesienie pulsu do 120, ból głowy, mało snu, utrata apetytu, ból wokolicy ropnia; po wyjęciu czopka szarpi z otworu, wypłynęło około 4ch uncyi płynu ropiastego, szarawego, nieprzyjemnej woni. Celem łatwiejszego odpływania gromadzącej się ropy, przyłożono plasterk z szarpi i obandażowano, do wewnątrz zaś przepisaao:

Rp. Infusi sem lini. unc. VI.

Elixir. acidi Halleri drach. semis.

Syr. Rubi Idaei drach 3.

MDS Capiat bihor: cochlear unum.

Z diety odjęto mięso. Wieczorem tegoż dnia puls 124, ból w okolicy ropnia, przy przewidywaniu pomimo starannego usiłowania wyciśnienia ropy, nic takowej nie wydobyto; ból głowy ustał, zaparcie stolca.

W dniu 8 ropy wyciśnięto około uncyi 5u, w stanie ogólnym mała poprawa, gorączka mniejsza, apetyt mały, zaparcie stolca, przeciw któremu zadano pół butelki limonady magnezowej, użycie żelaza wstrzymano.

Wieczorem gorączka wzmogła się, puls wzrósł do 130 chwilami ból głowy, ropy wyciśnięto do dwóch uncyi. Powtórzono do wewnątrz miksaturkę z lnianego siemienia.

Dnia 9 Grudnia lekka gorączka, apetyt mały, stolec obfity, ropy wyciśnięto do 3ch uncyi, złęgo charakteru.

D. 10go lekka gorączka, rozwolnienie, wypływająca ropa brudno szara, żadnego apetytu; zadano wewnątrz odwar z chinu w stosunku pół uncyi na pół funta co godziny łyżkę.

Dnia 11: chory uskarżał się na silny ból w okolicy pachwinowej i kolanie; każde poruszenie członka uciążliwe i bolesne, wypływająca ropa jest koloru brudno-zielonego, bardzo nieprzyjemnej woni, puls 130, zasychanie w ustach, pragnienie, mało snu, brak apetytu, lekki ból głowy, dreszczów jednak

niebyło. Zalecono wewnątrz odwar kory chinowej z pół na sześć uncyi, wodę sodową z winem czerwonym za napój, miejscowo zaś wstrzykiwania w jamę ropnia dekoktu chinowego i okłady. Zwrócić należy uwagę, że przy pociśnieniu w okolicę podbrzuszną prawą dość głęboko w jamę miednicy, posuwając się na więz Pouparta i dołek pachwinowy, jakoteż przy pociskaniu w kierunku od stawu przez nateżacz powięzi udowej ku otworowi ropnia, ropa obficie wypływała.

Dnia 12, ciągły ból w okolicy pachwinowej silniejszy od tegoż w samym stawie, również w kolanie wzmaga się, niemożność władania kończyną i ból za najmniejszym pociśnieniem w pachwinie, stawie i kolanie. Odchodząca ropa przyjmuje cechę złośliwej, bardzo cuchnącej posoki. Puls 120, zasychanie w ustach, apetyt żaden, od wczoraj rana 3 stolce rzadkie.

Leczenie to samo.

Dnia 13 Grudnia nocą więcej nieco snu, stolec jeden wolny, nad ranem w ustach mniej zasycha, apetyt żaden, w kolanie, pachwinie i stawie ból kłujący przy staniu zwiększa się. P. 100, z ropnia sączy się posoka. Wstrzykiwanie i okład zmieniono na odwar arniki z chiną.

W dniu 14 Grudnia. P. 96, nocą sen przerywany. Otworami ropnia wypływa śmierdząca posoka w ilości około kilku uncyi przez dobę. Ból w stawie większy, lekarstwa te same.

Wieczorem, zasychanie w ustach, pragnienie, P. 120, T. 37, 5. Ból w kończynie jednakowy, przy wyciskaniu wypłynęło około 3 uncyi ciemno czekoladowej cuchnącej posoki.

Dnia 15 Grudnia, P. 120, apetyt mały, stolec 1 wolny, o 12¹/₄ z południa i o 7 wieczorem doznawał półgodzinnych dreszczy. Gorączka nie wzmaga się, ciągle pragnienie i zasychanie w ustach. Zalecono nacierania spiritusem kamforowym.

Dnia 16 Grudnia nocą sen przerywany, dreszczów niebyło, puls, temperatura ciała i pragnienie w jednym stopniu. Stolec jeden wolny, ból coraz większy, z ropnia wypływa cuchnąca posoka. *Wieczorem* P. 128. T. 37, 9. Dreszcze lekkie krótko trwałe.

Dnia 17, sen przerywany, żadnego bólu głowy. P. 120. T. 37,5 o godzinie 10 $\frac{1}{4}$ dreszcz lekki zbliżający się do uczucia zimna, puls wzrósł do 140. T. 39., wyciekający z ropnia smrodliwy płyn przybiera barwę żółtą. Kończyna wcale nieobrzmiała. *Wieczorem*, dreszcze półgodzinne P. 138. T. 397.

Dnia 18 Grudnia, nocą mało snu, dreszczów wcale niebyło, pragnienie znaczne, apetyt żaden, P. 130. T. 37,4.

Wieczorem, oczy zamglone na wpół zamyka, pragnienie znaczne, apetytu żadnego, dwa stolce dniem płynne, z powierzchni ropiejącej wycieka płyn żółtawy z szczątkami zgorzelowatej tkanki łącznej i skrzepami krwi.

Od godziny 11 w nocy do 9 rano, ciągłe poty na całym ciele, drętwienie cierpiącej kończyny.

Dnia 19 Grudnia, kończyny dolne i górne zimne, paznogie sine. Puls przeszło 160. Temperatura spadła do 34,7, puls niewyczuwalny w tętnicach przedramienia, lecz w ramieniu. Posoki wyciśnięto około 3 unc. Wygląd twarzy z szczególnym odcieniem, usta sine, niemożebność władania górnymi kończynami, również ból członków dolnych i krzyża.

O godzinie 11 i minut 35 stracił głos, a przy coraz drobniejszym pulsie, rzadszym i zimnym oddechu, i niezamąconej do ostatniej chwili przytomności, umarł.

Sekcyja wykonana dnia 20 Grudnia okazała na przednio zewnętrznej, $\frac{1}{3}$ górnej części uda plamę siną rozciągającą się od zewnątrz w kierunku linii odpowiedniej przedniemu brzegowi mięśnia pośladkowego przedniego, od wewnątrz linii odpowiadającej $\frac{1}{3}$ części wewnętrznej przedniej powierzchni uda, od dołu $\frac{1}{3}$ dolnej części; dolną część przestrzeni opisaną przedziura wiały 2 otwory, jeden wewnętrzny wielkości grochu, drugi mniejszy zewnętrzny, z których wypływała brudno-czerwono-brunatna gęsta posoka.

W klatce piersiowej płuco lewe z góry i tyłu nieco do ściany klatki przyrosłe, jego substancya biała, przedstawiająca miejscami grudki twarde prosowate, dolne zrazy przekrwione i pianistą surowicą przesiąknięte. W prawém płucu niektóre grubsze pnie naczyń krwionośnych zapchane skrzepem częściowo do ściany naczynia przytwierdzonym, utworzonym zapewne jeszcze przed skonem.

Dla zbadania ogniska głównego cierpienia, zrobiono cięcie od kolca przedniego górnego kości biodrowej (spina anterior superior ossis ilei) w linii prostej ku kłykciowi zewnętrznemu (Condylus externus) kości udowej prawej na przestrzeni dającej unieść się skóry, jako nieprzyczepionej do części pod nią leżących. Celem swobodnego i należytego zbadania stawu udowego zrobiono drugie cięcie poczynając od górnej części zewnętrznej wargi poprzedniego cięcia idąc ku główce stawu, przyczem jednocześnie przecięto nateżacz powięzi szerokiej uda na powierzchni zewnętrznej i wewnętrznej już dość znacznie zgorzelony.

Odwinąwszy klapy skóry spotkano powierzchnię rozciągającą się na przestrzeni odpowiedniej plamie siniej, której granice wyżej podano, znacznie zniszczoną. Wgłęb komunikowała z jamą stawu, a nawet z wnętrzem miednicy kostnej. Z tej jamy i rozmaitych jej zatok wycisnięto około 6 unc. brudno czekoladowej ciemnej posoki. Powięź szeroka uda (fascia lata femoris) zniszczona, mięśnie obrażone, a niektóre nawet przedziurawione torującą sobie drogę posoką.

Chcąc lepiej stan kości udowej i panewki zbadać, wyjęto część miednicy przez przecięcie chrząstko-zrostu łonowego (symphysis) i przepiłowanie kości biodrowej w $\frac{1}{3}$ tylnej części. Okoliczne miękkie tkaniny ile potrzeba wymagała odjęto z częścią miednicy, a kość udową w $\frac{1}{3}$ górnej przepiłowano.

Po ściśłym zbadaniu okazało się:

1. Torebka stawowa od góry i przodu zniszczona.
2. Główka kości udowej uległa zniszczeniu, substancja jej zmacerowana, chrząstka ją pokrywająca miejscami uległa uszkodzeniu, a cała łatwo od kości odłupuje się.
3. Brzeg panewki w pobliżu kolca przedniego dolnego kości udowej wyżarty klinowato, wgłęb na $\frac{1}{2}$ cala, na szerokość paru linii.
4. Powierzchnie pruchniejących części kości (caries) miejscami brunatne, szare, nawet czarne.
5. Wiąz wieszadłowy kości udowej zupełnie zgorzelony miejsce przyczepu n- głowie zastępował dołek, zaś koniec pa-

niewkowy także zgorzelony tkwił jeszcze jako szczątki w miejscu przyczepu.

6. W górnej tylniej części panewki otwór ukośnie idący z tyłu naprzód, z góry ku dołowi, walcowaty, średnicy kilku linii, otwierał się do wnętrza miednicy na górnej części powierzchni zewnętrznej gałęzi zstępującej kości kulszowej; tu wpływająca z panewki ropa oddzieliła blaszkę powięzi właściwej jamy miedniczej, a nawet i okostną oblewaną ropą, na przestrzeni rozciągającej się z tyłu do dolnego brzegu dziury kulszowej większej, od dołu do dolnego brzegu wewnętrznego guza kulszowego i gałęzi zstępującej kości łonowej, od góry do grzebienia łonowego i zniszczywszy całą powierzchnię kostną tu spotkaną, wewnętrzną powierzchnię mięśnia zasłonowego wewnętrznego, częściowo jego przyczep do obwodu dziury zasłonowej i wewnętrzną powierzchnię więzła zasłonowego, utworzyła sobie drogę do ropnia niewchodząc do jamy otrzewnej, z obejściem kanału ukośnego w górnej części więzła zasłonowego; górną ścianę tego kanału stanowiła zgorzelona część dolna gałęzi poziomej kości łonowej, następnie ropa przebiła w górnej części mięsień zasłonowy zewnętrzny, i grzebieniowy, a przecisnąwszy się przez górną część brzegów mięśnia czworogłowego v. wyprostnego uda, i szewskiego, który po większej części był oddzielony w górnym przyczepie w skutek zgorzeli kości w tém miejscu, dostawała się do punktu zbiorczego ropy odpowiadającego guzowi na udzie, oblewając powierzchnię natężacza powięzi udowej.

Nad stawem udowym torebka stawowa, mięsień pośladowy średni i mały, uległy także cząstkowemu zniszczeniu.

Drobnowidzowe badanie kości okazało najwydatniejsze pruchnienie, albowiem przecięta główka kości udowej w podłużnym kierunku przedstawiła substancję kostną gąbczastą, siatkowato powydrażaną, przestwory zajęte płynem brudnym, szarawym, złożonym z ropy, tłuszczu i części płynnej. Zmienione części kości miednicy, przedstawiały rozszerzenie systemu kanalikowego i ciałek kostnych, częściowe ich zniszczenie i wypełnienie płynem w jamie ropiącej zawartym.

Tkanka kostna przyległa częściom zniszczonym jeszcze nieuległa widocznej zmianie.“

Chorobliwe przeistoczenie stawu w tym wypadku z tego mianowicie względu zasługuje na uwagę, że ropa wydzielająca się w samym stawie biodrowo-udowym, utorowała sobie drogę do *jamy brzusznej*, zniszczywszy tylną ścianę tego stawu. Okoliczność ta wyrozumieć daje, dla czego kończyna strony chorój w trzecim zakresie choroby, jak to być powinno, krótszą się nie okazała. Pochodziło to ztąd, że główka kości udowej nie była wypchniętą ze swego siedliska i nieposunęła się w górę na kości biodrowej, bo ropa zbierająca się w stawie nie wypierała jój mając łatwy wstęp do jamy brzusznej. Przy takim przeistoczeniu stawu biodrowego i napływie ropy do jamy brzusznej, życie naszego młodego chorego już było bardzo podkopaném; lecz kres ten byłby niezawodnie znacznie później nastąpił, gdybyśmy byli zaniechali wypuszczenia ropy, co nam się jednak wyraźnie wskazaném być wydawało.

Drugi przykład tego rodzaju przedstawiła nam kobieta około trzydziestu kilka lat licząca, chuda, nędzna i cierpieniem długotrwałém wycieńczona, z guzem znacznej objętości, zajmującym okolicę biodrowo-pachwinową i przednią górną część okolicy udowej, strony lewej. Wyraźne pluskanie przekonało nas, że guz ten zawiera płyn, a przebieg choroby, zwłaszcza ta okoliczność, że kobieta ta przed kilką miesiącami odbyła ciężki porod i połóg kazały nam wnosić, że mamy do czynienia z ropniem w zatoce biodrowej. Chora ta nastreczyła nam sposobność zwrócenia uwagi studentów na ważność ropni

zbierających się w tej okolicy, zwłaszcza na rozmaity ich początek, na związek z przyległymi tworami, na ich granice, a mianowicie na rozróżnienie ropni podotrzewnych od ropni podwęziowych. Wszystkie te okoliczności rozbierane były w klinicznej nauce. Pan H. S t ę p n i e w s k i, który zajmował się bliższym nadzorem tej chorób, złożył nam piękną historią tej choroby, z naukowém jej wyrozumowaniem i pojęciem. Po wypuszczeniu zebranój ropy, choroba wzięła szczęśliwy obrót i chora ta niedawno bardzo w opłakanym stanie będąca, całkiem uleczoną została.

(Dalszy ciąg nastąpi).

PRZYPADEK PASOŻYTÓW WODUNKOWYCH W WĄTROBIE

postrzegany na klinice Prof. Chałubińskiego,

opisany przez Kand. Ak. med. **Sommerera.**

(Dokończenie).

Dnia 13 Kwietnia, P. 76. R. 22. T. 36, 8.

Nocą sen przerywany bólami, stan ogólny nie zmieniony. Nałożono nową warstwę kaustyku na 3 godziny, wieczorem wypłynęła z tego miejsca przeszło uncya płynu krwistego, ścinającego się w przystępie łagodnego powietrza. Płyn ten składał się z kulek czerwonych, białych i cząsteczek zniszczonej tkanki skórnej. Zalecono opatrunek szarpią i opaską kolistą.

Dnia 14 Kwietnia P. 86. R. 24. T. 38.

Nocą snu bardzo mało, bole nie zbyt mocno dokuczające i chwilowe, apetyt mierny, język lekko obłożony, stolca nie było. Cały brzuch na ucisk bolesny, w dolnej części i w okolicy pępka występują chwilami bole różące. Oddech utrudniony, wrzód dnem sięga powierzchownej powięzi, dokoła otoczony jest czarnym krążkiem 4 linie grubym mierząc od obwodu do brzegu wrzodu samego. W objętości guza żadnej zmiany.

Wieczorem chory nie uskarża się na bóleści w podżebrzu pomimo obecności kaustyku, brzuch za naciśnięciem bolesny. Gorączka nie wzmagą się.

D. 15go nocą około godziny 11tej do bolu rznącego w całym brzuchu, przyłączył się ból piekący w głębi podżebrza prawego bardzo mocny. P. 88. R. 32. T. 38. Rana czarne ma wejrzeńie, dnem sięga mięśnia prostego, zagłębia się lejkowato tak, że dno ma powierzchnię małej wiśni; apetytu nie ma, język wilgotny, stolców 6 było. Moczu około 600 cent. sześciennych przez dobę, c. g. 1026, ciemno-żółty, z osadem, chlorków mniej od normalnej ilości, mała ilość barwików żółci, białka niema. *Zalecono* kataplazm, a z diety rosół, bułeczka. Wieczorem stan nie zmieniony, części nad guzem przesuwalne.

Dnia 16go P. 80. R. 28. T. 37.

Wczoraj w wieczór po przyłożeniu kataplazmu, uczuł chory w głębi w okolicy wątroby silny ból, który pozbawił chorego snu; apetyt wraca, stolec jeden, moczu mała ilość mocno saturowanego. Wrzód dokoła zaczerwieniony, brzegi obrzmiałe, wzniesione; część obwodowa szarawo-czarna, dno lejkowate sięga tylnej ściany pochwy mięśnia prostego, sączy małą ilość płynu surowiczego, przezroczystego bez barwy. *Zalecono* znów kaustyk, potem kataplazmy.

Dnia 17go stan mało zmieniony, gorączka słabnie.

Dnia 18go nocą sen bardzo spokojny i długi, bóleści ustały, apetyt mierny, stolców dwa, moczu przeszło 600 cent. na dobę, c. g. 1023, posiada już więcej chlorków. P. 78. T. 36, 5.

Dnia 19go wrzód dotyka otrzewnej, która usiłuje precisnąć się przez otwór w powięzi poprzecznej będący.

W stanie ogólnym żadnej zmiany. Brzuch tylko mocniej wzdęty i oddech trudniejszy. Ściana brzuszna w miejscu odpowiadającém guzowi przesuwalna, dla tego wstrzymaliśmy się z otwarciem zupełném, zalecając tylko katalplazm na brzuch w okolicy guza.

Dnia 20go noc bezsenna, ból w ramieniu przez kilka godzin trwający, puls znów częstszy, temperatura nieco podwyższona, apetyt mały, stolec jeden, mocz ciemno żółty 500 cent. c. g. 1021 mętny, ilość chlorków mniejsza, torbiel zamknięta. Zalecono: kaustyk na 3 godziny, potem katalplazm.

Dnia 21go P. 90. R. 28. T. 37, 1.

Noc cała bezsenna, osłabienie, ruchy utrudnione, w głębi guza żywy ból jakiego jeszcze nie doznawał, język wilgotny, apetytu żadnego, stolca nie było, brzuch mocno wzdęty, tępość wątroby jeszcze się obniża, odgłos tympanityczny w reszcie brzucha znacznie stłumiony. Oddech utrudniony, z tyłu klatki piersiowej odgłos pełny do górnych brzegów 9 żeber dochodzi. Śledziony nie można wypukać z powodu tępego odgłosu wzdętego brzucha. Mocz ciemno żółty, klarowniejszy, w składzie od wczoraj nie zmieniony. Zalecono: kaustyk i później katalplazm.

Dnia 22, stan chorego tak co do objawów ogólnych jak i miejscowych prawie ten sam.

Wrzód lejkowaty, powierzchnia oczyszczona zaczyna się pokrywać ziarniną (granulatio); zastosowano jeszcze ciasto wiedeńskie.

Dnia 23go P. 88. R. 28. T. 37.

Noc bez snu, apetyt mały, język wilgotny obłożony białą, stolca nie było, moczu około 600 cent. sześćciennych, skład jego niezmienny, osłabienie znaczne, bole

tak w podżebrzu prawym jak i w całym brzuchu bardzo dokuczające. Leżenie niedogodnym się staje z powodu duszności.

Dnia 24go P. 78. R. 24. T. 36, 5.

Bole zmniejszyły się, apetyt polepszył się, stolce cztery gęstawe, w moczu chlorki przybywają, osłabienie, wzdęcie brzucha wzrasta, stopień odgłosu na znacznej części powierzchni przedniej i bocznych żywota. Wrzód zwięża się, skóra na brzegach podminowana w skutek ropienia tkanki łącznej podskórnej. Powtórzono: kauptyk i kataplazm.

Dnia 25, wrzód bliski otwarcia, bole mocne w brzuchu, apetytu żadnego, język wilgotny. P. 78. T. 24, oddychanie utrudnione, powierzchowne, szmer pęcherzykowy zaostrozony, osłabienie znaczne, przytomność zupełna.

Dnia 26go puls częsty, mały, miękki, temperatura podwyższona, skóra wilgotna; w klatce piersiowej szmer zaostrozony i trzeszczenie w obydwóch płucach, oddychanie częste, kaszlu nie ma, język obłożony, apetytu żadnego, stolce 3 wolne. Bole silne wokolicy wątroby, mniej dokuczliwe w reszcie brzucha, nocą zupełny brak snu, którego i w dzień nie było, osłabienie i pragnienie wzrasta. W dniu wrzodu otworek wielkości główki małej szpilki, przez który sączy się płyn żółtawy gęstawy, na powietrzu galaretowato krzepnący, z białka chlorków i włóknika złożony. Moczu 500 cent. sześć: ciemny, mętny nasycony. Kończyny dolne aż do pachwin obrzmiałe, brzuch mocno wygórowany.

Chory koniecznie domaga się utworzenia guza, a że ściana pokrywająca guz zdaje się być mniej ruchoma i przyczepiona do tegoż i w dniu wrzodu występowała ściana torbieli, przystąpiono o godzinie 5 z południa do

zrobienia przekłucia za pomocą trójgrańca, przez rurkę którego wypłynęło 8 funtów i 9 łut. płynu z początku przezroczystego, bezbarwnego zupełnie wodnisteo, później żółtawego.

Płyn jaśniejszy c. g. 1009, z NO^5 wydaje gęsty obłok na dno probierczego kieliszka opadający, za ogrzaniem z $\text{C}^4\text{H}^4\text{O}^4$ (kwas octowy) opalizuje, chlorków ilość znaczna i ślady siarczanów bez części morfologicznych.

Później wypływająca ciecz żółtawa c. g. 1010 woni zwierzęcej, zawiera znaczną ilość białka, które za ogrzaniem z NO^5 osiada w postaci płatków, z $\text{C}^4\text{H}^4\text{O}^4$ za ogrzaniem nie daje osadu. Pod mikroskopem, prócz ciałek krwi, żadnych morfologicznych części nie spotykamy.

W miarę wypływania płynu przez rurkę trójgrańca dolny brzeg lewy wątroby cofnął się ku górze przeszło o 3 palce, brzeg dolny prawego zrazu pozostał w dawniej granicy; popuszczeniu płynu chory uczuł ulgę. Zalecono: dyetę posilną, łatwo strawną i wino węgierskie, ranę po przekłuciu opatriono szarpią, plasterkami lepkiemi i opaską kolistą.

Dnia 27go nocą nie wiele snu P. 120 mały, miękkie nikły, T. 36, 1, kończyny chłodne, w płucach cicha krepitacja, oddech częsty. Po północy przyłączyła się nieustanna czkawka, osłabienie dosięga wysokiego stopnia; ból w wątrobie bardzo silny; przez noc sączył się z rany płyn cuchnący, którego przy opatrunku jeszcze do 2 funt. odpłynęło zrazu barwy ciemno żółtawej, w końcu czerwonej. Przytomność najzupełniejsza. Brzuch mniej wzdęty, prawy zraz wątroby trzyma się poprzednich granic. W jamie brzusznej fluktuacja i tępość zmienia się wraz ze zmianą pozycji ciała.

Zalecono: *Rp.* Chinini sulphur. gr.XII *Rp.* Kali jodati unc. S.
 Camphor. tritae gr. 1 ½. Tinct jodi dr. III.
 Sacchari dr. S. solve in.

m. f. p. div. in Vj par. aeq. Aquae destill. unc. VI.
 S. trzy proszki dziennie. S. do wstrzykiwania w torbiel.

Z dyety rosół z żółtkami i wino węgierskie.

Po południu chory skarży się na ból dokuczliwy w podżebrzu prawym, osłabienie dosięga szczytu, puls ledwo domacalny, uderzenia serca bardzo szybkie i ledwie słyszalne, częste, temperatura ciała zniżona, oddech coraz rzadszy i płytszy, aż nareszcie o godzinie 5 z południa przy zupełnej przytomności umysłu zakończył życia.

Badanie pośmiertne okazało kończyny dolne obrzmiałe, rogówkę zmętniałą, czaszkę zbitą.

Opona twarda mózgu błada z odcieniem różowawym; na wysokości guzów czołowych i poniżej do wewnętrznej powierzchni czaszki mocno przyrosła tak, że oddzielić jej niepodobna. Granulacye Pachioniego wzdłuż szwu strzałkowego i więcej od środka bujnie z opony pajęczej wyzierają i wgłębiają się w odpowiednie wciśnięcia wewnętrznej powierzchni czaszki. Błony cienkie mózgu obrzmiałe, nacieknięte, naczynia nastrzyknięte. Zawoje mózgu nieco spłaszczone. Substancja szara cieńsza i bledsza; substancja mózgu biała, koloru żółtawego, na rozkroju lśniąca.

W prawém ciele prądkowaném ku przodowi i wewnątrz ognisko żółtawo-brudne i miękkie, podłużne, wielkości fasoli. Substancja okoliczna bardzo miękka. Mózg w ogóle miękki i prawie papkowaty. Mózdzek na rozkroju szklący, miękki.

W zatokach bocznych nieco rozdętych, mała ilość płynu surowiczego, sploty naczyń nastrzyknięte. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca nie opadają; lewe płuce wolne, na powierzchni szare z zielonkowatym odcieniem i czarnymi barwika plamami, puchowate, pod nożem na rozkroju trzeszczące, koloru ciemno wiśniowego, wysąca płyn wiśniowy pienisty;

tkanka łączna płuc nasiękła, w większych naczyniach krwionośnych skrzepy czarne krwi, miąższ łykowaty, ciągły. Płuco prawe na przedniej i bocznej powierzchni cienką warstwą zorganizowanych błon przyrosłe do klatki piersiowej, w tyle wolne.

Co się tyczy rozkroju, wysiłekającego płynu, stanu naczyń, barwy i konsystencji miąższu, zupełnie odpowiada lewemu płuc.

W worku sercowym mała ilość płynu surowiczego, komórka lewa o ścianie brudno czerwonej przepelniona u warstwowym i czarnym skrzepem, podobnie przedsionek; komórka i przedsionek prawy takież zajęty skrzepami. Zastawki serca i wielkich naczyń, oraz wewnętrzne ich powierzchnie, nie zmienione.

Brzuch wzdęty, za przecięciem przedniej ściany wypłynęło przeszło garniec płynu mleczysto żółtawego z płatkami, który oblewał wszystkie trzewia brzucha, nagromadzając się nawet w jamie zażołądkowej. Ściana jamy brzucha, oraz powierzchnie w niej mieszczących się narządów obleczone skrzepniętym wysiękiem.

Sieć wielka szczególnie w dolnej części, przyrosła do wewnętrznej powierzchni przedniej ściany jamy brzusznej.

Pod brzegiem dolnym klatki piersiowej prawym wystaje wątroba z wydatnym miąższem ku dołowi i ku stronie prawej, zraz lewy tylko w dole wązki pasek mięszu przedstawia, zaś resztę zastępuje błona będąca ścianą jamy.

Górna powierzchnia wątroby nierówna, w tylnej i prawej części mocno wyniosłej, za pomocą błon zorganizowanych mocno z przeponą zrosła; pęcherzyk żółciowy wystaje przed brzeg przedni wątroby, który ku dołowi się obniżył. Powłoka okrywająca miąższ zgrubiała.

Wiąż wieszadłowy blisko jeden cent: gruby. Brzeg przedni zrazu prawego zaokrąglony, lewego ścięczały i ostry. Dolna powierzchnia nierówna. Oprócz części odpowiadającej wyniosłości tylnej części zrazu prawego białawej i chełboczącej, resztę powierzchni stanowi dość gruba warstwa miąższu wątroby.

Pęcherzyk żółciowy blisko 4 krotnie powiększony i wypełniony żółcią gęstą, przezroczystą, żółtą; błona szluzowa jej obrzmała.

Wspomnieliśmy, że w tylnej części zrazu prawego ku przodowi i dołowi zepchniętego, mieści się guzowatość chełboząca, która zajmuje całą grubość mięszu. Otóż pochodzi ona od mieszczącej się w zrazie prawym torbieli wielkości główki dziecięcej, zawierającej wodunki w płynie tego samego składu, jak płyn z torbieli za życia wypuszczony. Budowę pasożytu poniżej opiszemy; tu tylko nadmienię, że jama torbieli wysłana jest jakby galaretowatym pęcherzem, którego wnętrze nierówne i ziarniste, ku tyłowi posiada ognisko gniazdowate, okrągłe, wielkości monety srebrnej 10 złotych, wybujałe na podobieństwo wyrosli kalafiorowatych od środka wyższych, ku obwodowi zaś niższych.

W zrazie lewym wątroby, bardziej od prawego zanikłym, ku tyłowi i dołowi wywinętym, spotykamy jamę prózną, lecz większą od wodunki mieszczącej się w tylnej części zrazu prawego; na zewnętrznej powierzchni przedstawia ona okrągłe miejsce jako ślad wątego zapalenia, które sztucznie starano się wywołać. Poniżej i na lewo tego miejsca jest otwór od przebiccia trójgrańcem; wewnątrz tej jamy wysłane błoną galaretowatą, wiotką i łatwo odłuszczającą się od ściany twardej jamy; jest ona również jak poprzednia czysta, posiada powierzchnię wewnętrzną ziarnistą, ku dołowi zaś ognisko gwiazdowate kalafiorowate, z którego środka wznosi się inna wodunka w postaci pęcherza, wielkości jaja kurzego, wypełniona cieczą przezroczystą żółtawą, a przymocowana zmętniałą i zgrubiałą znacznie częścią swęj ściany. W wnętrzu tej wodunki mniejszej, znów są następcze gniazda młodych bardzo indywiduów.

Cięzar wątroby po wypuszczeniu płynu z obydwóch torbieli wynosi 5 fun. łut. 12, płyny wynoszą, fun. 17, łut. 19, razem wątroba przed otwarciem torbieli ważyła prawie funt. 23. Mięsz wątroby kruchy barwy czerwonej, prawie jednostajny, ziarnisty, żyły międzyzrazikowe krwią przepełnione, zraziki nieco bledsze.

Śledziona znakomicie powiększona, waży funt. $6\frac{1}{2}$; ku tyłowi na szerokiej jej podstawie wystaje nad powierzchnią biaława przeświecająca torbiel wielkości małej główki, po większej części w mięszu śledziony utkwiona. Torbiel ta rozpychając mięsz rozdzieliła go na część górną grubszą, większą i dolną mniejszą; te dwie części bardzo wązkim paskiem komunikują z sobą.

Powierzchnia śledziony nierówna, miejscami pokryta grubemi błonami, które należą do ściany torbieli. Mięsz śledziony zbity, kruchy, na rozkroju koloru ciemno-wiśniowego jednostajnego. Wnętrze torbiela wysłane podobną błoną, jak torbiele wątroby; powierzchnia wewnętrzna nierówna z gniazdowatemi ogniskami, a zawartość stanowi płyn przezroczysty z osadem białawym, ziarnistym. Po wypuszczeniu płynu śledziona ważyła funt. $1\frac{1}{2}$.

Nérki powiększone, piramidki czerwone, prążkowane szczególnie ku podstawie głęboko zapuszczają się w cieką korową substancję. Powłoka trudno się łuszczy, powierzchnia nieco rowkowana, gładka z wyraźną arboryzacją naczyń; substancja korowa zaczerwieniona z czerwieniami jeszcze punktami.

Żołądek nieco powiększony, ale próżny, błona szluzowa obrzmała, wyraźnie groszkowana, koloru łupkowego, cieką warstwą szluzu pokryta i sfałdowana w miejscu odpowiadającym krzywiznie wielkiej. Kiszki cienkie rozdęte, ściany zgrubiałe, nacieknięte, błona szluzowa obrzmała, blada, obficie oddzielającym się nabłonkiem pokryta. Fałdy mniej obrzmałe (Kerkringi). W wnętrzu mała ilość żółtawego kału. Kiszki grube wzdęte, błona szluzowa sinawa. Pęcherz ściągnięty i próżny.

Badanie drobnowidzowe. W prawém ciełe prążkowanym mózgu, znaleziono ognisko żółtawe składające się z barwika, tkanki łącznej i bezkształtnych elementów. Komórki wątroby większą lub mniejszą ilością kulek tłuszczowych wypełnione.

Ściany pęcherzy wodunkowych utkwionych w mięszu wątroby i śledziony, otoczone na parę linii grubą powłoką, utworzoną z tkanki łącznej, zbitej. Błony wyściełające torbiele, a należące do wnętrzaka, przedstawiają się pod drobnowidzem

bezipostaciowe, hyalinowe, z kilkudziesięciu równoległych cienutkich warstw złożone. Warstwy ku wnętrzu położone zasiane są ziarnistościami wapiennymi, które rozpuszczają się za dodaniem kwasu octowego.

W miejscach gniazdowatych, kalafiorowatych, mieściły się całe osady młodych indywiduów, które miałem sposobność obserwować pod drobnowidzem.

Przedstawiały się one często w postaci pęcherzyka cebulkowatego, w jednym miejscu na obwodzie wgiętego, z przeciwnej strony opatrzonego małą króciutką szypułeczką.

Od wgięcia na obwodzie zapuszczał się lejek nikiący wierzchołkiem w wieńcu haczyków, będącym w środku pęcherzyka. Pomiędzy wieńcem a zewnętrzną ścianą widoczne są komórki o ostrych zarysach, ale bez jąderek.

Inne indywidua przedstawiały się w postaci wydłużonej, poniżej owych haczyków widzimy zgrubienie ciała pasożytu na którym ciemnieją się dwie boczne, a jedna środkowa wyniosłość; owe zaś komóreczki, które w poprzednim pasożycie regularnie pomiędzy wieńcami a ścianą rozłożyły się, są rozrzucone bez porządku w całym wnętrzu wodunki.

Uwagi. Według diagnozy za życia wymotywowanej i z wszelkich w tym razie możliwości na wodunki najprawdopodobniejszej, nie można było sądzić, że wiećej jak jedna znajduje się torbiel. Lecz jakieżby mogły posłużyć racjonalne sposoby do ściślejszego oznaczenia naszego rozpoznania choroby?

Po wypuszczeniu płynu z lewej torbieli wątroby, gdy cofnął się tylko brzeg zrazu lewego, pozostawiając prawy w swój dawniej granicy, wpadliśmy na myśl, że albo ona jest zrosnięta z wewnętrzną powierzchnią ściany przedniej, lub też drugi pęcherz znajdować się musi w tylnej części zrazu prawego, który właśnie utrzymuje tak niskie opuszczenie się zrazu prawego wątroby.

Brak wszelkich objawów ze strony śledziony, czynił niepodobnym oznaczenie pasożyta mieszczącego się w tylnej części tego narządu. Gdyby rozpoznanie za życia ściśle wykonane być mogło, niezawodnie pomoc chirurgiczna dalekaby od nas została, kojąc jedynie objawy dokuczliwe wzmagającej się choroby, nieochybną śmierć powodującej.

Ponieważ zaś sądziliśmy, że guz jest pojedynczy a u pa-dek odnowy ciała wzmagał się i objawy coraz więcej dokuczały choremu, który koniecznie domagał się operacji pomimo przedstawionych sobie obosiecznych jej następstw, mieliśmy prawo przystąpić do działania.

Z objawów w przebiegu choroby przed przystąpieniem do otworzenia torbieli wątroby, oraz z znaków autopsyi wnosimy, że:

1. Choroba niezawodnie w krótkim czasie położyłaby kres życiu, jednak przyznajemy, że zapalenie miejscowe otrzewnej wywołane środkiem gryzącym rozszerzyło się na całą jamę i zapewne stanowiło ważny punkt przyczynowy do przyspieszonego zejścia.

2. Godnym jest uwagi, że pomimo znaków pośmiertnych długotrwałego kataru żołądka i kiszek, apetyt prawie do końca życia był dostateczny, co może da się wytłumaczyć przyzwyczajeniem do spożywania pokarmów w znacznej ilości.

3. Ponieważ większe przewody żółciowe przez pasożyty nie były uciśnięte, w całym przebiegu od początku powstania choroby nie spotykamy się z żółtaczką.

4. Płyn gęstawy przezroczysty, żółtawy, który na dzień przed wykonaniem punkcyi wyciekał z dna wrzodu przez małeńki otworek, uważam za nieskrzepnięty jeszcze wysięk z błony otrzewnej.

5. Mały odczyn zapalny w miejscu zastosowania kaustyku, w skutek obecności małej ilości naczyń w zbitej powłoce torbieli, oraz poruszenia chorego, powodowały zapewne oderwanie się przyczepionej już ściany torbieli od wewnętrznej powierzchni przedniej ściany brzucha, i to tłumaczy, dla czego otwór w ścianie brzucha przez kaustyk zrządzony nie był przy sekcyi na jednej linii z otworem zrobionym w ścianie torbieli trójgrańcem.

6. Co się tyczy ogniska miękkiego żółtawego, wielkości ziarna fasoli, znaleźionego w przedniej części ciała prążkowanego prawego mózgu, uważam takowe za pozostałość po wystąpionym niegdyś wylewie krwi, a nie zupełnie jeszcze uległym wessaniu na drodze stłuszczenia. Stan mózgu po śmierci wykazuje zmięknienie i nawodnienie. Serce bowiem w ostatnich życia chwilach, kurcząc się coraz szybciej i mniej dokładnie powodowało leniwe krążenie krwi, usposabiając ściany mniej odżywione i węższe do przepuszczania surowicy w miąższ jego i błony cienkie; pomimo to za życia nie spotykamy się do ostatniej minuty ze zboczeniem w sferze umysłowej. Trudno przyjąć, aby stan ten był pośmiertny; w którymto razie zbitość miąższu nie byłaby tak wątpliwa.

7. Mikroskopowe badania ściśle zgadzają się z przypuszczeniem rodzaju choroby, potwierdzając obecność wodunek z młodszymi pokoleniami.

8. Bezpośrednią śmierci przyczyną było nawodnienie płuc, o czém świadczą za życia znaki fizyczne, a po śmierci znaki w płucach spostrzeżone przy rozczłonkowaniu ciała.

O SZLACHTUZACH PUBLICZNYCH.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego

przez Dr. Stanisława Janikowskiego.

Zwidziwszy niedawno jeden ze szlachtuzów Warszawskich, to jest szlachtuz na Solcu, zamierzyłem sobie zwrócić na chwilę uwagę kolegów, na niektóre niedostatki tego zakładu pod względem higienicznym. Do uwydatnienia ujemnych stron Warszawskiej rzeźni należałoby może szczegółowo opisać jeden z zagranicznych szlachtuzów; ponieważ jednak przed dwoma laty to uczyniłem, przesyłając do *Tygodnika Lekarskiego* (r. 1860, Nr. 4) z Paryża opisanie tamtejszych wzorowych pod wszelkim względem szlachtuzów, tą razą przeto, wychodząc z ogólnych zasad, zastanowię się tylko po krótko: jakie jest przeznaczenie publicznego szlachtuza, i o ile wymaganiom zdrowia publicznego odpowiada szlachtuz na Solcu?

Zbyteczną zdaje mi się byłoby rzeczą, szeroko rozwódzić się nad ważnością *pożywienia mięsnego*: w obecnym stanowisku fizjologii niezaprzeczoną już jest nie-

zbędność dla człowieka mięsnych pokarmów. Nie ujmując bynajmniej siłom i zdolnościom organizacyi ludzkiej wrodzonym, w ścisłym jednak znaczeniu przyznać trzeba z M o l e s c h o t t e m: że *materya rządzi człowiekiem*, któreto zdanie co do przedmiotu bliżej nas w tej chwili zajmującego tak się da wyrazić: że pokarmy zwierzęce podnoszą wytrzymałość człowieka na wpływy zewnętrzne, i podwyższają czynność układu nerwowego i mięśniowego. Bardzo trafnie powiada M o l e s c h o t t, że „przez różnicę w składzie krwi dają się pojąć opisy podróżnych o sile muskularnej polujących pokoleń indyjskich, gdy przeciwnie mieszkańcy wielu wysp Oceanu spokojnego, którzy się żywią owocami i ziołami, słabe tylko mogą sprawić skutki wążami swemi mięśniami.“ (Kreislaufer d. Lebens XVI^{er} Brief).

Professor Maurycy W a g n e r w podróży swój nokoło świata, zebrał nader ważne spostrzeżenia, dobitnie dowodzące, jaki wpływ wywiera rodzaj pokarmu na wytrzymałość i siły człowieka, jak niezbędne dla niego są pokarmy azotowe. (*) I tak, w kopalniach złota w Kalifornii, w plantacyach trzciny cukrowej w Antyllach, przy budowie kolei żelaznej na międzymorzu Panama i t. d. miano najlepszą sposobność porównać natężenie pracy ryż jedzących Chińczyków i indyjskich Kulisów z robotnikami europejskimi, amerykańskimi i murzynami, którzy się żywili solonem mięsem, groszkowatymi ziarnami i sucharami. A wszędzie tu przybyli Chińczycy i indyjscy Kulisowie okazali się niesposobnymi do

(*) Patrz „Korrespondent rolniczy, handlu i przemysłu“ wychodzący przy Gazecie Warszawskiej, Nr. 43, 1862 r. „O pokarmie pracujących ludzi“ przez Z. G.

wykonania równej ilości ciężkiej i ciągłej pracy; a gdzie ich zmuszano koniecznie do odbycia takiej pracy, jak np. na międzymorzu Panama, tam oni setkami całymi umierali. W południowej Karolinie, w plantacjach trzciny cukrowej, plantatorowie surowo zabraniają swym Murzynom jeść ryż, a zamiast tego dają im na pokarm mięso solone i bób, gdyż tak żywieni, są bez porównania wytrzymalsi do natężonej pracy. Przy podobnym pokarmie, w plantacjach trzciny cukrowej w Luizyanie przez dwa miesiące w roku jest tak pilna robota, że murzyni muszą wtedy pracować po 18 godzin na dobę, czegoby nigdy nie wytrzymali przy ryżu i jarzynach. Na wyspie Kuba, najsurowszy plantator nie może więcej wymusić na swych robotnikach nad 12 godzin pracy na dobę, a to dla tego, że murzyni tamtejsi karmieni są źle, gdyż po większej części tylko bananami i ryżem, zamiast mięsem i grochem.

Nie bez słuszności też M o l e s c h o t t głodom irlandzkim, pokarmowi wyłącznie z ziemniaków złożonemu, przypisuje w znacznej części upadek duchowy tego nieszczęśliwego kraju. (Lehre d. Nahrungsmittel. Erlang. 1850, pg. 124).

Zgodziwszy się raz na zasadę o niezbędności pokarmów zwierzęcych i o ich wpływie na stan cielesny, a pośrednio i na stan moralny ludności, nie możemy nie przyznać wartości obliczeniom statystycznym, wykazującym, ile w pewnym kraju przecięciowo na rok przypada mięsa na jednego mieszkańca; i tak, nie jest nam obojętną wiadomością, że ta ilość roczna przecięciowa spożytego mięsa wynosi w Anglii 67,8 funtów (mięsa wołowe-

go, krowiego, cielęcego, baraniego i wieprzowego) (*), w Badeńskim 60,2, w Danii 55,8, we Francyi 49,3, w Holandyi 45,0, w Prusach 41,7, w Hiszpanii 31,8, w Królestwie Polskiem, według obliczeń pana Adolfa Kurtza (**) 27 z własnej produkcyi, a 38 łącznie z mięsem z bydła stepowego pochodzącem.

Liczby te, jakkolwiek tylko przybliżone i nie mogące przeto rościć sobie prawa do bezwarunkowej ścisłości, — jakkolwiek wymagają pewnych poprawek odnoszących się do klimatu, do ilości spożywanego mięsa rybiego, drobiu i t. p., — są jednak zajmujące i pozwalają czynić pewne wnioski co do względnego stopnia

(*) Liczby dotyczące obcych krajów, wzięłem z dzieła p. Armanda H u s s o n (Les consommations de Paris. Paris 1856 pag. 470), który je przytacza z p. Maurycego B l o c k (Des charges de l'agriculture). P. Adolf K u r t z (w m. niżej wsk.) podaje, nierównie wyższe cyfry (np. dla Anglii 150 funtów!), nie wiadomo mi jednak, z kąd autor czerpał te liczby, zbytniem zaokrągleniem swoim mniej nieco zaufania wzbudzające.

(**) W rocznikach gospodarstwa krajowego, za rok 1859, T. XXXV. Skłaniam się do zdania, że liczby podane przez p. K u r t z a co do konsumpcyi mięsa w Królestwie Polskiem są także przesadzone. Na dowód przytaczam tu szczegółowo własne moje obliczenie, w którym za podstawę wzięłem liczbę bydła, trzody chlewniej i owiec pospolitych, podaną za rok 1858, w Kalendarzu obserw. Astronom. Warszaw. z roku 1860, str. 187; — trzymałem się nadto przypuszczenia przyjętego w podobnych obliczeniach w Prusach, że z liczby istniejących buhajów rocznie idzie na rzeź $\frac{1}{6}$, z wołów $\frac{1}{7}$, z krów $\frac{1}{8}$, z owiec $\frac{1}{6}$, z cieląt $\frac{3}{4}$, z trzody chlewniej $\frac{3}{4}$, i że średni ciężar mięsa buhaja lub wołu wynosi 500 funtów, krowy 300, cielęcica 40, owcy 30, świni 120. (Porównaj

uprawy materialnej i moralnej kraju, jego stosunków politycznych i t. p. Co się tyczy w szczególności Królestwa Polskiego, to nader niska stosunkowo u nas konsumpcya mięsa jest tém hardziej uderzająca, że prócz królestwa Węgierskiego i sąsiednich krajów, rzadko który kraj Europy tak korzystne ma pod tym względem warunki, jak Polska, na której rozporządzenie stoją stepy ukraińskie.

Przytoczone cyfry względne konsumpcyi mięsa w krajach europejskich porównane między sobą, tudzież z różnemi innemi stosunkami tych krajów, składają się również na poparcie wyrzeczonej poprzednio przez nas prawdy — „że materya rządzi człowiekiem.“ Ta cyfra np. 67,8 funtów mięsa, przypadających średnio rocznie na każdego Anglika, a 49,3 na każdego Francuza, tłuma-

Pappenheim. Sanit. Poliz. T. I, str. 565. Berlin 1858 r.). Tych zasad trzymając się, doszedłem do następujących liczb:

buhaje:	$\frac{16,104}{6} \times 500 =$	1,342,000 funtów
woły:	$\frac{77,618}{7} \times 500 =$	5,544,000 —
krowy:	$\frac{1,068,916}{8} \times 300 =$	40,084,200 —
cielęta	$283,472 \times \frac{3}{4} \times 40 =$	8,504,160 —
trzoda chlewna:	$882,760 \times \frac{3}{4} \times 120 =$	39,848,400 —
owce pospolite:	$\frac{1,186,674}{6} \times 30 =$	5,933,370 —
		Razem 101,256,130 funtów

Tę summę 101,256,130 funtów podzieliwszy przez ludność Królestwa z r. 1858, to jest: przez 4,790,379, otrzymamy na 1 mieszkańca rocznie 21,1 funtów mięsa. Liczba ta, jakkol-

czy nam, dla czego robotnik angielski przez dzień nierównie więcej jest w stanie zrobić, niż francuzki, jak się o tém przekonano np. przy budowie kolei żelaznych w północnej Francyi, gdzie robotnicy francuzcy, żyjący głównie jarzynami, sałatą i nie wielką ilością chleba, nie mogli w pracy sprostać Anglikom; gdy jednak na próbę zaczęto ich żywić jak Anglików mięsem, grochem i t. p. pokazało się w kilku tygodniach, iż robotnicy francuzcy jeszcze zdolniejsi byli do pracy od angielskich. (*).

To samo i do naszego kraju da się zastosować. Robotnik nasz, który szczególnie na wsi, przez rok cały może kilkanaście razy je mięso, a głównie tylko ziemniakami żyje, niechby był tak dobrze żywiony jak angielski, a pewnoby ani Francuzowi ani Anglikowi pierwszeństwa w robocie nie ustąpił. Owszem śmiało można powiedzieć, że lenistwo i pijaństwo, jak niemniej nieudolność do pracy natężonej, jakie się widzieć dają często między naszymi robotnikami, pochodzą zapewne głównie ze z tego sposobu ich żywienia się. W Poznańskim wyrobnik nasz jest najsposobniejszy do roboty i pracowity, ale on też używa daleko lepszego pokarmu, niż w którejkolwiek innej części kraju naszego.

wiek znacznie mniejsza od podanej przez p. Kurtza (27 funtów) zdaje mi się jednak jeszcze być raczej przesadzoną, niż zbyt niską, gdyż przypuszczalny ciężar mięsa pojedynczej sztuki jest wcale nie mały, a nadto pod względem przypuszczalnego ułamku zwierząt na rzeź idących, ten w szczególności zdaje mi się być przesadzony co do krów, których prawdopodobnie mniej niż $\frac{1}{8}$ idzie u nas na konsumpcją.

(*) Patrz „Korrespondent rolniczy,” w m. wyżej wskazany:

Mógłby jednakże mię kto zapytać, z jakiej przyczyny, mając mówić o szlachtuzach, przytoczyłem tutaj powyższe liczby? Niezawodnie, że Szlachtuzy publiczne nie mają bezpośredniego wpływu na ilość mięsa spożywanego w pewnym mieście, mają nań jednak wpływ pośredni przez to, że ułatwiają kontrolę nad *jakością* mięsa mającego iść na sprzedaż, przyczem naturalnie zawsze mniejsza lub większa ilość mięsa musi być od konsumpcyi usunięta.

Przystępując teraz do samego przedmiotu, zacznę od definicyi.

Szlachtuz publiczny jest gmach, zwykle kosztem miejskim zbudowany, w którym, zamiast po całym mieście, ma się odbywać rzeź zwierząt na konsumpcyą przeznaczonych, tudzież niektóre działania mające na celu pierwsze oczyszczenie części zwierzęcych mających być później spożytemi, i t. p.

Publiczne szlachtuzy, jak tyle innych zakładów ku powszechnemu pożytkowi przeznaczonych, obok wielu pożytków i dogodności przedstawiają też i ujemne strony, tak, że w niektórych miejscach odstąpiono całkiem od myśli zakładania publicznej rzeźni, jak np. w Berlinie. Dodać jednak muszę, iż w tém mieście przeważającą przyczyną takiego postanowienia był wzgląd na wielkie koszta, które przestraszyły nader oszczędną radę miejską.

W każdym szlachtuzie publicznym zasługują na uwagę następujące względy:

- I. Rewizya bydła na rzeź przeznaczonych.
- II. Usuwanie wpływów zdrowiu publicznemu, szkodliwych, wynikających z samej rzezi bydła.
- III. Względy przemysłowe.
- IV. Bezpieczeństwo publiczne, i wręście

V. Względy moralności i ludzkości.

Nad każdym z tych punktów zastanowimy się po szczególe.

I.

Rewizya bydła na rzeź przeznaczonych jest jedném z głównych zadań publicznego szlachtuza; w szczególności idzie tu przede wszystkim o wykluczenie z targu mięsa i wnętrzności zwierząt *chorych*, za pośrednictwem którychto mięs i wnętrzności pewne choroby zaraźliwe mogłyby się przenieść na człowieka.

Obowiązujące u nas przepisy policyjno-weterynaryjne (z roku 1844) zabraniają bezwarunkowo szlachtowania na konsumcyą zwierząt mających następujące choroby:

1. Zaraza bydłęca.
2. Biegunka epizootyczna.
3. Gruda u bydła rogatego.
4. Ospa owcza.
5. Choroby karbunkułowe.
6. Zaraza pyskowa.
7. Zaraza kopytowa.
8. Parchy, i
9. Wścieklizna.

W kilkunastu innych chorobach rzeź na konsumcyą wzbrania się tylko wtedy, gdy choroba dosięgła wyższego stopnia lub połączona jest ze szczególnymi komplikacyami. (Ustawa policyi weterynaryjnej. Warszawa 1844, §§ 458 i 459).

Przepisy te nie jednemu z nowoczesnych weterynarzy zdawałyby się może zbyt ostremi. Pod tym względem najdalej poszedł uczonej Dyrektor Szkoły We-

tery naryjnej w Alfort pod Paryżem, p. R e n a u l t, który twierdzi, że żadna choroba zwierzęca, *nawet zaraźliwa* nie czyni mięsa jego szkodliwem, tém mniej zaś niebezpiecznym dla człowieka. Twierdzenia tego rodzaju, o ile mi wiadomo, opierają się głównie na tój zasadzie, że w pewnych przypadkach zarażenie nie nastąpiło pomimo spożywania mięsa zwierząt chorych na chorobę zaraźliwą, zwłaszcza mięsa należycie ugotowanego lub t. p. przyrządzonego, nie zbijają jednak bynajmniej możliwości takiego zarażenia. Otóż co do wścieklizny, chorób karbunkułowych i nosacizny, pomimo pojedynczych wyjątków należycie jest dowiedzioną rzeczą, że mięso zwierząt chorobami temi dotkniętych już bardzo często przenosiło zarazę na człowieka; nosaciznę możemy jednak tutaj pominąć, albowiem mięso końskie nie używa się u nas na pokarm.

Większość nowoczesnych weterynarzy zapewnia, że mięso ze zwierząt dotkniętych zarazą bydłą (księgosuszem) nie jest bynajmniej szkodliwem dla człowieka; jednakże tak względem tój choroby, jak względem wszystkich dziewięciu powyżej przytoczonych, surowość przepisu weterynaryjno-policyjnego jest najzupełniej usprawiedliwiona obawą rozszerzania zarazy już to przy niektórych z tych chorób bezpośrednio na ludzi, trudniących się rzezią i przerabiających produkta zwierzęcia, już to za ich i tych produktów pośrednictwem, na inne zwierzęta. Nad ważnym tym względem szczegółowo się nie rozwodzę, jako nie wchodzącym bezpośrednio w zakres przedmiotu, o którym zamierzyłem mówić.

Co do dwóch chorób pasożytowych, które przed niedawnym czasem były przedmiotem pięknych poszukiwań naukowych, mianowicie *wągrów* (*cysticercus cellulosae*)

dających w organizmie ludzkim początek soliterowi, i *włośnicy* (*trichina spiralis*), to ustawa policyjno-weterynaryjna nie wspomina wprawdzie o wągach, mówiąc o chorobach, przy których rzeź jest wzbroniona, jednakże w inném miejscu § 335 opiewa, że „że sprzedaż mięsa ze świń dotkniętych tą chorobą (to jest wągami) powinna być wzbroniona, „opuszczenie zaś włośnicy jest łatwe do wytłumaczenia, pasożyt ten bowiem w najnowszych dopiero czasach był przedmiotem badań naukowych.

Z tego, co dotychczas powiedziałem, wynika, że rewizya bytła przed rzezią jest rzeczą niezbędną, szczególniej dla zapobieżenia chorobom zaraźliwym mogącym się przenosić za pośrednictwem mięsa i innych części zwierzęcych. Teraz pojde krok dalej twierdząc, że skuteczna tego rodzaju rewizya tylko w szlachtuzie publicznym może mieć miejsce, a to zarówno z powodu wielkiej trudności rewidowania zwierząt rozproszonych po pojedynczych oborach i rzeźniach w całym mieście, jakoteż z tego względu, że rewizya takowa musi się odbywać *bezpośrednio* przed rzezią, w przeciwnym razie bowiem może się zdarzyć, że zwierzę, zdrowe przy rewizyi, później zostanie zarażone, lub że lekka choroba przybierze groźniejszy i dla człowieka szkodliwy charakter.

Ażeby rewizya bytła skutecznie się odbywała w szlachtuzie, niezbędna jest w nim codziennie obecność weterynarza nie tylko przed rzezią, ale i podczas tejże, nie jedna bowiem z chorób zaraźliwych dopiero za otwarciem jam ciała daje się z pewnością rozpoznać (to też dod tym względem nie pozostawia żadnej wątpliwości § 453 ustawy polic. weter., który brzmi: „Wszystkie przeznaczone na konsumcyą zwierzęta domowe, tak za

życia *jak i po zaszlachtowaniu, bez względu na panowanie chorób*, podlegają rewizji i t. d.“) nadto z tejże przyczyny konieczne są przy szlachtuzie obory w należytej ilości, ażeby sztuki wątpliwe poddawać spostrzeganiu. (*)

O ile tym warunkom odpowiada warszawski szlachtuz na Solcu, do którego tu w szczególności wracam, łatwo jest pojąć, zważywszy, że miejscem dla pomieszczenia bydła i innych zwierząt przed rzezią, jest dziedziniec szlachtuza. Przynót pożądaną byłoby rzeczą, ażeby weterynarze wyznaczeni do rewidowania bydła po szlachtuzach warszawskich, otrzymywali za tę czynność oddzielne wynagrodzenie, albowiem w takim tylko razie możliweby było z ich strony dokładne tej czynności spełnianie, nie mało co dzień czasu wymagające.

Ale nie tylko stany patologiczne, mogące się znaleźć w zwierzętach na konsumpcyą przeznaczonych, wymagają zbadania ze strony weterynarza. Są i pewne stany fizjologiczne, co do których rada jego może być potrzebną. I tak, może się zdarzyć potrzeba uchronienia od rzezi krowy cielnój, kto wie, może nawet czasami wykonanie *cięcia cesarskiego* na krowie i t. p.; z drugiej strony wia-

(*) W Londynie rewizyą tę odbywają tak zwani *inspektoriowie targów*, którzy w ciągu tygodnia zwidzają wszystkie targi i szlachtuzy i mięso niezdatne do spożycia konfiskują. Tak np. w ciągu ostatniego kwartału r. 1861 skonfiskowano w samej *City* londyńskiej w szlachtuzach i targach 17,034 funtów mięsa i 3,211 sztuk zwierzyny i drobiu. Mięso skonfiskowane polewają natychmiast kreozotem, ażeby już nie mogło być na pokarm użyte i odsyłają do fabryk nawozów. (*Times*, jan. 18, 1862).

domo jest, że zbytne zmęczenie zwierząt na rzeź pędzonych może nadać ich mięsu pewne szkodliwe własności i t. d. I z tych także względów okazuje się wielka potrzeba obór przy szlachtuzach.

Dla ciągłego uprzytomnienia obowiązujących przepisów tak rzeźnikom, jak weterynarzowi, dobrzeby było, gdyby na ścianach rzeźni w różnych miejscach poprzytwierdzone były za szkłem paragrafy ustawy polic. weter. odnoszące się do rzezi.

Wreście na jeden jeszcze punkt chciałem tu zwrócić uwagę. Jakkolwiek pożądaną jest rzeczą, aby ile możności, jak największa ilość organów zwierzęcia spożytkowaną była na konsumcyą, jednakże zdaje mi się, że pod tym względem mogłyby mieć miejsce niektóre ograniczenia. I tak *Vernois* w swój szacownej hygienie przemysłowej (*) powiada, że w Paryżu do przyrządzenia ostatnich kiełbasek używają się gotowane części rodzajne bydła obu płci, i sam słusznie bardzo powstaje przeciwko użyciu w tym celu macic krowich połogowo przeistoczonych. Nie mogłem się dotychczas wywiedzieć, czyli coś podobnego dzieje się w naszym mieście, zawsze jednak i ten przedmiot możeby zasługiwał na uwagę weterynarzy mających dozór nad rzeźniami.

II.

Drugim ważnym zadaniem publicznego szlachtuza jest usuwanie ze środka miasta smrodliwych wyziewów nieodłącznych od rzezi. Główną przyczyną tych smrodli-

(*) *Traité d'hygiène industrielle et administrative, par le Dr. Maxime Vernois. Paris 1860. Tom I, pg. 96.*

wych wyziewów są różne odpadki zwierzęce gnijące, szczególnie zaś kał zawarty w kiszkiach. Cokolwiek bądź francuzcy autorzy, jak: Parent-Duchâtlelet, Chevaller, Guérard, d'Arcet, Thénard, Baruel i inni pisali o nieszkodliwości tych wyziewów, niemniej jest rzeczą niezaprzeczoną, że są one nader przykre, i nie brak z drugiej strony spostrzeżeń, które dowodzą ich szkodliwości. (Halfort, Riecke i t. d.)

Po usunięciu szlachtuzów ze środka miasta, słusne jest żądanie higieny publicznej, aby takowe i w tém odleglejszem miejscu jak najmniej szkody przynosiły pod względem zdrowia tak miastu, jak sąsiednim mieszkańcom, jakoteż wręście robotnikom zajęтым w tych zakładach. Zresztą w ogóle wolno jest przypuścić, iż usuwanie tych szkodliwości daleko jest łatwiejsze w szlachtuzie publicznym rozporządzającym większemi środkami materyalnemi, od pojedynczych rzeźni rozproszonych po mieście i lepiej téż w nim da się kontrolować.

Zobaczmy teraz, o ile tym wymaganiom higieny publicznej odpowiada szlachtuz na Solcu.

Dla Warszawy może on być o tyle szkodliwy, że nieczystości pochodzące z tego zakładu, wlewając się do Wisły *powyżej* miasta, zanieczyszczają wodę rzeki właśnie na przestrzeni, z której wodociągi tę wodę miastu dostarczają.

Pod względem zdrowia sąsiednich mieszkańców i miejscowych robotników na szczególną uwagę zasługują smrodliwe wyziewy. Źródłem ich są, jakem powiedział, odpadki zwierzęce, szczególnie zaś kał t. zw. nienarodzony, to jest znajdujący się w kiszkiach, a który bywa wyrzucany z kiszki przy ich oczyszczaniu.

Dla zapobieżenia tym wyziewom niezbędne są następujące warunki: częste wywożenie i ubezwonnianie kału; wielka czystość w zakładzie, zależąca głównie od obfitości wody; kanały z należyтым spadkiem i dobra wentylacja gmachu.

1. Co do pierwszego, *ubezwonnianie* kału (*desinfectio* a raczej: *desodoratio*) nie jest tu zaprowadzone, chociaż właściwie, przy taniości koperwasu żelaznego, dałoby się uskutecznić bez zbytnich kosztów. Gnoj, który z resztą niemal codzień wywożą, składa się za gmachem od strony Wisły w gnojowiskach otoczonych wprawdzie kamieniem ciosowym, ale nie mających dna kamiennego, tak, że gnoj bezustannie przesiąka ziemię.

2. Co do czystości, szlachtuz na Solcu dość smutny obraz przedstawia.

Na pierwszy rzut oka uderza woda ogrzewana w kotłach, w której oparzają się wieprze i nóżki cielece, oczyszczają i odgotowują wnętrzości wołowe, i t. p.; ta woda bowiem bardzo często bywa brudna, a nawet śmierdząca. Widok ten na długi czas odjąć mógłby *nawet lekarzowi* apetyt do flaków i t. p. przysmaków.

Przyczyną takiego stanu rzeczy jest głównie *niedostateczna ilość wody*, gdyż zamiast potrzebnej ilości, któraby około 30,000 garncy dziennie powinna wynosić, zakład dostaje dziennie zaledwo 10 — 15,000 garncy wody.

Zapas wody tego szlachtuza zachowuje się w zbiorniku mogącym objąć około 16,000 garncy, położonym pod strychem gmachu, a pochodzi z dwóch źródeł, t. j. ze studni, i z młyńa parowego bankowego.

Do dobywania wody ze studni służy manież poruszany dwoma końmi. Do studni téj, położonej nad samym

brzegiem Wisły, a przeto oddzieloną od szlachtuza wałem ochronnym, woda Wiślana nie przesącza się, gdyż pokład ziemi jest gliniasty; a woda źródłana zbiera się w niej w nazbyt małej ilości. Studnię tę wykopano wtedy, gdy po wykopaniu dwóch studzien z tej strony wału, przekonano się, że wody w nich dostać nie można. Pozostałe po tych dwóch studniach cembrowiny służą dziś za zbiorniki dla wody idącej z młyna bankowego.

Woda z młyna parowego idzie korytem drewnianym otwartym; wpada pod ziemię do sączków glinianych i następnie do wyżej wspomnianych zbiorników; pływa na niej zawsze znaczna ilość oleju, pochodząca z panewek i t. p. maszyny parowej. Innych jednakże części organicznych ta woda nie zawiera, jak się o tem przez rozbiór chemiczny przekonał p. Lilpop Mag. Farm., któremu szczegóły przedmiotu tego dotyczące zawdzięczam.

Do zbiornika wręście położonego pod strychem dostaje się woda za pomocą maszyny obracanej rękami ludzkimi! Woda w tym zbiorniku jest mętna, głównie od osadzania się soli wapiennych przy jej ostygnięciu.

Ilość wody w ten sposób otrzymywanej jest częstokroć tak nie dostateczna, że dla zaradzenia brakowi robotnicy zmuszeni bywają jeszcze konewkami wodę z sąsiednich studzien donosić.

W jakiby sposób należało radykalnie usunąć ten niedostatek? czy umyślną maszyną parową pompować wodę wprost z Wisły, czy raczej doprowadzić do szlachtuza gałęź boczną od głównej arterii wodociągów idącej Nowym światem? rozstrzygnięcie tej kwestyi specjalnym technikom pozostawiam.

Tyle jest rzeczą pewną, że przez zaradzenie brakowi wody zaradzi się głównemu źródłu nieczystości. Woda będzie mogła być wtedy częściej w kotłach odmieniana bez uszczerbku dla rzeźników, którzy obecnie czasem sami się opierają odmienianiu wody, ażeby w czasie czyszczenia kotła nie tracić czasu. Przymtem ręce ludzkie potrzebne teraz do pompowania wody, będą mogły z lepszym skutkiem być użyte do czyszczenia gmachu. Przepisy odnoszące się do utrzymania czystości i w ogóle porządku w szlachtuzie, powinnyby również być poprzybijane po ścianach.

Zamiast podłogi drewnianej, która mocno przesiąka krwią i t. p. płynami, pożądanąby była kamienna; wreszcie ściany, które są bardzo nieczyste dobrzeby może było olejno pomalować.

3. *Kanały* tak zły mają spadek i tyle zakrętów, że w lecie najnieznośniejsze wydają wyziewy i z niebezpieczeństwem zdrowia muszą być czyszczone przez małych chłopaczków; przy takim czyszczeniu zdarzył się raz wybuch gazów zapalnych, który poparzył czyszczącego.

4. *Co do przewietrzania*, to gmach w ogóle jest może nieco za niski. Są wprawdzie nad dolnemi oknami jeszcze mniejsze okieńka, ale te, o ile mi dozorca gmachu powiadał, nie dają się otwierać. Dolne okna otwierają się w prawdzie, ale nie mają niezbędnych na lato żaluzji, dla utrzymania należytego chłodu. W lecie też dotkliwie uczuć się daje brak lodowni i piwnic.

III.

Ważną dogodnością, którą zwykle przedstawiają publiczne szlachtuzy, jest przyspieszone i ułatwione spo-

żytkowanie wszelkich odpadków zwierzęcych, równie jak skór, kości, rogów i t. d., które w wielkich ilościach wprost ze szlachtuza zabierają odpowiedni fabrykanci. Nic tam nie ginie, najpośledniejsze na pozór odpadki zużytkowują się jeszcze przy wyrabianiu mydeł pachnących i t. p. przyczem jest i ta higieniczna korzyść, że wszystkie te części zwierzęce, pospolicie mocno śmierdliwe, nie wracają już do miasta.

Ta strona przemysłowa szlachtuza u nas w kolebce spoczywa; jedną tylko krew bezpośrednio biorą cukrownie, a gnój rolnicy; inne części i odpadki zabierają znów do miasta pojedynczy rolnicy.

IV.

Dla *bezpieczeństwa publicznego* wynika z publicznych szlachtuzów ta korzyść, że się przez nie zmniejsza potrzeba przepędzania bydła i innych zwierząt przez miasto; gdzie jednakże, jak u nas, nie ma obór przy szlachtuzie tam samo przez się rozumie się, że korzyść ta znika.

Z tych samych względów bezpieczeństwa publicznego ściśle przestrzegać należy dla zapobieżenia wyrzywaniu się bydła na ulicę, iżby bramy dziedzińca szlachtuzowego były bezustannie zamknięte, i żeby nie wpuszczano nikogo obcego bez szczególnego pozwolenia. Nadto wtój mierze daleko stosowniejszy jest podział szlachtuza na pojedyncze rzeźnie, poodgradzane zupełnie murami (jak to ma miejsce np. w szlachtuzach paryzkich), aniżeli urządzenie u nas istniejące, to jest, że cały gmach (a przynajmniej jego połowa) jedną ciągłą stanowi całość, w której pojedyncze rzeźnie przeznaczone dla różnych zwierząt pooddzielane są od siebie kratami żelaznymi,

nie zbyt mocnemi, które miejscami nie sięgają wiele wyżej, jak po pas. Wreście zasługują na uwagę policyi lekarskiej przyprawdane do szlachtuza psy rzeźnicke, które powinnyby zawsze mieć nałożone kagańce.

V.

Ostatni nakoniec względ przemawiający za publicznemi szlachtuzami jest względ moralności i ludzkości. Co do pierwszój, każdy zapewne przyzna, że widok przelewanej krwi nie ma w sobie nic pociągającego ani uszlachetniającego dla uczuć człowieka; usunięcie przetrzezi z oczów ludności jest nader słuszną i pożądaną rzeczą; co do drugiego zaś względu, niezaprzeczoną jest rzeczą, że zwierzęta w szlachtuzie zabijane daleko mniej cierpią, aniżeli gdzie indziej wystawiane ręką niewprawną lub niemiłosierną na niepotrzebne katusze. To nas naturalnie nakoniec prowadzi do zastanowienia się nad sposobami zabijania zwierząt w szlachtuzie. Za nim jednak do tego przejdę, przemówić jeszcze muszę i ze względów ludzkości za ustanowieniem obór przy szlachtuzach, tudzież przeciwko postępowaniu wielu rzeźników, którzy przeznaczone na rzeź bydłeta głodzą lub wody im odmawiają; to ostatnie jest mocno naganne nie tylko jako nie miłosierne, ale i jako szkodliwe dla zdrowia publicznego, wten sposób bowiem traktowane zwierzęta łatwo zapadają, mianowicie na zarazę bydłecą (tyfus).

Używane główniejsze sposoby szlachtowania zwierząt na konsumcyą, są następujące:

1. Zwyczajne *zabijanie*. Na około szyi lub rogów bydłecia obwiązuje się gruby postronek, który przeprowadzony przez pierścień żelazny w podłodze, pochyła sil-

nie na dół głowę zwierzęcia. W Paryżu częstokroć w tymże celu unoszą bydlę w górę' za pomocą lin poruszanych na blokach. Następnie rzeźnik obuchem lub grzbietem siekiery póty uderza w kość czołową, poki zwierzę nie jest całkiem odurzone. Wtedy szerokim nożem otwierają mu wielkie naczynia krwionośne na szyi; miechem nadymają tkankę podskórną, biją skórę dla ułatwienia oddzielenia jej. Skórę oddzieliwszy, odłączają głowę, wyłuszczają przednie kończyny, a resztę podłuznia dzielą na dwie równe połowy.

W ten sposób zwykle u nas się dzieje szlachtowanie bydła rogatego. Konanie bydłęcia trwa parę minut.

2. Bardziej męczące bo od 10 do 15 minut trwające jest konanie przy rzezi uskutecznionej *według przepisów wyznania starozakonnego*, przy której długim, nader ostrym nożem przerywa się jednem cięciem tchawicę i żyły szyjowe; przy tym rodzaju śmierci zwierzę traci bardzo wiele krwi, a mięso staje się o tyle uboższe w części pożywne. Te same uwagi ściągają się do podryzania gardła cielętom, baranom i po części nawet świniom, które się u nas ciągle praktykuje.

3. Najszybciej zabija, a przeto zasługuje na naśladowanie sposób używany czasami w Paryżu p. n. *énervation*, polegający na zakłóciu rdzenia przedłużonego nożem obosiecznym, na 6" długim na $\frac{3}{4}$ " szerokim, który się wbija między kością potyliczną a pierwszym kręgiem karkowym.

4. Przy tak zwanym sposobie *patentowym* angielskim otwiera się cięciem między żebrami klatka piersiowa, i w tę ostatnią wpędza się sztucznie powietrze za pomocą rurki i miecha; płuca spadają się i zwierzę w parę minut umiera z niedotlenności (uduszenia). Mięso

zwierząt tym sposobem zabitych ma być soczystsze i smaczniejsze, ale też daleko prędzej się psuje.

5. W ostatnich czasach Anglicy podobno próbowali odurzać zwierzęta na rzeź prowadzone, czadem węglanym; nie wiadomo jednak jeszcze, czy ten rodzaj śmierci nie nadaje mięsu własności szkodliwych.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

ZAPALENIE TKANKI KOMÓRKOWEJ MIEDNICY.

(*Cellulitis pelvica*).

Z odczytów Klinicznych o chorobach kobiet Dr. S. J. Simpson
Professora Położnictwa w Uniwersytecie Edynburskim,

z angielskiego przełożył Dr. Kulski.

ODCZYT PIERWSZY.

Panowie! W dzisiejszym odczycie zamyślam zwrócić uwagę na chorobę przedstawiającą nam w swój historii następane osobliwości, t. j: 1) że jest chorobą bardzo ważną i jak wszyscy teraz przyznają, dość często wydarzającą się, 2) że cierpienie to da się z łatwością rozpoznać, 3) że o ile mnie wiadomo, nie jest dotychczas opisaną w żadnym systematycznym dziele położniczym angielskim, o chorobach kobiet w przeciągu ostatnich dwóch dziesiątków lat wydaném i 4) że cierpienie to zanedbane i zapomniane przez waszych ojców i ich poprzedników, było szczegółowo i dokładnie opisane w dziełach pozostawionych nam przez różnych starożytnych lekarzy Grecyi i Rzymu. „Zaiste“— pisze Arystoteles przed 2,000 laty:— „każda sztuka i każda mądrość była już często zupełnie zbadaną i znowu potem zanedbaną.“ Uwaga ta w każdym razie da się z zupełną słusnością zastosować do rozmaitych czynów w medycynie, a między innemi i do téj choroby. Jeden z pierwszych

nowoczesnych opisów téj choroby, o której mówię, ogłosił we Francji w r. 1844 *Marchal de Calvi* pod tytułem: „*Ropnie zapalne między-miednicze.*“ Opis ten był rozbieranym w owym czasie w dawnym „Przeglądzie medyko-chirurgicznym.“ W tym samym numerze „Medyko-chirurgicznego przeglądu,“ w którym ten artykuł *P. Marchal de Calvi* był rozbieranym z wielkimi pochwałami i zaletami, krytyk nie pominął sposobności, z powodu wydawnictwa przez Towarzystwo Sydenhama pięknego przekładu *Dr. Adams* dzieł *Pawła Eginety*, wyśmiania nieznajomości i lekceważenia, w wyrazach nie dających się oznaczyć, w uczeniu się dawnych pisarzy.

Jednakże w przekładzie tym *Pawła Eginety*, które krytyk zawziął się znieważyć, znajduje się bardzo ściśle i jasne opisanie choroby, za której opis *P. Marchal de Calvi* tyle pochwał otrzymał. Wiele chorób znanych starożytnym i dokładnie w pismach ich opisanych—straconych przez długi czas z widoku i uwagi—pokazuje się teraz w świetle zupełnie nowego odkrycia. W czasach panowania Cesarza *Trajana* a żył lekarz bardzo obszerną praktykę mający w Rzymie, imieniem *Archigenes*, który wraz z *Agatinem* może być uważanym jako głowa eklektycznej szkoły. *Juwenal* często wspomina o *Archigenesie* i opisuje go odwiedzającego chorych, otoczonego pięćdziesięciu uczniami, z których każdy na przemian badał tętno chorego. Tenże sam *Archigenes* pozostawił bardzo wiele pism, a pomiędzy ułamkami tychże, które się zachowały, jeden odnosi się do choroby, o której mówić zamyślam. Jeżeli tylko odszukam opisu, gdzie są tegóż wyjątki w *A. Etiusie*, przeczytam Wam je w następnym odczycie, aby pokazać, jak wiele tenże wiedział tak o przebiegu jak i leczeniu téj choroby.

Professor Doherty z *Galway* i *Professor Churchill* z *Dublina* są pierwszymi z nowszych angielskich pisarzy, którzy uwagę współkolegów na częstość i ważność téj choroby o której mówię zwrócili; pierwszy opisując ją jako „chroniczne zapalenie części przydatkowych macicy po porodzie,“ a drugi jako „ropnie części przydatkowych macicy.“ W niektórych

postrzeżeniach chorób macicznych wydanych w r. 1843, podawszy niektóre szczegóły dwóch wypadków chorób połogowych, dodałem, że „widziałem kilka wypadków u kobiet „chroniczno-zapalnych obrzmięń miedniczych,“ niezawisłych od stanu połogowego i gdzie stałe uwięzgnięcie ciała macicy, otaczające obrzmienie i prawie widoczne stwardnienie tęgości drzewa hebanowego w ścianach pochwy pokazujące się, w pewnym okresie choroby spowodowane naprężeniem i rozciągnięciem błony ścięgnistej miednicy, wyradzało myśl, że zajęcie to było organiczném i rakowatém, nie zaś prostém zapalnym.“ Wiadomo dobrze, że choroba ta nie jest tak rzadką, nawet i oprócz połogu; i zwykle wykladałem o niej pod nazwą zapalenia tkanki komórkowej miednicy (Cellulitis), którąto nazwę z powodu jej patologicznego położenia i rody używać myślę.

W tém półroczu mieliśmy dwa wypadki téj choroby w naszej Klinice, a jedna z chorych jest jeszcze pod obserwacją. Zanim przystąpimy do bliższego rozpoznania zapalenia tkanki komórkowej miednicy, pozwólcie odczytać sobie historyje tych dwóch wypadków ze sprawozdań P. Sclander.

Wypadek 1-szy „C. R. przyjęta dnia 12 Lutego 1859 r., 30 lat licząca, mężatka od lat dwunastu. Przed pójściem za mąż była ciągle zdrową, czyszczenia miesięczne były regularne. Miała sześcioro dzieci i raz poroniła, co się pomiędzy piątym a szóstym porodem stało. Po wszystkich poprzednich odbytych pod opieką akuszerów, szybko powracała do zdrowia. Przy ostatnim zaś porodzie, który przed dwoma miesiącami odbyła, miała przy sobie akuszerkę. Poród był łatwy i trwał bardzo krótko, bo tylko od godziny szóstej ranej do wpół do dziesiątej przed południem, w którymto czasie łożysko samo odeszło. W pierwszym tygodniu chora miała się bardzo dobrze i szybko powracała do zdrowia; gdy w końcu tegoż dostała dreszczy, które do dnia dzisiejszego trwają. Wtedy uczuła już pierwszy raz ból w okolicy pachwinowej prawej, część ta była bardzo bolesną za dotknięciem, a w piątym tygodniu po rozwiązaniu nastąpiło obrzmienie w częściach najprzód bólem dotkniętych. Obrzmienie to było twarde, sprężyste i określone. Najprzód użyto synapizmów, potem postawiono pijawki,

po których znacznej doznała ulgi, chociaż obrzmienie brzuszne pozostało równie bolesnym jak przed t \acute{e} m. Po dreszczach następowaly obfite poty. Tętno od pierwszych objawów było coraz bardziej przyspieszonym, apetyt bardzo mały, pragnienie wielkie, znaczne osłabienie i upadek sił.“

„Przy przyjęciu znaleziono: obrzmienie twarde w okolicy pachwinowej prawej, aż do linii białej prawie rozciągające się. Miejsce zajęte tą twardością daje przy pukaniu odgłos tępy, jest bolesne za dotknięciem; przy wprowadzeniu palca do pochwy można czuć z łatwością wewnętrzną powierzchnię obrzmienia, zdającą się być nierówną i nadczułą. Wielkie osłabienie, język suchy i białawym śluzem okryty, wargi suche i popękane, wyraz twarzy trwożą wyrażający, oddech prawidłowy, tętno 98, mocz prawidłowej barwy i ilości, wypróżnienia regularne.

Rp. Hydrarg. bichloridi gr. I, Aq. destill. unc. II. Trzy razy dniem łyżeczkę od kawy. Wezykatorye za pomocą kamienia piekielnego.

Dnia 18 Lutego. Bolesność mniejsza, lecz obrzmienie t \acute{e} j sam \acute{e} j wielkości i modły.

Dnia 19. Chora skarży się na ból w dołku sercowym. Zapisano— Rp. Bismuthi trisnitratis unc. semis. Mucilaginis unc. I. Aq. fontis unc. V. Łyżkę stołową trzy razy dziennie.

Dnia 23. Nudności i ból ustały, obrzmienie brzuszne zmniejszyło się, chora od ostatniego sprawozdania nie miała dreszczów. Ma brać: Citratis ferri et chinae gr. III na dzień.

Dnia 2 Marca. Obrzmienie twardsze i boleśniejsze w okolicy prawego więzadła Pouparta. Chora nie może z powodu znacznego bólu wyprostować nogi, gruczoły pachwinowe powiększone i stwardniałe.

Powtórzyć wezykatorye z kamienia piekielnego, do wewnątrz. Syr. ferri iodati gutt. XX. Trzy razy dziennie.

Dnia 3. Wydzielanie ropiaste z pochwy, szczególnie \acute{e} j podczas oddawania moczu. Ból nad więzadłem Pouparta dużo silniejszy.

Dnia 9. Wydzielanie ropy trwa dalej, lecz w mniejsz \acute{e} j

ilości. Do przyłożenia na powierzchnię pachwinową po wezykatory: Ung. bismuthi.“

Wypadek 2-gi. „S. N. 21 lat licząca, przyjęta dnia 24 Marca 1859 r. powiada, iż aż do chwili obecnego cierpienia ciągle była zdrową. Czystczenia miesięczne odbywała regularnie i przypadkiem spostrzegła, że wieczorem nogi jęj brzmieją, lecz przypisywała to częstemu chodzeniu po schodach. Obecne cierpienie przypisuje zaziębieniu się po czyszczeniu miesięcznym przed trzema tygodniami, w którymto czasie chorowała również na mocne rozwolnienie. Rozwolnienie to trwało kilka dni, poczem uczuła ból w niższej części żywota, w plecach i lewej okolicy pachwinowej. Ból ten któryen trwał ciągle aż do czasu jęj przyjęcia, nie jest ciągłym, lecz zwykle bywa mocniejszym w nocy. Opisuje go, jako kłujący w lewej i ku prawej stronie i rozchodzący się w lewym udzie aż do kolana. Ból ciągły w niższej części brzucha. Przy badaniu przez pochwę daje się czuć po lewej stronie twarde i tęgie obrzmienie wielkości jaja, w położeniu szerokiego więzadła tejże strony.

Zapisano: przystawić dwie pijawki około otworu stolcowego i Pill. mass. hydrarg: gr. III, mitte tales XII. Co cztery godziny jedną pigułkę i lewatywę ze skrobi i makowca. Fomentacye na dolną część brzucha.

Dnia 3 Kwietnia. Zapisano: Kali iodati unc. semis. Syr. Simpl. unc. I. Aq. font. destil. unc. VIII. Łyżkę stołową trzy razy dziennie; dieta lekka, rosół z kurczęcia.

Dnia 12. Chora skarży się na bicie serca i mocny ból w plecach. Tętno 104. Zapisano: Pulv. digitalis gr. VI, Kali bitartar: dr. S. Pulv. cinnamom. comp. scrup. I. Mfp. VI.

Dnia 13. Ból dzisiaj po stronie lewej silniejszy. Obrzmienie większe. Zapisano: Rzęciowe wieńce maciczne (pessaria). i Tra Jodi do smarowania niższej części brzucha.

Dnia 17. Zapisano: Ol. crotonis dr. I et semis. Ol. olivar unc. I. f. linimentum. Do użycia co noc.

Dnia 18. Tego dnia chora była słabszą; bardzo małe wydzielanie. Rp. Acid. hydrocyan. dil. dr. semis. Trae hyoscyami unc. semis. Mixt. camphorae unc. I et semis. Trae cardam. comp. unc. semis. MS. Trzy razy dziennie łyżkę stołową.

Dnia 20. Ponieważ wydzielanie ciągle małe, polecono postawić pijawki na około otworu stolcowego.

Dnia 23. Czystczenie miesięczne ustało; powrócić do mieszanki zapisanej 3 kwietnia i używać dalej linimentu z olejku krotonowego.

Dnia 25. Skarży się chora na mocny ból po stronie prawej, większy jak zwykle, bardzo nie spokojna, brak snu.

Dnia 29. Chora ma się znacznie lepiej dzisiaj, przechodzi się po sali.

Dnia 7 Maja. Stan polepsza się co raz bardziej. Przy badaniu obrzmienie znacznie się zmniejszyło. Zapisano: Emp. Lytae, cztery cale w kwadrat do użycia po stronie lewej.

Dnia 15. Chora się skarży na powrót bardzo mocnych bólów. Do użycia: Tra Jodi do smarowania zewnątrz.

Dnia 25. Zapisano: Rp. Bisulphatis chinae gr. XII. Acid. sulphur. dil. gutt. XL. Aq. destill. unc. VIII. Trzy razy dziennie łyżkę stołową.

Dnia 29. Zapisano: Rp. Trae hyoscyami, Aether. chlorici sing. dr. semis. Mixt. camphorae unc. semis. Aq. destill. unc. I. M.f. haustus, z powodu, że chora się skarży na mocny ból i nie spała przez dwie noce.

Dnia 30. Chora ma się dzisiaj daleko lepiej. Zapisano: Rp. Hydrarg. iodidi gr. VI. Pil. galbani scrup. II. divid in pill. XII. Sig. Dwa razy dziennie jedną używać.

Słownictwo choroby.

Choroba ta, której zjawiska mogliście teraz poznać u chorych, których historye wam odczytałem, znaną była pod różnymi nazwami, coby wam odszukanie téjże w literaturze zawikłać i utrudnić mogło. Niektóre z tych nazw już wam podałem. Dawni pisarze opisywali ją pod nazwą: „ropni macicy,“ przez nowszych często była opisywaną jako: „ropień miedniczy,“ lecz wyrażenie to jest fałszywe, bo zapalenie tkanki komórkowej miednicy nie jest ropniem miednicy, podobnie jak zapalenie opłucnej, nie jest ropniem tejże. Jak w jednym, tak i w drugim razie, sprawa zapalna, która jest pierwotną i właściwą chorobą, może dojść do najwyższego stopnia i wtedy prowadzi

do utworzenia się ropy. W zapaleniu opłucnej, jeżeli zapalenie nie zostaje zawczasu przerwane i błona nie powróci do prawidłowego stanu, ropa zaczyna się wolno wytwarzać w jamie opłucnej i przechodzi w ropienie tejże. Podobnie w zapaleniu różnych części tkanki komórkowej miednicy w tejże zawartych, czyli inaczej mówiąc w zapaleniu tkanki komórkowej miednicy, to zwykle też przechodzi w „ropień miednicy,“ jeżeli nie położono tamy zapaleniu, lub też jeżeli stosowne nawet leczenie nie było w stanie przeszkodzić przejściu tegoż w ropienie. U dziewczyny znajdującej się jeszcze na sali, był okres w historii jej choroby znacznego zapalnego obrzmienia lub wypocenia w lewym szerokim więzadle, które zostało rozpedzone i zniknęło. Potem podobne obrzmienie lub wypocenie zapalne rozwinęło się pomiędzy kiszka prostą a pochwą jak to nadmieniałem, i to zamiast ukończenia się rozejściem jak przedtem, stan zapalny okazuje się mniej przystępnym leczeniu i zdaje się skłaniać ku ukończeniu się ropieniem i prowadzić do rozwinięcia się ropnia miednicy.

Opisy zapalenia tkanki komórkowatej miednicy, często znowu zostały przeoczone pomiędzy opisami innych zapaleń, współcześnie z témże zdarzającymi się jako następstwa nieszczęśliwych porodów, lub też zginęły pomiędzy uwagami nad innymi następstwami nieszczęśliwych operacji dokonanych na organach miednicy. Możecie znaleźć tego rodzaju wypadki pod nazwami: „ropnia mięśnia psoas“— po porodzie „ropnia biodrowego“ i t. d. Najczęściej napotykamy tę chorobę u chorych położnic wystawionych na szkodliwe wpływy, jednakże dosyć często napotykamy ją u chorych nie w stanie położniczym, jakem to już mówił, jak to widzimy u dziewczyny na sali leżącej, u której choroba ta w skutku zaziębnienia się w czasie czyszczenia miesięcznego rozwinęła się. Może ona również powstawać w skutku każdej operacji w miednicy, lub w skutku obrażenia organów w tejże. Może ona się wydarzać u chorych wszelkiego wieku i w każdym zakresie życia. Widziałem ją u młodych dziewcząt, a równie leczyłem chorych na nią, liczących przeszło 70 lat.

Choroba ta nie jest chorobą wyłącznie kobiecą, chociaż

po największej części u nich bywa widzianą i rozpoznaną. Wypadki zapalenia tkanki komórkowej i ropni miednicy nie tak rzadko zdarzają się u mężczyzn po zaziębieniu, jak też po operacjach cewki moczowej, kiszki prostej i t. p.

Anatomia patologiczna.

Choroba ta polega głównie i pierwotnie na zapaleniu tkanki komórkowej miednicy, i aby dokładnie zrozumieć jej rodę i przebieg, jak równie, aby można stosowny rozwinąć pogląd na jej rozpoznanie i leczenie, musimy zbadać:

I. *Siedzibę zapalenia.* Miednica, jak wiadomo jest wysłaną i zamkniętą błoną ścięgnistą, która oddziela pochewki dla różnych mięśni miednicy, i dostarcza gałęzi (?) do chronienia, utrzymania i oddzielenia różnych organów miednicy. Gdziekolwiek dwie blaszki tej błony ścięgnistej zbliżają się do siebie, przykrywszy dwie przeciwne powierzchnie jakiego organu lub mięśnia, lub gdziekolwiek dwie blaszki pokrywając stykające się ze sobą organa schodzą się, znajdziecie tam większą lub mniejszą ilość wolnej tkanki komórkowatej pomiędzy niemi ułożonej. I tak pomiędzy blaszki więzadeł szerokich, między pochwą a kiszka prostą, między mięśniem biodrowym a kością, krótko mówiąc w każdej prawie części miednicy znajdziecie obfitość i to znaczną obfitość tkanki komórkowej, a powtarzam, że choroba o której mam teraz mówić, polega na zapaleniu czyto ostrém czyto podostrém, tej obficie wysielającej tkanki komórkowej.

II. Następstwa i ukończenia tego zapalenia, różnią się względem okresów choroby i mogą być w czterech następnych podziałach uważane.

1. Surowica (Serum).
2. Ropa (Pus).
3. Limfa krzepna czyli włóknik.
4. Zgorzel tkanki komórkowej.

1. *Wypocenie surowicze* jest najpierwszym objawem rozwiniętego zapalenia w tkance komórkowej miednicy. Koniecznym następstwem wypocenia płynu jest obrzmienie w tej czę-

ści dające się czuć przy badaniu przez pochwę lub kışzkę prostą, lub też nawet przez ściany brzuszne, stosownie do szczegółowego położenia tegóż. Obrzmienie to jest większych lub mniejszych rozmiarów, stosownie do mocy zapalenia i wolności z jaką wypocony płyn może się wzdłuż tkanki komórkowej rozlewać i przechodzić z jednego ustępu bez' podziału błony ścięgnistěj miednicy w drugie. Obrzmienie to wywołane wypoceniem surowicy jest najpierw stałe, sprężyste i opór stawiające przy dotykaniu, lecz niekiedy staje się bardzo twardém, szczególniej, gdy wypocenie następuje pomiędzy dwa pokłady błony ścięgnistěj, które nie są wolne, poruszalne i padajne, lecz przyczepione w swych brzegach do jakiego kostnego wyrostka lub silnego pasma więzadła, jak się dzieje gdy to następuje np. w ścianie miednicy na zewnątrz brzegu szerokiego więzadła macicy. W takim położeniu często obrzmienie daje się czuć twardém jak kula lub „sosnowy dyl,“ jak się Dr. Doherty wyraził, było też i może być z łatwością, o ile się tknie twardości, wzięte za narośl kostną kości biodrowej, a czasami za dotknięciem możemy je również przez ściany pochwy czuć tak twardem jakby narośl rakowatą.—Drugim ogólnym i bardzo charakterystycznym pozorem obrzmienia jest, że zdaje się jakby było przyrncowanym i wyrastało z boków kości miednicy, jeżeli wypoconie zajmuje znaczne rozmiary wszcz tak, aby mogło dotknąć miednicy, czego włókniaki macicy, obrzmienia jajników i inne z którymi „obrzemie zapalne“ przy Cellulitis pelvica w rozpoznaniu było objętem (?), nie przedstawiają. Jeżeli wypocenie zajmuje jedno wyźłobienie błony ścięgnistěj po drugiem, w takim razie zaraz utracą swą pierwotną okrągłą lub owalną modłę. Badając dzień po dniu obrzmienie, znajdziecie niekiedy, że ono codzień zmienia kształt, przy której sposobności można jój stopniowy postępn oznaczyć, jak rozwleka się z jednej strony miednicy ku drugiej, przechodzi z przodu lub z tyłu koło szyi macicy a wreszcie zajmuje i ustala macicę w swój massie. Wypocenie zapalne nie zawsze ogranicza się na tkance komórkowej niższej czyli prawdziwej miednicy. Często daje się czuć znaczne obrzmienie lub wypocenie najpierw w jednej lub drugiej okolicy biodrowej, a widziałem jeden lub dwa wypadki, gdzie

obrzemiecie to było śródkowem i tak wielkie jak macica w 4 miesiącu ciąży. Czasami choroba zajmuje tkankę komórkową wyższej czyli wielkiej miednicy, a szczególnie tkankę komórkową prawej biodrowej jamy i około dna kiszki ślepej nie zapuszczając się nawet do miednicy prawdziwej. Tak znowu widzimy czasami mniejsze zapalne obrzemiecie i wypocenie ograniczone na pojedynczą część tkanki komórkowej, położonej w przedniej lub tylnej ścianie pochwy i nie przechodzące nawet w górę tkanki komórkowej, znajdującej się pomiędzy szerokimi więzadłami i leżącej w około szyi macicy.

Chciałbym szczególnie wpoić w Was przekonanie, że w chorobie tej z początku w wypoceniu i obrzemiesiu nie ma ropy i że nie w każdym wypadku zaczyna się ona ropieniem, lecz że pierwotnie jest wypocenie surowicze w zapalnej tkance komórkowej, a tworzenie się ropy zaczyna się zwykle dopiero po 10 lub 14 dniach. W jednym z pierwszych wypadków tej choroby którą widziałem i wtedy, kiedy zaczynałem dopiero poznać jej rodę i przebieg, dostałem lekcję, która głęboko utkwiała w mój myśli. Dr. Andrews, naówczas Professor położnictwa w Londynie, zwiedzał Edyburg, a ja pokazywałem mu wypadek zapalenia tkanki komórkowej miednicy jako bardzo interessujący przedmiot, naówczas nowy, bo niewiele było wypadków tej choroby znanych. Chora była to młoda dziewczyna 12 lub 13 lat licząca, gdzie byłem pewny zapalenia w okolicy szerokich więzadeł macicy, sprawiającego znaczne obrzemiecie, stwardnienie. W przekonaniu że toż zależy od utworzenia się ropy, ponieważ wtedy zawsze mówiliśmy i myśleliśmy o tém jako „ropniu miednicy“, wprowadziłem około dziesiątego dnia choroby trójgraniec badawczy w obecności Dr. Andrews, w celu wydalenia ropy i zmniejszenia obrzemiesia. Lecz na nasze zdziwienie na miednicę wpływała nie żółta ropa lecz przezroczysty płyn tak czysty i jasny, że Dr. Andrews zapytał mię z cicha „czym nie wbił trójgraniec do pęcherza moczowego.“ Znając kierunek trójgraniec ku tyłowi, tak że nie był w pobliżu pęcherza moczowego i gdy znaczna ilość tego jasnego płynu odpłynęła, przekonaliśmy się zaraz, że to nie był mocz z powodu szybkiego zbiegnięcia się płynu w naczyniu. Była to surowica

jaką widzicie w okresach wielu zapaleń i jaką otrzymać możecie, ze skóry po przystawieniu wezykatoryi a w początkowym okresie zapalenia tkanki komórkowatej jest to zapalny płyn surowiczny, którego wypocenie sprawia obrzmienie i stwardnienie, a który jest jedynym płynem, jaki możecie wtedy otrzymać, używając badawczego trójgrańca. Jeżeli zapalenie w tym okresie nie zostanie zniszczonem i płyn surowiczny wypocony nie zostanie wessanym, wtedy prowadzi to do:

2. *Wytworzenia się ropy.* Możecie napotkać wypadek zapalenia tkanki komórkowej miednicy, gdzie wypoceniu surowicy towarzyszy mocny ból i osłabienie; w takim razie, jeżeli choroba nie robi postępu i rozdzielenie się osiągnie; choroba przebiega swój zakres a jój rzeczywista roda nie może być podejrzawaną dopóki nie przekonacie się o prawdopodobieństwie jój wypadku.— Jeżeli zaś proces zapalny pozostaje nieprzerwanym i przechodzi w dalszy okres ropienia, choroba nie może być wtedy tak łatwo przeoczoną i z tego to powodu opisy jakie mamy téj choroby, odnoszą się tylko do tego bardziej posuniętego okresu. Ropa może się utworzyć w każdej części miednicy, gdzie tylko zapalenie powstało, wszakże w niektórych razach ogranicza się tylko na jedno wyżłobienie błony ścięgnistej, gdy w innych występuje we dwóch lub trzech razem. Niekoniecznie musi ona zawsze pozostać w części, gdzie najpierw powstała, lecz toruje sobie drogę z jednego wyżłobienia w drugie, dopóki nie dosięgnie do powierzchni skórnéj lub sluzowéj, gdzieby się mogła wydalić. Postęp jój jest często bardzo trudnym do określenia, i aby go dokładnie zrozumieć potrzeba ścisłej znajomości przebiegu i połączeń pochew błony ścięgnistej w organach miednicy. Najpospolitszém może miejscem do rozwijania się ropni jest tkanka komórkowa jednego lub drugiego szerokiego więzadła macicznego, a gdy ropa się utworzy, wtedy schodzi ku szczytowi pochwy, jużto schodząc wzdłuż przodu szyi macicy, pomiędzy tąż a pęcherzem moczowym, lubteż co się daleko częściej wydarza, opuszczając się ku tyłowi pomiędzy dnem macicy a kiszka prostą. W takim razie ropień otwiera się albo do kiszki prostéj, albo do pochwy, tych dwóch najzwyczaj-

klejszych dróg wypłynienia ropni miednicy — i zaiste najpomyślniejszych.

Znajdują się jednakże dwie inne jamy, gdzie ropa otwiera sobie drogę, lubo daleko rzadziej, a ponieważ nie są one tak łatwo przystępnymi, leczenie staje się tém samym trudniejszym i bardzo skomplikowanym. Tými są: pęcherz moczowy i ciało czyli dno macicy, a jeżeli tenże sam ropień otwiera się do obu tych organów razem, co się niekiedy zdarza, powstaje rodzaj fistuły pęcherzo-macicznój, która nie tak łatwo jest przystępną leczeniu. Z drugiej strony, możecie widzieć ropę nurtującą sobie drogę ku zewnątrz, i wtedy ropień otwiera się w jakimś miejscu skórnój powierzchni ciała. I tak np. ropa może pójść pod błonę ścięgnistą miednicy, a schodząc wzdłuż naczyń udowych pokazuje się pod więzadłem Pouparta, lub też przechodzi ku tyłowi przez wielki otwór krzyżosiedzeniowy wzdłuż nerwu siedzeniowego i prowadzi do utworzenia się ropnia włędźwi, jakem to niedawno widział razem z Dr. Moir. Niekiedy znowu ropa opuszcza się ku dołowi i wydała się w jakim punkcie zewnętrznym miednicy.

Nader ciekawą pod względem ważności badania i sposobu wylewania się ropni miednicy, jest nadzwyczajna rzadkość otwierania się tychże do jamy brzusznej. Przy zapaleniu koła organów miednicy prowadzącem do utworzenia się ropy pod otrzewną, moglibyśmy robić bardzo niepomyślne rokowanie, obawiając się nastąpienia śmiertelnego zapalenia otrzewnej. Tym czasem doświadczenie ostrzega nas, żeby w takich wypadkach nie mieć tak smutnej obawy z przyczyny, że ropnie utworzone pod obrzuszną, nadzwyczaj rzadko przedziurawiają ją i otwierają się do jój jamy. Dla czego się to dzieje, jest nie łatwym do wytłumaczenia. Cruveilhier utrzymuje, iż się to dzieje dla tego, że otrzewna jest podwojoną i chronioną przez pokład błony ścięgnistej, czemu inni zaprzeczają. W niektórych wypadkach powstaje zapalenie otrzewnej sklejające, a pęknięciu ropnia w jamę brzuszną przeszkadza opór dany przez dwa skleione pokłady téj błony. Lecz jakiegokolwiek będzie tłumaczenie tego, fakt ten pozostaje nie mniej prawdziwym, a zawsze obudza nadzieję, że otrze-

wna posiada znaczną siłę oporu otwieraniu się ropni i że wskutku tego, ropnie miednicy nadzwyczaj rzadko kończą się wylaniem do jamy brzusznej.

Teraz przechodzę do innego produktu zapalenia tkanki komórkowej miednicy, t. j. do włóknika.

3. Jeżeli w przebiegu choroby następuje wycoczenie twardej, stałej, krzepnącej limfy czyli włóknika do jednego lub więcej wyźłobień błony ściegnej, obrzmienie ztąd powstające jest nadzwyczaj tęgie, w istocie tak twarde jak „sosnowy dyl“ Dr. Doherty— i zwykle potrzeba wiele miesięcy czasu zanim zmięknie, zniszczeje i wywali się. Właśnie leczę chorą, u której nastąpiło ropienie po zapaleniu tkanki komórkowej miednicy, zaszło podczas pobytu chorój na wsi tak, że teraz dopiero utworzył się ropień w prawej biodrowej jamie; a jednakże 14 lat upłynęło od napadu tej słabości, która miała miejsce po ostatniem rozwiązaniu i była tego rodzaju, jakem teraz opisał. W tym wypadku było wycoczenie włóknikowe w tkankę komórkową około dna macicy, tworzące nadzwyczaj twarde, tęgie obrzmienie, jak twardą rakowatą narośl, lub złogi w szczycie pochwy. Prawie dwa lata upłynęły, zanim wycocina ta została zupełnie wessaną. Ile razy bowiem zapalenie tkanki komórkowej miednicy ukończa się wycoczeniem włóknikowem, zawsze w takim razie obrzmienie bardzo długiego czasu potrzebuje do rozejścia się.

4. *Zgorzel tkanki komórkowej miednicy* zdarza się również niekiedy jako następstwo zapalenia. Jest ona spowodowana uciskiem naczyń, wywołanym wypoconą limfą lub surowicą w otaczające je tkanki. Części te pozbawione zwykłego dowozu odżywczych płynów, obumierają, a oddzielone od otaczających je tkanek procesem ropienia, leżą zwykle w środku śmierdzącego ropnia, a wyleczenie nie da się tak długo skutecznie, dopóki duży otwór nie zostanie zrobionym i masy te nekrotyczne wraz z ropą w której spoczywały, wydalone nie zostaną. Widziałem wypadki, gdzie bardzo znaczne zgorzelowe części w ten sposób wydalone, albo raczej wprowadzonym tamże przez sztuczny otwór palcem wyjęte zostały. Wy-

padki te zawsze są gorsze, bardzo wyniszczające, jak równie bardzo długotrwałe.

Podawszy Wam w ten sposób pobieżny zarys historii zapalenia tkanki komórkowej miednicy, jak równie i jej patologii, wypada mi teraz skreślić obraz objawów i sposób rozpoznania téj choroby.

(Dokończenie nastąpi).

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 Maja 1862 roku.

(Prezes Dr. Kulesza).

Protokół poprzedzającego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

P. Stanisław *Janikowski* odczytał sprawozdanie w imieniu komitetu wyznaczonego na posiedzeniu Towarzystwa z d. 18 Marca r. b. dla zbadania pod względem higienicznym istniejących w Warszawie publicznych kąpeli wannowych i parowych.

Następnie wszczęła się dyskusya w przedmiocie szczegółów higienicznych dotyczących kąpeli parowych, a mianowicie.

P. *Dorantowicz* mówił o śliskości podłogi i stopni w łaźniach, będącej nieraz powodem złamań kończyn, i t. p. przypadków, którym zapobiedz należy przez urządzenie stosownych poręczy, służących za oparcie przy wchodzeniu na stopnie i przy schodzeniu z tychże. Zwrócił nadto uwagę na szkodliwość wynikającą z wpuszczania do wspólnej parni osób udających się do łaźni w celu leczenia się z chorób zaraźliwych, po nasmarowaniu się różnemi maściami, jakoto śiarkową, czasami nawet merkuryalną i t. p.

P. *Natanson* opisał kąpiele parowe istniejące w Wiedniu w zakładzie zwanym *Dianabad*, urządzone nie tylko

z wielką wygodą, ale nawet z wykwinnością. Goście rozbierają się w sali ogrzewanej, wspólnej, ale podzielonej na odrębne dla każdego przegrody; każdy dostaje na nogi pantofle łyżkowe. Z przedpokoju ciepłego wchodzi się do łazienek, z których pojedyncza jest na 5 do 6 osób. Stopnie czyli ławy są z cienkich łąt, w poprzek i wzdłuż kratowane, któreto urządzenie zapobiega ich śliskości i wynikającym ztąd przypadkom. Pod każdą ławą znajdują się 3 zasówki do wypuszczania pary stosownie do upodobania. Natryski są rozmaitego rodzaju w liczbie około 20stu.

Co do sposobu wydobywania pary w łaźniach w ogólności, nadmieniał kol. Nat: że para otrzymywana przez polewanie kamieni jest wilgotniejsza i przyjemniejsza dla kąpiących się od pary t. zw. suchej, otrzymywanej wprost z kotła.

Wspomniał wręście o nagannym u nas zwyczaju stawiania baniek w łaźni, częstokroć bez potrzeby, tudzież o wysokości bardzo opłacie przypadającej w naszych łaźniach posługaczom od gości.

P. Korzeniowski co do tego ostatniego punktu przypomniał, że w łaźniach Warszawskich zazwyczaj *posługacz płaci właścicielowi*, i to w dobrych miesiącach do 18 złp. miesięcznie.

Co do urządzenia łaźni, trzeba mieć na względzie, że łaźnie wysokie i obszerne są nieprzyjemne dla kąpiących się z powodu istniejących w nich wielkich różnic temperatury. Za wzór służyć mogą łaźnie Odesskie. (urządzone na sposób turecki). Para wydobywa się w nich bezustannie i stopniowo w ten sposób, że woda ze stosownie nakręconego kurka bez przerwy spada za rodzaj kotła dnem do góry obróconego, wciąż ogrzewanego, spływając ciągle ze środka tegoż ku obwodowi w wyżłobieniach kręcących się spiralnie. Ów kociołek znajduje się w środku parni w zagłębieniu, a na około są ławki ciosowe, od spodu ogrzewane.

P. Szokalski nadmieniał, że technik, który długo na Kaukazie przebywał, p. Szczepkowski bardzo chwali opisany przez kol. Korzeniowskiego sposób wydobywania pary.

Wspomniał też pan Szokalski o potrzebie termometrów w zakładach kąpielowych, i o wysokiej opłacie składowej przez miejscowego felczera właścicielowi kąpieli parowej, którato opłata w niektórych łaźniach Warszawskich do 5000 złp. wynosi.

P. Korzeniowski był zdania, że praktykujące się na tak obszerną skalę stawianie baniek chorym w łaźniach, zwłaszcza w chorobach zapalnych piersiowych, często ma bardzo smutne skutki dla pacjentów, i że z tego powodu należałoby zakazać stawiania baniek w kąpielach parowych.

P. Natanson ze względu na ulgę, jakiej doznają z peryodycznego stawiania baniek na krzyż i t. p., osoby cierpiące na hemoroidy, reumatyzm i t. d. sądził że zupełny zakaz byłby rzeczą niesłuszną.

P. Korzeniowski obstawał przy swém zdaniu; uznał zaś za niepraktyczny środek przez jednego z kolegów proponowany, iżby felczерom wzbronione było stawianie baniek w łaźniach bez pismiennego upoważnienia ze strony lekarza, opierając się na doświadczeniu, że nawet co do kartek przez lekarzy wydawać są mających dla upoważnienia do puszczania krwi, zaledwo 5 lub 6ciu felczерów znajdzie się wcałój Warszawie, którzy o takowe kartki dbają.

Wreście Towarzystwo uchwaliło, aby sprawozdanie komitetu, z dodaniem jeszcze niektórych uwag, wydrukowaném było w czerwcowym poszycie Pamiętnika Towarzystwa.

W końcu posiedzenia P. Szokalski pokazał kolegom gałkę oczną z guzem melanotycznym, którą przed kilkoma dniami wyłuszczył był pewnemu choremu z powodu poczynającego się sympatycznego zajęcia drugiego oka. Guz wyrastający z głębi oka dotykał tylniej powierzchni tęczy pokrytej błoną rzekomą; na przedniej powierzchni tęczówki, znajdowały się patologicznie rozwinięte naczynia. Siatkowniki nie było ani śladu.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 3 Czerwca 1862 r.

(*Prezydujący w z. Dr. Bącewicz*).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedzającego posiedzenia:

Prezydujący powitał nowego członka, pierwszy raz w gronie Towarzystwa obecnego, p. Tyrchowskięo.

Sekretarz stały (p. Szokałski) doniósł, że komitet Towarzystwa, wyznaczony na posiedzeniu z dnia 7 Stycznia r. b. dla zajęcia się kwestyą policyjno-lekarską zapobiegania przypadkom uszkodzeń ciała, wynikającym z nie ostróznego użycia machin rolniczych, uznał potrzebném wystosować odezwę do kollegów na prowincyi zamieszkałych, którzy przeto największą mają sposobność spostrzegania tego rodzaju uszkodzeń, z prośbą o nadesłanie Towarzystwu obserwacyi zebranych w téj mierze w ciągu roku ubiegłego (1861).

Odezwę tę, ułożoną i odczytaną przez p. Łuczkiwicza, Towarzystwo postanowiło ogłosić nie tylko w Pamiętniku i Tygodniku Lekarskim, ale i w tutejszych dziennikach politycznych.

Następnie, po udzieleniu przez Głównego Redaktora Pamiętnika Towarzystwa (p. Łuczkiwicza) niektórych wiadomości o biegu wydawnictwa tego pisma, którego wydrukowano już poszyt 4ty, a niebawem ma się ukazać poszyt 5ty (na m. Maj) r. b.—

P. Sciborowski opowiedział zagadkowy przypadek nagłej śmierci w pierwszym tygodniu połogu. Kobieta 29-letnia na wsi, z zamożnego stanu, która już poprzednio 5 razy rodziła, cierpiała w ciągu 6tej ciąży na uporczywe zatkanie trzewiów i czasami na bóle brzucha. Na 4 dni przed porodem zjawiała się żółtaczka; poród był łatwy. 5go dnia po porodzie tętno uderzyło 84 razy na minutę, ból w brzuchu czuć się dawał tylko za naciskiem i był bardzo słaby. Przy obmacaniu prawej połowy brzucha czuć się dawała twardość od grzebienia kości biodrowej aż do podżebrza, w której było można rozróżnić macicę na prawo zwróconą, nad nią okrężnicę wstępującą (colon ascendens) wypełnioną kałem, wręście wątrobę powiększoną. Chora skarżyła się na tęsknicę. Kol. Sciborowski przepisał *mixturam oleosam cum unc. 1½ olei Ricini*, co sprawiło 8 wypróżnień stolcowych zawierających kawały kału, niektóre wielkości jaja gołębiego, a nawet kurzego. We 24 godzin potem tęsknica była znacznie zwiększona, tętno 70 kilka razy na minutę uderzające było tak słabe, że zaledwo przez przysłuch serca, przekonać się o niem można było, kończyny zimne; na około pępka obrzmienie wielkości bochenka chleba za 6 groszy, w którym czuć było chełbotanie (sluctuatio) i słycać było bulkotanie za każdym odetchnięciem. Chora w krótkce potem umarła. Sekcyi rodzina niepozwoliła robić i kol. Sciborowski domyśla się, że było tam zapalenie ograniczone otrzewnej w okolicy okrężnicy poprzecznej (colon transversum) i naderwanie tej kiszki.

P. Libchen upatrywał w tym przypadku raczej zatkanie żyły wrotnej (v. portarum).

Prezydujący sądził, że żółtaczka dała się dobrze wytłómaczyć ciśnieniem mechaniczném macicy. Przeciwno przerwanu kiszki przemawiał brak nagłego bólu, czkawki, wymiotów, i t. d.

P. Tyrchowski był zdania, że przypadek ten możnaby prędzej zaliczyć do gorączek połogowych, które teraz często się zdarzają.

P. Sciborowski opisał jeszcze spostrzegany przez sie-

bie przypadek, w którym u 4-letniej dziewczyny zjawiała się najprzód wysypka ospowa, lecz w skutek zaziębnienia cofnęła się; w kilka dni potém taż sama dziewczyna przyprowadzoną została z wyraźną odrą, którą przebywszy dostała napowrót ospy.

Prezydujący przypomniał obserwowany przez siebie podobnego rodzaju przypadek, w którym u pewnego dziecka, mającego koklusz, z pojawieniem się u niego wysypki odry koklusz zupełnie złagodniał, ale gdy odra przeminęła, pierwsza choroba odzyskała całkiem pierwotne natężenie.

P. Szokalski zwrócił uwagę Towarzystwa pod względem publiczno-lekarskim na niezbędność zaprowadzenia w Warszawie oględzin pośmiertnych w celu *sprawdzania zgonów* (constatation des décès). Czynność ta, zaprowadzona we wszystkich niemal krajach cywilizowanych, ma, jak wiadomo trojakie zadanie, a mianowicie: 1) zapobieganie zbyt wczesnemu grzebaniu ciał; 2) ułatwienie wykrycia wielu przypadków zbrodni, zwłaszcza popełnionych na dzieciach lub noworodkach, któreto przypadki bez tój czynności mogą nieraz pozostać ukryte przed okiem sprawiedliwości; wreszcie 3) zapobieganie zbyt długiemu przetrzymywaniu trupów po domach i wynikającym ztąd wyziewom tak szkodliwie działającym na mieszkańców. Przeciwno pierwszemu z tych niebezpieczeństw jesteśmy dość zabezpieczeni, albowiem obowiązujące u nas przepisy niepozwalają grzebać ciał zmarłych wcześniej, niż w 48 godzin po śmierci, i przypadki pogrzebania za życia w naszych czasach już się podobno nie zdarzają; tèm mniej za to zabezpieczeni jesteśmy przeciwko dwom drugim, bo (co do 3go punktu) składanie zwłok w kaplicach kościelnych jest tylko dla bogatych przystępne.

P. Tyrchowski podniósł ważność tego przedmiotu pod względem statystyki lekarskiej i potrzebę nieograniczania się w tój mierze do samej Warszawy, lubo nie tań trudności z jakimi przeprowadzenie tój czynności na prowincyi będzie połączone.

P. Szokalski był zdania, że najstosowniej jest zacząć od Warszawy, gdzie przeprowadzenie takiego projektu naj-

mniej napotka trudności, przypominając, że i we Francji sprawdzanie zgonów zaprowadzono na prowincyi we 12 lat później niż w stolicy.

Wreście na wniosek p. Szokalskiego Towarzystwo zgodziło się na wyznaczenie do zajęcia się tym przedmiotem komitetu, do którego powołani zostali: pp. Tyrchowski, Langowski, Szokalski i Janikowski (syn).

W końcu posiedzenia p. Chwat opowiedział obserwowany przez siebie przypadek potrójnej błony dziewiczej. Znalazł u młodej mężatki, skarżącój się na zbyt częste i z bólami połączone czyszczenie miesięczne, najprzód w zwykłym miejscu *carunculas myrtiformes* ze zwykłej błony dziewiczej; nad tą odkrył drugą błonę dziewiczą z otworkiem przepuszczającym mały palec, którą błonę rozszerzywszy natrafił na worek ślepy. Przekonawszy się jednak *per rectum* o obecności części pochwowój, zaczął bliżej badać ową trzecią błonę, wyszukał zgłębnikiem mały otvorek, rozszerzył go herniotomem i tym sposobem odsłonił całkiem prawidłowe części płciowe wewnętrzne.

SPRAWOZDANIE

z czynności kliniki chirurgicznej przy Cesarsko-Królewskiej
Warszawskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii
w roku 1860/61.

skreślił Dr. Le Brnn,
Professor kliniki chirurgicznej, Naczelny Lekarz Szpitala
Dzieciątka Jezus, etc. etc.

(Ciąg dalszy).

Wrzody z większym lub mniejszym zniszczeniem skóry połączone, owe najczęściej następstwa chorób na ogólnym uszkodzeniu organizmu zasadzających się, w zbyt małej przedstawiły się nam liczbie, byśmy w roku upłynionym dokładniej z niemi obeznać mogli studentów. Ograniczyliśmy się zatem na wrzodach prostych, czyli tak zwanych *atonicznych*, więcej miejscową chorobę stanowiących i w kraju naszym tak upowszechnionych. Obeznali się studenci z główniejszymi sposobami ich leczenia i widzieli jak leczenie to zastosowanem być musiało do przeszkód czyli komplikacyi, tamujących zwykle postęp zablizniania się tych wrzodów; że do osiągnięcia tego celu najwięcej posłużyły środki *drażniące*, pobu-

dzające owrzodzone powierzchnie do silniejszego żywotnego odczynu. Widzieliśmy nadto wrzody zgangrenowane skutkiem *odmrożenia* i *oparzenia*. Przy tych ostatnich czyniliśmy szczególniej baczniemi słuchaczy naszych na ich dążność do tworzenia blizn twardych, utrudniających władzę uszkodzonych części i wskazaliśmy sposoby zapobiegające temu obrotowi rzeczy. Uczyliśmy się jeszcze nadto rozpoznawać wrzody *rakowate* i rozróżniać ich cechy, a nakoniec u jednej chorób mieliśmy do czynienia z wrzodami *wenerycznemt następniemi*, zajmującemi różne części ciała. Była to chora w najwyższym stopniu wenerycznej dyskrazji: skóra, kości, mięśnie nawet przedstawiały u niej charakterystyczne przeistoczenia, jakie tylko choroba weneryczna do tak wysokiego stopnia w organizmie rozwinięta, sprowadzić jest zdolna. Było zatem dla studentów nauczający przykład, który dał nam sposobność sprawdzenia teoretycznych opisów téj niemocy. Chora o której mowa, już kilkakrotnie różnemi sposobami leczoną była, lecz z małym, a nawet żadnym polepszeniem. Zastosowałem u niej kuracyą Zittmana. Wypotrzebowała półtorą dozy tego dekoktu, to jest 24 butelek ze skutkiem nadspodziewanie dobrym. Owrzodzenia na głowie, na twarzy, na ramionach, na udach ze zniszczeniem mięśni połączone, jedne w zupełności, inne w części się zablizniły. Atoli poprawa ta była tylko czasową; po kilku tygodniach (bo chorą tę umyślnie dla obserwacyi długo trzymaliśmy w klinice) owrzodzenia zaczęły się odnawiać. Wzięliśmy się do środków więcéj gatunkowych, mianowicie do *protojoduretu hydr:* w dawkach bardzo małych, po $\frac{1}{12}$ części grana. Chora nie wyżyła jeszcze dwóch gran, gdy stan jej niestety nie pogorszył; nastąpiło, że tak powiem, większe rozrzedze-

nie ciała. Środki lekarskie już okazały się bez skutku, chora pozołkła, wpadła w gorączkę niszczącą i zakończyła życie. P. C h o m e n t o w s k i ciągle miał tę chorą w opiece.

Niema może kraju, w którymby częściej spotykać się można z zapaleniami palcy, czyli tak zwanymi *sastrzałami* (panaritium). Smutno jest wyznać, że przyczyna tego leży w niedbalstwie naszego ludu prostego o zachowanie w całości palcy, od których głównie utrzymanie jego zależy. Mieliśmy sposobność przekonać się o tém w roku bieżącym na ośmiu wypadkach klinicznych, które wszystkie wymagały albo większych incyzji do wydobywania już znekrozowanych kości, albo odjęcia całkowitego lub częściowego zniszczonego palca.

Wrosnięty paznogiec palca wielkiego u nogi przedstawiła nam już nie młoda kobieta, która od dawnego czasu cierpiąc na niego, poddawała się była różnym sposobom leczenia. Gdy takowe pozostały bez skutku i części miękkie osadę paznogcia otaczające daleko i głęboko zniszczeniu uległy, uznałem za konieczne odciąć cały paznogiec klinowato, wraz z otaczającemi go częściami schorzałemi. Skutek był pożądanym, lecz zabliźnienie trwało bardzo długo.

Rany różnego rodzaju w różnym stopniu i w rozmaity sposób skomplikowane były szczególnym przedmiotem naszych praktycznych objaśnień, bo z temi chirurgicznemi niemocami najczęściej spotykają się lekarze. Smutne i pamiętne w Warszawie wypadki z dnia 28 Lutego i 8 Kwietnia nastęrczyły nam sposobność obeznania studentów z ranami ciętymi i postrzałowemi różnych części ciała: głowy, piersi, kończyn górnych i dolnych.

Mieliśmy pomiędzy niemi rany proste i połączone z gwałtownymi stłuczeniami, mieliśmy rany postrzałowe przy których kula przeszła na wylot tylko części miękkie, inne, w których jednocześnie kości zgruchotane były, inne nakoniec, w których stożkowe kule pozostały w ciele, utkwivszy w mięśniach, w kości, lub dostawszy się do jakiej wydrążałości ciała.

Te rozbieżne przypadki dały poznać studentom charakteru fizyczne tak urozmaiconych ran, nauczyły ich jak chirurg z niemi postępować winien i że głównie staraniem jego być powinno, ile możności chronić tak obrażonych od kalectwa przez utratę członków; że zatem odjęcie ich, tylko w ostatecznym razie usprawiedliwioném być może.

Z przypadków ran zasługują na wzmiankę: rana cięta szyi, którą sobie dobrowolnie zadał młody czeladnik, w zamiarze podcięcia sobie gardła. Rana była powierzchowna i przed przybyciem chorego do kliniki już ją na mieście krwawym szwem połączono. Jednak zrośnięcie rany nie nastąpiło, brzegi jej rozeszły się i dopiero po długim ropieniu nastąpiło jej zabliznienie. Mieliśmy tu sposobność mówienia o ranach szyi, o ostrożnościach przy ich leczeniu, zwłaszcza pod względem łączenia ich szwami krwawymi.

Zdrowa i silna wyrobница uderzoną została w głowę cegłą spadającą z rusztowania, skóra zdartą została z czaszki i wisiała przed oczami. Powstała ztąd rana poszarpana miała kształt rozwartego kąta z bokami 3 do 4ch cali długimi, podstawą ku dołowi obróconą. Dno rany stanowiła nienaruszona rozciągną czaszki (galea aponeurotica). Mocne krwawienie rany zmusiło nas do podwiązania dwóch tętnic, z których jedna dopiero po

przedłużenia cięcia w kącie rany odkrytą i ujętą być mogła. Oczyszczone brzegi rany zostały następnie zbliżone i połączone kilkoma ściegami szwu supełkowego. Rzeczy później poszły dobrze, chociaż zamierzone połączenie *per primam intentionem* tylko w części się powiodło.

Z dwunastu ran *postrzałowych* kika przedstawiało niemało naukowego zajęcia, mianowicie: rana postrzałowa dolnej kończyny u 20-letniego, silnego i czerstwego młodzieńca. Kula przeszła u niego na wylot po nad kostką wewnętrzną goleni prawej i zgruchotała kość goleniową w dolnym jej końcu, nie naruszywszy bynajmniej kości łydkowej. Całość tej kości zapewniając nam utrzymanie naturalnej długości kończyny, pokusiła nas do skierowania wszelkich usiłowań ku ocaleniu i utrzymaniu tej kończyny; tém bardziej, że mieliśmy przed sobą młodego i czerstwego młodzieńca. Wydobyliśmy zatem zgruchotane kawałki kości goleniowej i odpiłowaliśmy sterczący jej górny koniec, ułożyliśmy kończynę w przyrządzie żłobkowém wiszącém i przy najstaranniejszém opatrywaniu oczekiwaliśmy pożądanego ropienia, zdolnego spowodzić zagojenie rany. Próżne jednak były nasze usiłowania i może zbyt długie wyczekiwanie poprawy. Ostateczny środek ratunku chorego, to jest odjęcie kończyny, już nieprzypadło w porę, jakoż chory ten w kilka dni po operacji życie zakończył.

Niemało także naukowych szczegółów przedstawiała rana postrzałowa barku prawego. Pocisk przeszył grubą warstwę mięśni część tę pokrywających, przesunął się poza łopatkę i uwiązał pomiędzy mięśniami grzbietu. Odczyn zapalny najsilniejszy zajął u chorego tego górną kończynę, cały bok prawy, grzbiet i pośladki; najprzód

pod postacią róży, a później głębokiego phlegmone, które przeszedłszy w obfite i złośliwe ropienie, śmierć chorego za sobą pociągnęło. Pan kand: *K u s z e l* najstaraniej opisał historję téj choroby, rysunkiem objaśnił kierunek postrzału i nakreślił anatomicznie drogę przez niego przebieżoną. Trzecim nakoniec ważnym i nauczającym przykładem tego rodzaju, była rana postrzałowa z *uszkodzeniem płuc*, której szczegółowy opis wyjmujemy z historyi choroby przez p. *B e l k e* Kand. Ak. złożonej.

„Rana postrzałowa znajdowała się w tylnej prawej stronie klatki piersiowej, u 20 letniego mężczyzny, który dotąd (8 Kwietnia 1861) żadnym ciężkim nieulegał chorobom. Otwór wejścia przypadał między 9—10 żebrzem, otworu przeciwnego żadnego niebyło; kula przebiła zatem: 1) skórę bardzo grubą w tym miejscu; 2) znaczny pokład tłuszczu; 3) powięź mięśni grzbietnych; 4) m. najszerszy grzbietu, m. zębaty tylny, m. długi grzbietu, przeszła między żebrami nie sprawiwszy jak się zdaje w nich żadnego uszkodzenia, przebiła m. międzyżebrowy zewnętrzny, a przebiwszy 5) opłucną, 6) weszła do płuc, o czem nas przekonywało powietrze z płuc uchodzące. Otwór kuli był szeroki na 4—5 centymetrów, tkaniny dotknięte przedstawiły się nam koloru brunatno-sinawego, otoczone wokoło na znacznej przestrzeni krwią wysączoną w tkankę podskórną (ecchimoses), krew z rany nie uchodziła już (dnia 9 Kwietnia) wcale; przy bliższém badaniu zgłębnikiem i lekkim dotykaniu była niebolesną, raczejby można powiedzieć stręwiałą, któreto strętwienie udzielało się całej górnej części klatki położonej nad samą raną. Różnorodność tkanin dotkniętych (jako to: skóra, tkanka tłuszczowa podskórna, opony mięśniowe, mięśnie, błony surowicze i t. d.), odmienna budowa wszystkich tych części pod względem histologicznym, właściwa każdej tkaninie podatność i elastyczność zrządziły, iż kanał jaki sobie w nich pocisk utorował, był nieregularny

zgięty, tu i ówdzie więcej lub mniej zwężony, o czém przekonaliśmy się śledząc go starannie zgłębnikiem znacznej długości, przyczem jednak na żadne ciało obce, to jest twardsze natrafic nie mogliśmy. Prócz tego znaki fizyczne okazały ton tępy powyżej rany, szmer niewyraźny pęcherzykowy; chory kaszłał dość często, odpluwał z trudnością znaczne ilości śluzu, łatwo przystającego do naczynia szklanego, brzuch miał wzdęty, bólu żadnego w nim niedoświadczał; język białym śluzem obłożony, apetyt żaden, na stolec kilka dni niechodził.

Rozpoznanie. Rana była zadana w położeniu leżącym, grzbietem do góry, chory sam znajdował się na pewnym wzniesieniu (schodkach), gdy strzelający byli na dole z przeciwniej strony ulicy, kula więc biegła z ogromną szybkością, uderzyła o grzbiet w kierunku ukośnym, lecz pod kątem prawie zbliżonym do prostego, co widać z większej utraty substancji w górnej części rany jak dolnej, przebiła opłucną i płuco samo jak to widzimy z głębokości rany, powtórę z uchodzącego powietrza przy głębokiem wdychaniu, a po trzecie ze znaków fizycznych, które ani w tém miejscu nie są normalne, ani są odpowiednie tonowi jasnemu i pełnemu, z drugiej strony, ani nie dowodzą żadnego dawniejszego zajęcia anatomicznego np. pleuritis, pneumonia, lub tuberculosis *pluc*; mamy więc *ranę postrzałową klatki piersiowej przenikającą, Vulnus sclopetarium penetrans pectoris.*

Nieobecność otworu wyjścia, dowodzi nam jeszcze, iż póścisk, któren sobie drogę do płuc utworował, tkwi w nich, chociaż i to nie dowodzi ostatecznie obecności kuli w klatce piersiowej, gdyż pierwszy już Ambroży Paré okazał: „iż nieraz kula, która przed sobą wpycha części ubrania, wypada przy rozbieraniu chorego najczęściej niepostrzeżenie, z częściami, które przed sobą w ranę wtłoczyła;“ nie mając przed sobą sukni chorego, nie mogliśmy sprawdzić, czyli te są nietknięte, czyli też są przez kulę przedziurawione.

Rokowanie. Ogólnie mówiąc, wszystkie prawie rany, głębsze części organizmu naruszające, są niebezpieczne i dają rokowanie niepomyślne, a przynajmniej wątpliwe, w tym razie zaś szczególnie: bliskość postrzału, a ztąd jego szybkość, ogro-

me uderzenie, zniszczenie jakie ten zrządził w wszystkich częściach przez siebie przebieżonych, ważność miejsca, ważność organu, wreszcie obecność pocisku, całego lub przynajmniej jego cząstki, kazały nam postawić rokowanie stanowczo złe.

Leczenie. Wszelkie poszukiwania kuli (przypuściwszy iż jest) były naukowo przeciwwskazane, sondowania nawet ostrożne w tym razie narażają na przerwanie naczyń i krwotok. Rana więc została zbliżona plastrami lepkiemi, zalecono choremu zupełny spokój, wewnątrz z przyczyny, iż zapalenie płuc i opłucnej było blizkie, zalecono:

Rp. Inf. semin. lini unc. VIII.

Kali nitrici drach I.

Succi Liquiri: drachmas tres.

DS. co godzina łyżkę.

Metoda przeciw zapaleniu mocniejsza nie mogła być użytą, z przyczyny znacznego upadku sił, a które były tak potrzebne w przewidywaniu przyszłego ropienia; z powodu wstrzymanego stolca miał zaleconą lewatywę; dyeta ścisła.

Dnia 10 Kwietnia. Noc chory spędził bezsennie, kaszel częstszy, plwociny poczynają nabierać barwy krwawej, w płucach rżęzenie trzeszczące rzadkie, gorączka się wzmacnia, puls 100, język suchy, pragnienie, zaparcie stolca, ból w ranie chory poczyną uczuwać, znaczne obrzmienie części dotkniętych, większy upadek sił; lekarstwa starano się połączyć wzmacniające środki i czyszczące, do czego nam posłużyło:

Rp Inf. flor. Arnicae unc. VI.

Magn: sulph. unc. 1.

DS. co godzina łyżkę.

Przez kilka dni następnych, chory przy dawaniu prosków z Octanu Morfiny spał chwilami, kaszel ciągły, plwociny krwawe, stolec regularny, brak apetytu, język biały śluzem obłożony.

Dnia 16-go, kaszel ciągły, odpluwanie bardzo trudne, duszność, w miejscu postrzału znaczna obrzmiałość, chory czuje w tém miejscu ból dotkliwy, ton tępy przy pukaniu i brak

szmerów oddechowych pochodzi z tworzącego się w tém miejscu *pneumopyothorax*; upadek sił ogromny; przepisano salętrę w nalewie pomornika.

Dnia 17go, noc bezsenna mimo wzięcia 3 proszków Octanu Morfiny po $\frac{1}{6}$ gra.; około 4 po południu w miejscu postrzału okazał się krwotok, a raczej obfite sączenie się zmieszanej z ropą krwi, przy każdym kasznięciu krew obficie wyciekała, którą powstrzymano zatamponowaniem; opatrunek około 7ej został zmieniony, gdyż powtórnie zupełnie przesiąkł krwią; na noc proszek Morfiny $\frac{1}{2}$ granowy.

Dnia 19go, puls 120 mały, temp. 30 R. język suchy, pragnienie, oddech cuchnący, ropienie nadzwyczaj obfite tak, iż po 4 razy musi być opatrywanym, upadek sił ogromny, lekarstwo toż same.

Dnia 23go, po kilkodniowej bezsenności spał nieco, puls 120, temp. 39, respiracyi 36, na łopatkę z prawej strony utworzyło się niewielkie odleżenie, które opatrzone stosownie, rana sama ropyje nieco mniej, lecz do koła poczerwieniała, za posmarowaniem Gliceryną, chory doznawał mocnego szczypania.

Dnia 25go, chory po wypiciu rosołu lub wina czerwonego natychmiast doznawał nudności i zrzucił spożyty napój, oddech cuchnący, zupełny upadek sił. T. 30, P. 130 drobny, zastosowano pożywne enemy z żółtka i rosołu.

Od dnia 27go stan ten można uważać za ciągle powolne konanie, wprawdzie przestał zrzucić spożyte pokarmy, gorączka jednak się nie zmniejsza, upadek sił coraz większy tak, iż chory o własnej mocy nie może się poruszyć, ropienie ciągle znaczne, chwilami chory wpada w nieprzytomność, niepoznaje otaczających osób, bredzi. Zalecono odwar kory chinowej.

Dnia 29go, chory nad ranem spał, zbudziwszy się zakaszlał bardzo silnie i zaczął obficie zrzucić krew ustami, z silnych wstrząszeń przy kaszlu puściła się z rany krew dość obfitym strumieniem. Krew jasna, czerwona, zbita w skrzepy. Koło godziny 2 z południa chory stracił przytomność, puls

był drobny, niknący 120, kończyny ziębły, zgon zaś nastąpił koło godziny 9 wieczorem.

Badanie pośmiertne:

Rana przedstawiła się nam brudno sinego koloru, brudna posoka z niej się sączyła; skóra, mięśnie, tkanka tłuszczowa, powięź były dokoła zgangrenowane, wyropiałe, w górnej części rany dostrzegliśmy między mięśniami głębokimi grzbietu, a tkanką podskórną i skórą samą kanał, a raczej rynienkę (la gouttière) jednostajnie wyżłobioną, dochodzącą aż do wysokości 3 kręgu grzbietowego, przeto znacznej długości; widocznie utworzoną przez ciało obce, którego wszakże nie znaleźliśmy; kanał ten był na drodze zabliznienia, tu i ówdzie zawierał skrzepy małe krwi, pochodzące z przerwania naczyń włoskowatych; ściany tego kanału (to jest: z jednej strony mięśnie, z drugiej skóra i tkanka komórkowata podskórna) nie były wcale zmienione, ani w swój barwie, ani konsystencji, ani formie zewnętrznej; ztąd nie mogliśmy mieć żadnego podejrzenia, aby pocisk tak wysoko pod skórę zaszedł. Śledząc głębiej ranę, przekonaliśmy się, iż oba żebra między którymi kula przeszła, były nieuszkodzone; otwór wiodący do płuc był wielkości 2 złotówki; w samym płucu, w zrazie średnim znaleźliśmy wązki kanał, zgięty ukośnie i załamujący się w różnych kierunkach, długi na 1 cal, w części wysłany już świeżo utworzoną błoną właściwą (pyogenica); kanał ten kończył się ślepo, i w samym jego końcu znaleźliśmy ciało twarde, wielkości grochu polnego, które bliżej obejrzane, okazało się być wierzchołkiem stożkowatym kuli stożkowej.

Płuco prawe było zapadnięte i ropiące na całej swój powierzchni, w górnej części było przekrwione; lewe lekko przekrwione, w osierdziu massa płynu surowiczego, wątroba zepchnięta o jedno żebro niżej; śledziona normalna, w żołądku przekrwienie i nieżyty; кишки cienkie rozdęte gazami, w grubych kał stwardniały.“

Inni chorzy z ranami postrzałowemi, a nawet dość ciężkiemi, uleczyli się, lecz kosztem mniejszego lub większego kalectwa. Tu należą dwaj mężczyźni, którzy mieli przestrelone kończyny górne z uszkodzeniem stawu

łokciowego, tudzież kobieta, której kula karabinowa przeszła rękę od strony dłoni ku jej grzbietowi i zgruchotała dwie kości dłoniowe.

Niezbywało nam w roku tym na licznych *złamaniach kości* prostych, lub w połączeniu ze zwicnięciem i rozraniem części miękkich. Szczegółowy wykaz tych złamań obejmuje powyżój podana tablica. Było ich w ogóle 18. Ze złamań pojedynczych zasługuje na wzmiankę złamanie obojczyka, prędko uleczone za pomocą przyrządu *M a y o r a*, tudzież rzadko wydarzające się złamanie szyi kości ramieniowej, tak zwanój szyi anatomicznój, któremu skutkiem nieszczęśliwego upadnięcia uległa stara kobieta. Mielśmy także dwa złamania szyi kości udowój; jedno u kobiety, drugie u starego mężczyzny, który jednocześnie miał złamane ramię. Tak ci chorzy jak i inni wyleczyli się szczęśliwie, przy użyciu rozmaitych opatrzeń, do każdego wypadku zastosowanych. Opatrzeń *krochmalnych* lub *gipsowych* używaliśmy korzystnie nawet przy złamaniach połączonych z ranami, urządając je tak, że bez naruszenia opatrzonej kończyny mogliśmy codziennie lub częściej opatrzyć ranę. Tak też obmyśloném i urządzoném zostało opatrzenie złamanój goleni, połączone ze zwicnięciem dolnego jój końca i ze zranieniem pokrywającój go skóry. U trzech chorych mogli studenci nauczyć się rozpoznawać złamania *żeber* i obeznać się z ważnemi powikłaniami, przypadkom tym towarzyszącemi, jakimi są: uszkodzenie płuc, oplucnój, zapalenie tych części, *emphysema*. Leczenie tych powikłań jest w razach tych najważniejszém zadaniem lekarza, bo zrośnienie złama-

nych zeber prawie dobrowolnie, przy prostem opasaniu kadłuba, dość prędko następuje.

Z chorób *stawów* mieliśmy sposobność rozpoznać i rozróżnić, wodne puchliny i tak zwane guzy białe stawów: barkowo-łopatkowego, łokciowego i kolanowego. Wiadomo jak rozmaite są pojęcia autorów o chorobach stawów, pod nazwiskiem zwichnień dobrowolnych, a ogólniej jeszcze pod nazwiskiem *guzów białych* objętych; staraliśmy się zatem o ile możności ten przedmiot objaśnić i pogodzić zdania autorów pod względem téj choroby, zwracając głównie uwagę na praktyczny sposób zapatrywania się na nią i wskazania lekarskie na doświadczeniu oparte. Do wskazania tego naukowego kierunku studentom spowodowało nas najwięcej to przekonanie, że w dzisiejszym stanie nauki naszej niepodobna jest z pewnością oznaczyć, jakie tkaniny w skład stawu wchodzące są siedliskiem choroby; czy głównie cierpią części miękkie lub twarde, błony, chrząstki lub kości i że anatomia patologiczna tych chorób uczy nas, że najczęściej wszystkie te tkaniny mają udział w zmianach chorobnych. Zdaje się zatem, że choroby te ogółowo pojmować i poznawać trzeba, tem bardziej, że szczegółowe ich, że tak powiem, umiejscowienie nie jest w stanie wskazać postępowania lekarskiego, zdolnego prędzej i pewniej doprowadzić do pożądanego celu. Wskazując studentom ten sposób zapatrywania się na te choroby, czyniliśmy ich bacznyimi na ich przyczyny, stopień, rozwinięcie i grunt na którym spoczywały.

W pewnym wypadku wodnej puchliny kolana, powstałem nagle u młodej kobiety, wśród reumatycznej gorączki, z pożądanym skutkiem użyliśmy emetyku w du-

żych dawkach, obok umiarkowanego nacisku na kolano. Po trzech dniach gorączka zgasła, kolano znacznie otęchło i ból przestało.

Dwa guzy białe kolana były w niższym stopniu rozwinięcia. Środki odwracające, drażniące skórę, obok największego spoczynku i ułożenia cierpiącej kończyny w drucianym żłobku, grubo wata wysłanym, wystarczyły do usunięcia choroby.

Choroby *kości* i pokrywającej je błony tak częste i zawsze tak wielkiej wagi, przedstawiały się nam pod różnymi postaciami i w różnym stopniu. Rozbierając naukowo te choroby, porównywaliśmy je z podobnymi cierpieniami tkanin miękkich, starając się wykazać, że tak jedne jak drugie ulegają tym samym patologicznym przemianom. Zwracaliśmy uwagę studentów na ważną rolę jaką w chorobach kości odgrywa okostna, jak wielki ma udział w zabliznianiu się ran kości z utratą ich masy połączonych tak dalece, że prawie powiedziećby można, że okostna nową kość odrodzić jest w stanie.

Stawiając obok siebie podobne formy chorób części miękkich i kości, staraliśmy się dać poznać, jak proces chorobny w ostatnich jest nierównie dłuższy, tak, że prawie zawsze do form chronicznych zaliczać je można. W tym celu nawet przetrzymaliśmy dłużej w klinice kilku tego rodzaju chorych, by studenci nauczyć się mogli, ile to trzeba starania i cierpliwości z owrzodzeniami kości, z ich zgorzela, zaczem się krok jeden dalej w leczeniu ich postąpi. Dziwno im być mogło nieraz, gdy się nie spieszyłem z wydobyciem sekwestru już na pozór wolnego, i przekonali się, że pospiech w tych razach naraża chorych na ból niepotrzebny, a przeciwnie, że operacja

w właściwej porze wykonana odbywała się bez bólu i prędko. Mieliśmy młodą dziewczynę z owrzodzeniem i rozmiękczeniem kości stopy. Złe zasadzało się na ogólnej dyskrazji skrofulicznej. Przy leczeniu tej niemocy mogli studenci przokonać się o skuteczności leków tak zwanych antiskrofulicznych; widzieli zarazem jak działanie ich wspierać trzeba środkami miejscowymi i ręczną pomocą.

W owrzodzeniu muszli nosa połączeniem z przetoką otwierającą się na zewnątrz, obok kąta wewnętrzznego oka, doznaliśmy najlepszego skutku z nastrzykiwań tynkturą jodową na wpół wodą rozcieńczoną. Po kilku takich nastrzykiwaniach zmodyfikował się proces ropienia chorobie tej towarzyszący i blaszki obumarłej kości odeszły otworem przetoki, poczem nastąpiło jej zagojenie.

W dwóch wypadkach *owrzodeń kości* stępu, połączonych z utratą palcy i zniszczeniem części miękkich, zmuszeni byliśmy wziąć się do operacyjnego większego działania, o czém jeszcze niżej mowa będzie.

(Dalszy ciąg nastąpi).

UWAGI NAD ARTYKUŁEM:

SPOSTRZEŻENIE WODOWSTRĘTU

podanym przez Dr. Bałwańskiego

w Nr. 18 b. r. Tygodnika Lekarskiego.

Treścią pomienionego artykułu jest fakt następujący: W ostatnich dniach Stycznia b. r. został p. N. N. na Litwie, człowiek zdrowy i w sile wieku, pokąsany przez nieznanego psa w chwili, kiedy N. N. w zamiarze wypchnięcia psa z kurytarza uchwycił za obrózę tegoż. Podejrzywanie psa o wściekliznę wywołało przestraszenie rodziny i samego pokąsanego, skutkiem czego chory udał się do Wilna, gdzie obok rad lekarzy tamtejszych (których poleceniu niezupełnie się poddawał) na usilne ze wszęch stron nalegania szukał pomocy u guślarzy i samouków celem zapobieżenia wściekliznie, przyczem zadane przez ukąszenie rany w krótko się zablizniły. Pod wpływem niewysłowionej trwogi o życie utrzymywanej przez wszystkich znajomych (których była bardzo wielka liczba), i podsycanej przez nieproszone rady osób nawet całkiem nieznanych, zostawał chory przez dwa miesiące. W dniu 28 Marca pojawił się dreszcz, który po wypiciu ciepłej herbaty ustąpił, poczem chory spokojnie zasnął. Dnia 29 dreszcz się ponowił, a po nim nastąpiła

gorączka (z potami), która się odtąd do końca życia utrzymywała w wysokim stopniu. Dnia 30 powstał niesmak, brak apetytu, ból w żołądku i niespokojność wielka, przeciwko czemu zażył chory pigułki czyszczące, które sprowadziły w prawdzie skutek zamierzony, ale nieusuwały choroby. Dnia 31 obraz choroby przybrał inną postać, pojawiło się znużenie, wystąpił ból w karku i wstręt do napojów, śmiech mimowolny, wykrzywanie twarzy, czułość niezwykła, gadatliwość, utrudnione połknięcie, przyczem chory wychrząkiwał co chwila dużo lepkiego gęstego śluzu; tętno uderzało 120 razy w minucie. Pulv. Belladonae $\frac{1}{2}$ gr. co 2 godziny.

Dnia 1 Kwietnia. Głowa i skóra pałająca, ból połowicy ciała, tętno 130, Erectio penis, dla ochłodzenia się zanurza chory ręce w wodzie. Belladonna po 1 gr. co 2 godziny.

Dnia 2. Niemoc połowicza, objawy nerwowe wzmagają się bardzo silnie, spermatorrhoea, chory mając i rzekonanie o wścieklicznie, pociesza otaczających, że im szkodzić nie będzie.

Dnia 3. Dla uśmierzania okropnych męczarni doznawanych przez chorego, a pochodzących z rozpaczliwej trwogi o życie, przy wzmagających się ciągle objawach nerwowych (powyżej nadmienionych), zalecono upuszczenie krwi i kąpiel, poczem chory, zrobiwszy testament przy zupełnej przytomności umysłu, usnął na chwilę, a w krótkce w konwulsjach zakończył życie. Blizny żadnej nieuległy zmianie.

Ogłoszony przez Dra B. opis wypadku wodowstrętu, jak z jednej strony godnym jest szczególniej uwagi kolegów, tak znowu z drugiej właśnie dlatego, że nie

może być obojętnym dla myślącego lekarza, zasługuje na troskliwe zbadanie i sumienny rozbiór krytyczny.

Nikt niezaprzeczy, że wypadki wodowstrętu, jako następstwa straszliwej choroby *wścieklizny*, w obecnym stanie nauki odmienne jak dawniej mają znaczenie w patologii, że dziś inaczej jak niegdyś, patrzymy się na chorych tej chorobie uległych, inaczej oceniamy samą chorobę i czego innego także od doniesień podobnych i od samego postrzegacza wymagamy. To odmienne przeto stanowisko całej nauki, ta zmiana w wymaganiach lekarskich i w roli obserwującego jest powodem, że się ośmielamy zwrócić tych kilka słów do szanownego kol. Bałwańskiego opisującego powyższe postrzeżenie, a który szczegółowem zebraniem towarzyszących temu przypadkowi pojawów i wierném skreśleniu ich, kolegom i ubogiej pod tym względem nauce klinicznej, prawdziwą kładzie zasługę.

Opis kol. Bałwańskiego jest wierny i postrzeżenie sumienne, zaco szczerze dziękujemy, musimy wszakże zwrócić uwagę kol. B. że do ścisłości klinicznej i naukowej, któraby wypadek ten czyniła zdolnym do wyprowadzenia zeń potrzebnych wniosków, niedostaje tu kilku szczegółów niezmiernie ważnych, a które niezbędnie są potrzebne do ścisłego rozpoznania i stanowczego orzeczenia: czy obserwowana choroba była w rzeczy samej *wodowstrętem po przyjęciu jadu wścieklizny powstałym?*— Kol. B. nazywa wprawdzie przykład ten: „postrzeżenie wodowstrętu“ to jest, jak autor sądził, „wścieklizny jadem psa wściekłego zaszczipionej“ którą rzekomo zowiemy „wodowstrętem“—a przecież zaraz w 3 wierszu artykułu swego, mówi, że wypadek ten wywołany został przez psa „podejrzanego o wściekliznę.“

Zasada podejrywania psa owego o wściekliznę, utrzymuje się w ciągu całego opisu, a nawet kładzie sam autor dowody, że pies ten *nieprzedstawił wyraźnych pojawów rzeczonój choroby*, a co ważniejsza, mamy w artykule tym kilka dowodów zmuszających nas do przekonania, że *pies ów niepodawał żadnych znaków wścieklizny*. Autor artykułu bywiem mówi wyraźnie, jako „dowiedziano się, że pies ten był pokąsany przez psa *podejrzanego o wściekliznę*, że pies ten (który ukąsił N. N.) pokąsał drugiego psa, który dostał ślinogorzu i następnie zdechł“ dalej „słudzy zapewniali, że pies winowajca, miał wejrzenie spokojne, sierć gładką, ogon podniesiony w górę, wody się nie lękał, nikogo nie napastował, że zatem o wściekliznę pomawiać go nie można było.“

Z przytoczonych tu słów autora widzimy dowodnie, że do stanowczego orzeczenia natury choroby psa, to jest wścieklizny, niemamy żadnego upoważnienia; — o czém autor artykułu zdaje się wiedzieć dokładnie, przytacza bowiem sam w Nr. 20 Tygod. ustęp z dzieła p. Kierkowskiego o dotyczący symptomatologii wścieklizny u zwierząt, gdzie przebieg téj choroby podzielony został na 4 okresy, z których żadnego niewidzimy u psa podejrzanego o wściekliznę w opisanym wyżej wypadku.

Przy takich warunkach wywodu (Anamnesis) pozostaje zatem tylko *przypuszczenie*, że jad wścieklizny, jeżeli w wrzeczy samój był zaszczepiony w organizm psa winowajcy, znajdował się tu w chwili kąsania p N. N. jeszcze *w okresie utajenia* (incubatio); wszakże przypuszczenie to zostanie zawsze tylko pochopnym domysłem i to podwójnie, albowiem pies ten, zostawszy na miejscu zabitym, nie może dać dowodu, że choroba mogłaby

później wystąpić, powtóre że jak sam autor mówi, ten pies winowajca, miał być pokąsany przez psa *podejrzanego o wściekliznę*.

Jakkolwiek przeto nawet na poparcie tego pocho-pnego przypuszczenia (o utajonym jądzie wścieklizny u psa) niemamy żadnego dowodu, wszelako dla braku pewnej znowu zasady zaprzeczenia temu domysłowi, ośmielamy się dla krytycznego uzupełnienia przyjąć w danym wy-padku owe przypuszczenie, aby i z téj strony uniknąć możliwój pomyłki.

Dla uchronienia się zatém od błędnego wnioskowa-nia dalszego, wypadałoby doświadczeniem kliniczném dowieść, że utajony w organizmie jad wścieklizny *może przed wybuchem saméj choroby* u pierwszego indiw-iduum, *zatruc pierwiastkiem jadowitym organizm zdrowy* i sprowadzić w tymże rozwój całej istoty chorobowój jadu?

Zakres moich wiadomości dotyczących teoryi zara-żliwości wścieklizny, dozwala mi twierdzić, że doświad-czenie kliniczne zaprzecza podobnemu przypuszczeniu, i w dziełach specjalnych, obszernie o tém traktujących, nieznajdję również żadnego faktu do ustalenia rzeczo-nego przypuszczenia służącego. Nie pozostaje zatém nic innego, jak tylko zwrócić się do analogii, czy inne pier-wiastki zaraźliwe jak: syfilityczny, ospowy, durzycowy i t. p. ulegają temu prawidłu czy nie? Otóż i tu zasa-dy Patalogii ogólnéj nie tylko, że niepotwierdzają takiego przypuszczenia, ale przeciwnie, wszyscy autorowie i le-karze praktyczni zgadzają się w tém jednomyślnie, że choroba zaraźliwa każda przenosi się na ustroj zdrowy tylko i *wyłącznie z ustroju chorobą daną już napastowa-*

nego, to jest przedstawiającego już objawy choroby rozwiniętej.

Odwołując się zresztą do logiki i pierwszych zasad fizylogologii, wypada, że inaczej nawet być nie może, gdyż jak wiemy, każda zaraza udziela się jedynie (mówimy tu o zarazie *stałej*, Contagium) drogą wydzielin czyli w ogólności pomocą jakichś części organicznych od zarażającego ustroju pochodzących; te części zaś mogą przenieść zarazę dopiero wtedy, jeżeli same ją posiadają, co się stać może znowu tylko wtedy, jeżeli *miejscowo zaszczepiony jad naruszył już cały ustrój*, inaczej mówiąc, jeżeli już sprowadził chorobę samą, która bez objawów klinicznych istnieć nie może.

Jeden tylko wyjątek od tego prawidła byłby możliwy jak np. stać się to może w zarazie syfilitycznej, żeby część osoby zdrowej zetknęła się z częścią zarażoną pierwotnie, bezpośrednio tuż po zarażeniu w chwili, gdy jeszcze zaraza ta nienaruszywszy ustroju, leży w miejscu gdzie została złożoną np. na błonie pochwy macicznej. Wszakże wypadek ten możliwy jest w innych chorobach (syfilis, nosacizna), nigdy jednak odnieść się nieda do wścieklizny, wyjąwszy gdyby było stwierdzoném, że pies winowajca nosił jad wścieklizny na zębie swoim, któreto przypuszczenie znowu upada w wypadku kol. Bałwańskiego, albowiem tu pies winowajca pokąsany był przez *psa tylko podejrzanego* o wściekliznę.

Z tego cośmy dotąd powiedzieli wypływa, że najprzód pies który ukąsił p. N. N. nieobjawiał żadnych znaków wścieklizny, że zatem nie był wściekły, dalej że pies ten (przypuściwszy nawet, że nosił w ustroju swym pierwiastek wścieklizny) niemógł zaszczepić jadu zaraźliwego w ustrój p. NN. Gdy atoli pomimo to wszystko

fakt sam przez się jest niewątpliwy, że p. N. N. uległ chorobie niezwyčajnej i skutkiem téj zakończył życie, którego to zakończenia choroby niewytłumacza nam dotychczasowe doświadczenie kliniczne, wypada zważyć *a)* czy choroba p. N. N. była pod względem klinicznym w samej rzeczy wścieklizną, a jeżeli tak jest wyszukać drogę, jaką wścieklizna w wypadku tym choremu zaszczeponą została? *b)* powtóre, jeżeli choroba dana nie była wścieklizną, jaki inny stan patologiczny mógł spowodować podobne objawy i śmiertelne zakończenie.

ad a. Pod względem stanowczego orzeczenia, czy choroba p. N. N. była w istocie swéj wścieklizną jadem psa przez ukąszenie zaszczeponą? zachodzi w tym przykładzie trudność, która przy szczegółowém rozważeniu objawów i uwzględnieniu wyvodu (w podobnych wypadkach nader ważnego), tém cięższe do rozwikłania stawia przeszkody. Ogólny obraz choroby zestawiony z pozornie jawném źródłem powstania jéj, czyni wprawdzie na pierwszy rzut oka rozpoznanie bardzo łatwém, tém bardziej stać się to musi u lekarzy najbliższych chorego, którzy pod wpływem straszliwych męczarni cierpiącego i piorunującego przebiegu choroby, niemniej jednozgodnego przekonania osób otaczających i wyrobionego z góry zdania, do stanowczego wyrokowania o naturze choroby w samym początku już zmuszeni być mogą.

Inaczej wszakże ma się rzecz przy troskliwém, zimném ocenianiu faktu dokonanego, którego objawy szczegółowo rozebrane rozmaicie tłumaczyć się pozwalają i gdzie dokładny opis choroby podaje warunki innego wnioskowania.

I tak: niezaprzeczymy wcale, że idąc drogą analityczną, napotykamy w chorobie p. N. niektóre przypadło-

ści, jak: wstręt do napojów, trudność w przelykaniu, objawy nerwowe, wygórowaną, chuć cielesną, spermatorrhoea i gwałtowność przebiegu choroby z zakończeniem śmiertelném, które w rzeczy samej są cechami wścieklizny; wszelako z drugiejj strony, każdy przyznać musi, że jak droga analityczna nie wystarcza sama dla siebie do stanowczego orzeczenia natury choroby, w czém rostrzygać może tylko następna synteza, to jest pojęcie ogólne całego obrazu niemocy z uwzględnieniem stosunku przyczynowego objawów czynnościowych do źródła choroby i zmian anatomicznych, tak téż i wymienione powyżej przypadłości nie stanowią jeszcze *same przez się* właściwej choroby wścieklizny. Do ostatecznego rozpoznania jój wypada koniecznie zwrócić uwagę na inne także objawy chorobie danéj towarzyszące, niemniej na te, które wedle dotychczasowych postrzeżeń klinicznych zawsze w téj chorobie napotykané były, a których w tym właśnie przykładzie niedostrzegamy, w końcu na możliwe stwierdzenie związku pomiędzy ukąszeniem psa, jako źródła jadu, z wywiązaniem się opisanéj choroby. Otóż zważywszy dokładnie przebieg choroby przez kol. Bałwańskiego podany, widzimy tu przypadłości, które biorąc rzecz ściśle, do obrazu wścieklizny wcale zaliczone być niemogą, jakiemi są: dreszcze w początku choroby powtarzające się, gorączka silna, tętno pełne i bardzo szybkie (do 130 uderzeń w minucie dochodzące), nadczułość połowicza z następną bezwładnością tejże części ciała, ból w żołądku, wycharkiwanie obfite gęstego lepkiego śluzu z gardła (kol. B. zaniedbał badania połyku); a przeciwnie zbywa nam tu na objawach przy wściekliznie statecznie występujących, do których należą: *peryodyczność napadów nerwowych, pragnienie doku-*

czliwe, właściwy tej chorobie kurcz w mięśniach oddechowych, małe, ściągnięte, i niezbyt przyspieszone tętno, jakoteż zmiana głosu.

Jeżeli przeto zmierzmy bezstronnie różnicę zachodzącą pomiędzy napotkaniami u p. N. objawami do istoty wścieklizny *należącymi i nienależącymi*, a do niej dołączymy przypadki tej chorobie właściwe, których w tym wypadku autor artykułu *niedostrzegął*, przekonamy się dowodnie, że *sama fenomenologia kliniczna okazuje się niedostateczną* do wyrokowania: jako obserwowana u p. N. choroba była rzeczywiście wścieklizną w tej formie nosologicznej, za jaką nam autor podaje, i że na stwierdzenie tego przypuszczenia należy koniecznie szukać poparcia w Etiologii. Dowodne wykazanie wścieklizny u psa, który pokąsał pana N. i stwierdzenie związku przyczynowego pomiędzy ukąszeniem a wybuchem choroby p. N. dałoby *jedynie niewątpliwy* dowód, że choroba p. N. była w rzeczy samej *wścieklizną jadem psa choremu zaszczipioną*. Ponieważ atoli na wykazanie potrzebnego faktu anamnestycznego, niemamy, jak się to wyżej okazało, żadnego najmniejszego dowodu, a tém samym i stwierdzenie związku pomiędzy ukąszeniem a wybuchem staje się niepotrzebném i niemożliwém, wynika ztąd, że *choroba p. N. jakkolwiek zbliżone do wścieklizny przedstawiała podobieństwo kliniczne, niemogła być przeciwieństwem i nie była wścieklizną jadem psa wściekłego zaszczipioną*.

ad b). Po przeczącém rozwiązaniu pierwszego pytania co do istoty postrzeganej choroby, zachodzi teraz druga, niemniejsza od poprzedniej trudność w wykazaniu: jakie inne cierpienie mogło dać powód do powstania chorobie tak nagłej i złośliwej, która jak dopiero po-

wiedziano, do wścieklizny tak bliskie przedstawiała podobieństwo, nie będąc przecież wścieklizną (jadowitą)? Do wyszukania innego źródła patogenetycznego, z którego byśmy chorobę p. N. wyprowadzić byli w stanie, pozostaje tylko jedyna, względnie najpewniejsza droga *wykluczenia*, której trzymając się, musimy po krótkce przebiegnąć ogólne formy patologiczne, które podobne objawy sprowadzić mogą.

Nie potrzebuję dowodzić, że w zwyczajnym szemacie nosologicznym nieznajdujemy żadnej formy, do którejbyśmy chorobę p. N. przystosować mogli.

Cały zastęp chorób *nerwowych* różni się od danej niemocy powstaniem, przebiegiem, objawami i zakończeniem do tego stopnia, że go stanowczo wykluczyć możemy.

Choroby powstające z *zatrucia* powodują częstokroć nader rozmaite, żadnym ogólnym określeniem ująć się niedające, niekiedy i do naszego przykładu bardzo zbliżone objawy, wszakże brak warunków wywodowych upoważnia do wykluczenia i tego działu słabości. Chory używał wprawdzie pokrzyk (Belladonna) w dosyć znacznej ilości, a znaki otrucia atropinowego pod wielu względami są zupełnie te same, jakie widzimy w przebiegu choroby p. N. (drgania mięśni twarzowych, śmiech mimowolny, trudność w połykaniu, wstręt do napojów, czułość podniesiona, majaczenie wesołe, podwyższenie chuci (o rozszerzeniu źrenicy nic niewspomina p. B a ł - w a ń s k i), *Oesterlen, Lebert*). Ten szczególniejszy zbieg okoliczności, mógłby zaiste przeważnie wpłynąć na rozwiązanie wątpliwości dagnostycznej w tym wypadku, gdyby temu ta znowu niezastępywała przeszkoda, że wymienione powyżej objawy wystąpiły już *przed użyciem*

pokrzyku, któryto środek podany był przez p. A b r a m o w i c z a dla poskromienia przypadłości wyprowadzanych z wścieklizny.

Cierpienia na tle *sprawy zapalnej* wywięzujące się odznaczają się pospolicie wyraźnemi céciami i porządkowym biegiem do tego stopnia, że o możliwej pod innym względem pomyłce w rozpoznaniu, w tym właśnie wypadku myśleć nie można. Mimo to wszakże przypomnieć w tém miejscu muszę fakt doświadczeniem kliniczném w prawdziwie nie częstém, ale niemniej dowodnym stwierdzony, że zdarzają się wypadki chorób zapalnych, w których przebiegu bez wysłedzonej przyczyny występuje najwyraźniejszy wstręt do wszelkich napejów obok drgawek, kurczów połykowych i innych objawów, pospolicie przy wściekliznie napotykaných (Valleix, Chomel). Objawom tym wszakże towarzyszy za zwyczaj gwałtowny rodzaj majaczenia (czego u naszego chorego niewidzimy), a samą chorobę cechują znaki istocie głównego cierpienia właściwe. Jeżeli wszakże zważymy cały obraz choroby p. N. który przedstawia się w ogólności niewyraźny, zatarty, powikłany, stosunkami wyvodu mocno zamącony, niepodobna bezwzględnie twierdzić, że wypadek ten niema nic wspólnego z żadną chorobą, mianowicie z rzędu cierpień mózgowych, na któryto domysł niebezpieczny naprowadza (obok dreszczów i gorączki) objaw nadczulości i bezwładności *połowicznej*, dział chorób w mowie będących dobitnie cechujący.

Niedostaje tu wprawdzie innych chorobom mózgowym właściwych przypadłości, wszelako brak ten wytłumaczyć się daje nieprzełamaną często, a doświadczeniem kliniczném aż nadto stwierdzoną trudnością ścisłego różnicowego rozpoznania i rozgatunkowania chorób tego rzędu,

która w licznych wypadkach czyni wprost niemożliwem rozróżnienie zapalenia opon mózgowych od zapalenia mózgu i osłon mózgowo-rdzeniowych, albo od ostrój pachliny mózgu i t. p. Odcienia rozpoznawcze tego rodzaju, które każdy z doświadczonych lekarzy zna i czuje, należą do najtrudniejszych zadań Dyagnostyki i zostaną, jak istota rzeczy domyślać się każe, długo jeszcze kliniczne *pia desideria*. Dla tego sądzę, że przy obecności objawów w przebiegu choroby p. N. które do obrazu wścieklizny nie należą, jak: dreszcze, gorączka, nadczułość i porażenie połowicze, i przy dowiedzionej trudności rozpoznania chorób mózgowych, podejrzenie cierpienia tego rodzaju nie może być bezzasadne, a nawet może bardziej byłoby uzasadnione jak rozpoznanie wścieklizny, na przypuszczenie której żadnych niemamy dowodów.

Wykluczwszy bezwzględnie istnienie choroby nerwowój i otrucie, co do sprawy zapalnej dodamy jeszcze: że sprawa ta jeżeli była w rzeczy samój, nie mogła być *pierwotną* i *samodzielną*, ale przeciwnie do powstania, przebiegu i zakończenia jój przyczynić się musiały inne stosunki, które w tym razie były ważniejsze jak sama sprawa zapalna. Dla wykazania rzeczywistój obecności rzeczonych stosunków i łatwiejszego zrozumienia zawisłości samój choroby od tychże wpływów, musimy powrócić do historii choroby.

P. N. został w końcu Stycznia pokąsany przez psa podejrzanego o wściekliznę; wszystkie okoliczności uszkodzeniu temu towarzyszące przemawiały za tem, że pies był chory, wszystkie osoby otaczające zranionego, niewylączając jego samego, miały przekonanie o istotnej wściekliznie psa kąsającego (jakkolwiek wywód tego niestwier-

dza), dalej przekonanie to, zbiegiem okoliczności a bardziej jeszcze tłumaczeniem, współubolewaniem i doradzaniem rozmaitych środków utrzymywane i podniecane, owładnęło zaraz w początku silnie umysłem nieszczęśliwego chorego, który będąc ojcem rodziny, przywiązany do żony i dzieci w obawie o swoje życie, nader pomyślne dla rozwinięcia się tej straszliwej myśli podawał usposobienie wewnętrzne. Jakoż w rzeczy samej, podał się p. N. czarnym tym myślom trwogi i rozpacz, jakto widzimy z opisu p. Bałwańskiego, najzupełniej do tego stopnia, że przemyślując nad swoją przyszłością ani chwili nie miał spokojnej, pomimo wyszukiwanych zatrudnień i rozrywek, któremi siebie i drugich pozornie uspokoić i złudzić usiłował, poczem znowu w samotności przesiadując, o niszczącej go niespokojności świadczył.

Przy takim usposobieniu moralnym, w dwa miesiące po ukąszeniu, występuje choroba najwidoczniej anatomiczna (dreszcze, gorączka, ból w żołądku i w karku, utrata apetytu, z ukąszeniem psa wyraźnego niemająca związku) najprawdopodobniej cierpienie mózgowe, (albowiem kataralno-gastryczne, jak je mianuje kol. Bałwański, niezwykle sprowadzać w początku zaraz tak silnych objawów gorączki), do której przyłączają się na wstępie już przypadłości „na tle wygórowanej obawy i niesłychanej trwogi“; dnia 4 choroby występuje wstręt do napojów, 5go ból połowiczny, 6go bezwład tejże strony, 7go śmierć wśród konwulsji.

Zważywszy przeto stosunki poprzedzające wybuch choroby i zestawivszy je z przebiegiem tejże przekonać się będzie nie trudno, iż tak na wywiązanie się choroby jakoteż i na obraz jej kliniczny, wpłynęły przeważnie

i głównie warunki moralne, których źródłem było *przekonanie chorego o zaszczepionej mu przez ukąszenie wścieklicznie*.

Rozebrawszy tym sposobem szczegóły opisu kol. Bałwańskiego, mając na uwadze: że od chwili ukąszenia do choroby p. N. upłynęło całe dwa miesiące, że pies ów nieprzedstawił najmniejszych znaków wściekliczny, że pierwszy okres choroby podawał wybitne znaki niemocy materjalnej, że w przebiegu jój były widoczne objawy słabości takiej samej natury (z wyjątkiem wodowstrętu, który nie jest wyłączną ani też konieczną cechą wściekliczny), że blizny po zranieniu w czasie choroby żadnej nie uległy zmianie, że przekonanie wreszcie chorego o zaszczepionym jądzie od początku nad nim panujące, obraz każdej (nawet przypadkowej innego rodzaju) choroby, w gruncie przeistoczyć było zdolne i wpływem swoim klinicznie zamącić musiało, mając, powtarzam, to wszystko na pamięci, jesteśmy zdania, że albo choroba p. N. była *pierwotnie cierpieniem mózgu* (zapalenie osłon mózgu - rdzeniowych?) *przeobrażonem klinicznie przez wpływ moralny i powodującem tą drogą wystąpienie objawów nerwowych, pospolicie przy wścieklicznie napotykanym,* — albowież źródłem całej choroby było usposobienie moralne na podstawie nieszczęsnej myśli i rozpączy o życie wyrodzone, które pociągnęło za sobą *właściwe cierpienie nerwów, a w następstwie anatomiczną (choć nieznaczną i niedocieczoną) zmianę w mózgu albo w oponach, które najniezawodniej miały miejsce, a co w rozumieniu klinicznem stanowi odmienny rodzaj wodowstrętu, alias wściekliczny powstającój samowolnie, bez właściwego jadu zaraźliwego i nosi imię wściekliczny*

niejadowitej czyli *niezaraźliwej* albo *samowolnej*, *Hydrophobia rabiformis* (non rabica), *Rage spontanée*, *Hydrophobie rabiforme*. (*)

Obydwa te przypuszczenia (pierwotne zajęcie mózgu, fenomenologicznie wpływem moralnym zmienione i cierpienie nerwowe z następnym zajęciem mózgu) różnią się mojem zdaniem tylko genetycznie w teoryi, sama zaś istota choroby jest klinicznie jedna i ta sama; zachodzi wszakże ta pomiędzy niemi różnica, że drugi rodzaj tłumaczenia jest stwierdzony doświadczeniem, a w naszym wypadku popiera go wywód choroby etiologiczny, na czém zbywa pierwszemu przypuszczeniu.

Nie mogąc w tém miejscu powtórzyć całego wykładu o wściekliznie *niejadowitej samowolnej*, zamieszczonego w dziełach powyżej nadmienionych, przytoczę tu tylko w krótkości treść rozdziału właściwego z dzieła p.

(*) Odmianę tę nie wypadałoby prawdziwie nazywać wścieklizną, a to z powodu, że choroba w mowie będąca w istocie swój niema nic wspólnego z chorobą, która wywieszając się u zwierząt pomocą właściwego zarazku, na ludzi przenoszona bywa. Choroba ta nie może także z drugiej strony określaną być przymiotnikiem „samowolna,” albowiem wyraz ten oznaczałby pierwotne wywiązanie się choroby rzeczonej samej przez się, w ścisłym jej pojęciu, ze wszystkimi atrybucyjami jej, a zatem i zaraźliwością, co znowu nieodpowiada pojęciu odmiany „Hydrophobia rabiformis.” Nazwiska „wścieklizna samowolna” użyliśmy w tém miejscu jedynie w celu łatwiejszego porozumienia się i dla dokładnego oddania w języku naszym nazwy francuzkiej, pod którą czytelnik w dziełach właściwych znaleźć ją może. Guide du Médecin praticien p. F. L. J. Valleix 3 edit. Tome quatrième p. 766. Dictionnaire de méd., T. XV. 1837.

Valleix: „Choroba ta wydarza się rzadko, głównymi przyczynami jej są: obawa wścieklizny pochodząca z ukąszenia psa podejrzanego, albo zetknięcia się z osobą o wściekliznę podejrzaną, także każdy przestrah gwałtowny; czas utajenia choroby jest taki sam jak w wściekliznie jadowitej, wybuch jej bywa nagły, albo poprzedzony nerwowymi objawami tęsknoty, trwogi, niekiedy przypadami niestrawności; towarzyszące tej chorobie objawy są: wodowstręt, ściskanie w połyku, obfite wycharkiwanie śliny, kurcze, w ogóle bardzo zbliżone do obrazu wścieklizny zaraźliwej; największą trudność w rozpoznaniu stanowi podobieństwo jej do rzezoniej choroby; samo zranienie nieuchyla tej trudności, ponieważ rana może być niejadowita; zakończenie jej bywa najczęściej pomyślne, ale mimoto niekiedy śmiertelne.

Jeżeli sama powaga tak znakomitych lekarzy jak: **Valleix**, **Chomel** etc, dostatecznie już przekonać może o rzeczywistości przykładów, na których zasadzie wykład swój opierają, to ogłoszony przez kol. **Bałwańskiego** wypadek niedozwala żadnego wątpienia o istnieniu tej formy choroby, która może często nawet za samą wściekliznę jadowitą, poczytywana bywa. My z naszej strony, wbrew wyrzeczeniu p. **Valleix**: że ta forma wydarza się rzadko, — mamy przekonanie, że ona bywa może częstszą aniżeli forma wścieklizny jadowitej, której opisy znajdujemy wprawdzie już w dziełach lekarzy starożytnych (**Coelius Aurelianus**, **Celsus**, **Galenus**), której Patogenia i Patologia wszakże przez długie wieki tradycyjnie przechowywana, usiłowaniem **Bosquillona** i **Girarda** naprożno wstrząśnięta, dziś jeszcze krytycznego rozbioru głośno się domaga.

Zbytecznie może dla niejednego z lekarzy rozwlekłe uwagi nad tym wypadkiem, zdawały nam się konieczne a to z dwóch powodów: raz dla podniesienia ważności przedmiotu i pobudzenia ukształceńszych odemnie kolegów do szczerego zajęcia się tą straszliwą a tajemniczą chorobą, powtóre dla wykazania trudności i potrzeby bacznój oględności przy wnioskowaniu z faktów *doświadczeniem* wskazanych.

Doświadczenie jest podstawą i celem medycyny, ale niema nic szludniejszego jak doświadczenie i nic trudniejszego jak wnioskowanie z wypadków doświadczonych. Na doświadczeniu opiera się nauka Hipokratesa, Areteusa, Sydeuhama, Boerhavego, P. Francka, Louis'ego etc; na tém samém *doświadczeniu* budowali z drugiej strony zwodnicze systemata: Paracelsus, Brown, Hahnemann, Rademacher, Priessnitz, którzy najdziwaczniej naukę naszą przekształcali — i nic innego jak doświadczenie wskazuje środki leczące wiejskim lekárom. Doświadczenie kierowało myślami Newtona i doświadczenie utwierdza w przekonaniu zwolenników wirowania stolikowego. Któreż z tych doświadczeń jest prawdziwe? gdzie jest pewność w doświadczeniu?

Przez tyle wieków widziano i leczono puchlinę i kołtun, my dziś widzimy je tak samo, — ale jakaż zachodzi różnica pomiędzy naszym, a dawniejszém pojęciem o tych rzeczach? Puchlina przemocą anatomii patologicznej wyrugowana ze stanowiska *samoistnej choroby*, zajęła znacznie niższe (choć nie mniej ważne praktycznie) miejsce w szeregu następstw patologiczuo-fizyologicznych, a kołtun? ta, dawniejszych lekarzy choroba „sui generis“ stała dziś nieodwołalnie na szarym końcu. Z kołtunem ma się rzecz w dzisiejszych czasach podobnie jak

z wirującymi stolikami. Nie dawno jeszcze kto widział u chorego, zwitek włosów nazwauy pliką, rościł sobie prawo stanowczego wyrokowania o istnieniu właściwój choroby kołtunowój, tak samo, jak widząc ruszający się stolik przysięga się na honor i na Boga, że stolik sam wiruje pod wpływem spoczywających na nim rąk niewinnych. Włosy były i są zwite częstokroć, i stoliki ruszają się w rzeczy samój, to są fakta niezaprzeczone; ale jakże daleko od tych faktów do naukowych postrzeżeń z których wyrasta *doświadczenie*? Nie dosyć jest mieć i znać fakta, to nie stanowi doświadczenia; zadaniem człowieka naukowego jest dochodzenie przyczyny i źródła tych faktów, niemniej związku łączącego fakt ten (sam dla siebie nagi i nic nieznaczący) z innemi zjawiskami badanego wypadku.

Doświadczenie, *sit venia verbo*, to stroma skała nad przepaścią, której szczyt nad ogromnym panuje obszarem i tysiące przedstawia oku przedmiotów, ale biada temu, kto nierozważnie pnie się do góry, bo droga śliska a zguba niechybna.

Otoż wracając w końcu do naszego przedmiotu, fakt jest niezaprzeczony: że p. N. pokąsany został przez psa, jak równie, że po upływie pewnego czasu zachorował, a następnie umarł; zadaniem przeto lekarza było wysłedzić, czy zachodzi jaki węzeł łączący to ukąszenie z chorobą i śmiercią następną? otoż węzeł ten istnieje, jak się z naszego rozbioru pokazało, także faktycznie, ale *połączenie to ma zupełnie inne znaczenie teoretyczne i kliniczne*, jakby się to z razu wydawać mogło.

Dr. Łuczkiwicz.

WYJAŚNIENIE DRUGIE

do artykułu Dr. Neugebauer

„Przypadek rozdarcia się *śródkrocza* u rodzącej etc. etc.“
zamieszczonego w Lutowym poszycie Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego,
podał M. *Studencki* Lekarz kl. I i Akuszer.

Dnia 28 Października r. 1861 około godziny 4tej, wezwany byłem przez kobietę nieznaną do rodzącej Matyldy S. z wyrażeniem: abym wziął ze sobą nóż, celem przyniesienia stosownej pomocy rodzącej. Zdziwiony tém wyrażeniem, wziąłem ze sobą zwykłe akuszeryjne narzędzia i udałem się do mieszkania Matyldy S. Przybywszy tam, akuszerka przedstawiła mi rodzącą i dziecko urodzone na *kilka minut przed mojem wejściem* do pokoju. Dziecko było nieżywe. Akuszerka objawiła mi z wielkiem podziwieniem, „że podobnego nie widziała porodu“ opisując go w ten sposób: iż dziecko stawilo się do porodu główką, że główka miała być na wychodzie części rodnych, a odrazu urodziło się nóżkami przez rozdarcie *śródkrocze*, po poprzedniem onego wypukleniem. Nadto

utrzymywała, „że chora przed porodem miała dwa otwory prowadzące do pochwy, oddzielone od siebie mostem, łączącym wargi sromne zewnętrzne u dołu.“ Po tém opowiadaniu zająłem się obejrzeniem samej chorój i znalazłem co następuje:

Szpara łonowa była krótsza jak prawidłowa, wynosząca około 2ch cali, po za szparą istotnie znajdował się mostek, o którym mówiła akuszerka, a do rozcięcia którego żądała przybycia mego z nożem. Za tym mostem ku kiszce odchodowej znalazłem ogromny otwór powstały z rozdarcia całego śródkrocza, z brzegami nierównie obrzękłymi i wiszącymi jak flaki. Kiszka odchodowa zachowywała się *zupełnie prawidłowo*. Odchód połogowy wydobywał się raną w śródkroczu będącą. Widząc to radziłem chorój, aby się udała do szpitala, gdyż koniecznie potrzebuje operacyi, której w domu dla braku opieki pozyskaćby nie mogła, lecz chora na to zgodzić się nie chciała. Nazajutrz spotkawszy kolegę Dra N e u g e b a u e r a, dla ważności wypadku opowiedziałem mu cały stan rzeczy. Następnego dnia znowu odwiedziłem chorą w celu dania jój żądanej pomocy, lecz dowiedziałem się, że już tam był Sąd z lekarzem miejskim Drem M o r g e n s t e r n e m.

Z wyjaśnienia zaś pana Morgensterna (Pamięt. T. L. Maj r. b., stron. 24.) wypada, że pan Morgenstern zajął się tylko obejrzeniem dziecka, a chorój dokładnie nie śledził, i że będąc w 48 godzin po porodzie, nie był *pierwszym lekarzem wezwanym do chorój*, jak się mylnie w swoim *wyjaśnieniu* wyraża, skoro ja przybyłem prawie pod chwilę samego porodu. Dalej, że poród nastąpić musiał przez śródkrocze, bo szpara łonowa była za małą dla przejścia dziecka i została nie obrażoną.

Naostatek wnoszę, że poród mógł się odbyć i niewątpliwie się odbył sposobem przez akuszerkę p. K u - j a n o w ą podawanym, gdyż od lat kilkunastu ją znam jako akuszerkę uzdatnioną i na zupełną wiarę zasługującą.

w Warszawie dnia 23 Lipca 1862 r.

Odpowiedź na artykuł Dra Morgensterna ogłoszony pod
tytułem „Wyjaśnienie“ w poszycie piątym tomu 47, Pamiętnika
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

przez Dr. Ludwika Neugebauera.

Docenta Akuszeryi.

Z prawdziwą przyjemnością przychodzi mi odpowiedzieć na rozprawę Dra M o r g e n s t e r n a noszącą powyższy napis, bo jestem pewny, że literatura lekarska naszego kraju nie przedstawia jeszcze rozprawy takiej doniosłości pod względem wyprowadzania wniosków naukowych, dobrej wiary i logiki, a nawet wyrażeń.

Uczoną rozprawę pana M o r g e n s t e r n a dla odparcia zarzutów dotyczących nie tylko kwestyi naukowej, ale i mojej bezpośrednio osoby, przejdę kategorycznie; szczęściem, że jest krótka.

Wpierw jednak dla objaśnienia czytelników muszę przypomnieć kwestję sporu.

W poszycie drugim czyli Lutowym bieżącego roku Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego ogłosiłem: *przy-
padek rozdarcia się śródkrocza u rodzącej dotkniętej
zrostem warg sromnych większych i wystąpienia tą drogą
płodu w sposób nadzwyczajny.* W pracy tej odnośnie

do zeznań akuszerki Józefy Kujana, znajdującą się przy chorąg i na zasadzie stanu, w jakim się znajdowały części rodne, oraz śródkrocze u chorąg, opisałem *mechanizm porodu* wedle moich własnych pojęć i sposób w jaki operacyę krwawego szwu śródkrocza wykonałem. W poparciu dołączyłem trzy figury objaśniające w drzeworycie.

W opisie rzeczonym główny nacisk położyłem (stron. 75 Pamiętnika) na to, że *choćby płód właściwie głową do porodu się stawiał*, po przejściu już głowy przez kanał właściwej miednicy, *wystąpił na świat nie tążę głową, a dolnym końcem swego ciała*, i nie przez szparę łonową, ale *przez rozdarte śródkrocze* w drodze tak zwanego *samowolnego wyklucia* (evolutio spontanea) z utratą wszelako swego życia.

Takie pojmovanie rzeczy niepodobało się panu Morgensternowi, i chcąc je obalić, wystąpił ze swoim *wyjaśnieniem*, biorąc się do tego nie zupełnie zručnie, bo akuszerkę i mnie usiłował po prostu zrobić kłamcą (!), a zdania kolegi Studenckiego, jeśliby je jeszcze śmiał objawić, już z góry podał w wątpliwość.

Forma, w jakiej to wystąpienie pan Morgenstern objawił, nakazywałaby wstrzymać się od odpowiedzi, lecz że milczenie bywa brane za przyznanie, należy więc zarzuty odeprzeć.

Zaczynam tedy. Pominąwszy małe niewłaściwości pana Morgensterna, jak: opuszczanie wyrazów lub dodawanie nowych w przywzdzonych ustępach, powtórzę kilka słów z jego *wyjaśnienia*, koniecznych do uwydatnienia sporu.

Pan Morgenstern przywodzi ustęp z méj pracy w ten sposób, że „„„, za opisanym mostem (połączającym

wargi sromne większe) znajdowała się rana, (opuszczone: *wielka*), przenikająca całą grubość śródkrocza. Rana ta miała $2\frac{1}{4}$ cala długości, a około 1 cala szerokości i rozciągała się od tylnego brzegu onego mostu, aż pod sam otwór stolcowy, (w oryginale jest: przed otwór), ściany jej pokryte były zdrowymi granulacjami i w częściach ich najbardziej posuniętych ku przodowi położonych (dodano wyraz: posuniętych) znać już było początki zabliznienia. Kiszka odchodowa nie była obrażoną, a gdy, jakto już z anamnezy wynika, także i tylny brzeg mostu połączającego wargi sromne większe, sam był od obrażeń wolny, przeto więc istniejące u osoby tej rozdarcie dotyczyło tylko śródkrocza “ “ (przerwano tu peryod na przecinku, co zmienia pojęcie rzeczy, gdyż dalej w oryginale jest: „most zaś istniejący między wargami sromnymi większemi, przetrzymawszy całą siłę parcia płodu, okazał się nienaruszonym “).

Pominąwszy, mówię, te drobne niewłaściwości, zdradzające już złą wolę, przywodzę dalej *wyjaśnienie* pana M o r g e n s t e r n a w słowach:

„Wyżej jeszcze Dr. N. opisując proces porodu podany mu przez akuszerkę K u j a n, którą nazywa kobietą doświadczoną “ (znowu opuszczono wyraz, bo w oryginale jest: dosyć doświadczoną), „przýtacza w drobiazgowém opisanu przez nią tego zajścia, że: *główka* okazała się w szparze sromowój. “

Nareszcie na str. 71 mówi: „z podług udzielonych wiadomości przez podpisanego (to jest pana M o r g e n s t e r n a) znać było na tylnej części czaszki (dziecka) silno (w mojej rozprawie czytam: *silnie*) rozwinięte ciemnosine przedgłowie od bledszej reszty powierzchni głowy, kulistą (w mojej rozprawie jest: kolistą) linią ostro ograniczone “ (w mojej rozprawie: odgraniczone).

Dalój zaś „pępkowina (w mojej rozprawie jest: pępowina) miała około 20 cali długości i podobnie jak łożysko stosunkowo wielkie nie przedstawiało nic nadzwyczajnego. “

„Co do mnie, (mówi pan M o r g e n s t e r n dalej,) zapytany byłem wprawdzie przez Dra N. czy przedgłowie u dziecka było wyraźne, ale odpowiedziałem, że tego dobrze nie pamiętam, lecz że dostarczę mu wypis z protokołu czynności sądowo-lekarskiej, którą dopełniłem i że doręcę go na najbliższym posiedzeniu Towarzystwa. Stawiłem się, lecz Dr. N. nie było, a widząc, że uczony kolega *użył mego nazwiska i przytacza fakta o których mu bynajmniej nie wspomniałem*, jestem w konieczności wystąpić z objaśnieniem, które wpłynie zapewne na zapatrywanie się na wypadek ten, czytających kolegów i samego Dr. N. “

„Dnia 30 Października r. z. a zatem w 48 godzin po porodzie, dopełniłem czynność sądowo-lekarską w asystencyi członków Sądu Policji Prostej Wydziału Ilgo w celu wykrycia śmierci dziecka Matyldy S. ponieważ kobieta ta powiła dziecię w nieślubnym związku. “

„Rzuciwszy kilka pytań, a mianowicie: czy ciążyła, jacy byli świadkowie przy porodzie? udałem się do miejsca, gdzie zwłoki dziecka były złożone, i wówczas zapytałem się akuszerki, użytej do rekognicyi zwłok, jak właściwie był poród? Na to mi odpowiedziała K u j a n: że od lat 20 czy 30 praktykuje, a takiego jeszcze porodu nie widziała, bo dziecię *stanęło do porodu główką, a przyszło na świat nożkami*. “

„Nie mało zdziwiony (!) podobną odpowiedzią, zapytałem się akuszerki, czy położnica się nieuszkodziła? Nie, odrzekła, zdrowa jest, jakeś pan widział.

„Ponieważ właśnie tego nie widziałem, wróciłem po obejrzeniu płodu do położnicy, która na moje zapytanie oświadczyła, że ją krok boli. Obejrzałem części zewnętrzne, lecz ku wielkiemu memu zadziwieniu (!!)

wargi większe były blade, wcale nie obrzękłe i otwór sromowy prawie suchy; “ (rzecz bardzo naturalna, bo płód tą drogą na świat nie wystąpił), „na zapytanie, gdzie właściwie bólu doznaje, położnica *wzniósła nogę* (?!?) i ukazała mi międzykrocze(!) Dostrzegłem wówczas wypadnięcie kiszki stolcowej (!) i rozdarcie całego prawie międzykrocza. Pokazałem to uszkodzenie akuszerce, wyrażając jej oburzenie moje, że tego nie widziała, czém się tyle *przeraziła* (?), że *opuściła naczynie z oliwą, którą w ręku trzymała.* “ (Horrendum auditu!)

„Do protokołu śledczego podyktowałem między innymi. „„, Lekarz obducent znalazł płód podług cech wykształcenia zewnętrznych rozmiarów i wagi donoszonym i dojrzałym, skóra na ciele mocno blada, twarz nieco odęta, sznurek pępkowy na trzy cale odcięty i przewiązany. *Na głowie właściwego przyglówka nie było, skóra jednak wierzchnia czaszki dość zarumieniona* (!!!), cech zewnętrznych gwałtu na skórze nie dostrzeżono, “ “ i dalej: „„, przy obejrzeniu położnicy dostrzeżono, że organa płciowe otworu zewnętrznego pochwy (?!) ani są zapuchnięte ani przedstawiają ślady odpływu połogowego, natomiast całe prawie międzykrocze jest rozdarte i obrzęknięte, część kiszki odchodowej wypadła i zawałana odchodem ropiastym. “ “

„Tyle z protokołu śledczego skopiiowane miałem do dyspozycji Dr. N. “

„Nie miałem ze sobą jak sondę z instrumentów sekcyjnych, której do śledzenia użyć nie mogłem“ (i to słusznie), „a ponieważ oliwa rozlała się na podłodze (!!!), przeto i palcem głębszego uszkodzenia śledzić nie mogłem“ (doprawdy?) „a działo się to przy okopach (!!!). Dodaje, że kiszka odchodowa wypadła na 4 cale“ (ale którą? czy przez otwór powstały w rozdartym śródkroczu, czy też przez otwór stolcowy?), „a rozdarcie, którego brzegi przylegały do siebie, niedochodzące warg sromnych, (!) całą resztę śródkrocza zajmowało, rozdzielając (?) otwór stolcowy“ (sic).

W innym zaś miejscu pan M o r g e n s t e r n mówi:

„Całe opisanie porodu przez akuszerkę K u j a n jest zmyślane!, *nic mi z tego nie mówiła* badana w Sądzie daleko później (nie pamiętam daty), lecz akta dadzą się odszukać, dała wprawdzie obszerny już przygotowany opis porodu, lecz zupełnie odmienny od tego, który opowiedziała Dr. N.“

„Mogę najsolenniejsz zapewnić, że akuszerka mi oświadczyła“ (przecież!) „iż dziecię *stanęło do porodu główką*, wiemy co to znaczy; czuć główkę w miednicy i widzieć ją w otworze sromnym, są to rzeczy bardzo od siebie różne. Cały opis przejścia dziecka przez śródkrocze jest zmyśloną (?!!) bo akuszerka dowiedziała się o rozdarcie, gdy jej przezemnie pokazaném zostało (?!).“

„Po takim objaśnieniu sądzę, że opinia Dr. N. co do *drogi i sposobu*, jaki szanowny kolega nakreślił dla wyjścia dziecka w tym wypadku samowolnego wyklucia, znacznie się zmieni, i że straciwszy podstawę, a mianowicie mając zupełnie kłamliwy opis K u j a n o w é j zgodzi się, że akuszerka prawdopodobnie wzięła pośladki za główkę, co się nie jednej już akuszerce przytrafiło.“

Przywiódłem prawie całkowite pana Morgensterna *wyjaśnienie*, nie dla jego wartości naukowej, lecz dla dania możności czytelnikowi utworzenia sobie sądu o rozumowaniach pana M o r g e n s t e r n a, jego wyrażeniach i stawianiu dowodów dla zbitcia zdań przeciwnika.

Prawda, że dopiero w trzy tygodnie po porodzie wezwany zostałem do chorój M a t y l d y S. w celu udzielenia jój pomocy lekarskiej i że przy porodzie, równie jak i pan M o r g e n s t e r n obecny nie byłem; ale, że pan M o r g e n s t e r n z urzędu w 48 godzin po porodzie widział chorą i dziecko, więc z natury rzeczy musiałem się odnieść do niego w celu wyczerpania wiadomości do dna, lecz nazwiska jego dla wzmocnienia swoich pojęć o *mechanizmie* odbytego porodu nie użyłem, bo do tego w obec tak wybitnych oznak patologicznych i w obec stosunków anatomicznych miednicy, jakie u chorój zastałem, wystarczało mi opowiadanie akuszerki K u j a n, a jako dopełnienie dopiero służyły mi spostrzeżenia robione przez pana M o r g e n s t e r n a, tudzież objaśnienia, jakie wpierrw udzielić mi raczył kolega S t u d e n c k i.

Nie żałuję z resztą, że przygotowanego dla mnie łaskawie przez pana M o r g e n s t e r n a wyjątku z protokołu śledczego, wyżej zacytowanego, do rąk nie dostałem, gdyż, jak widzę, fakta w nim podane dla mnie nie więcej i nie mniej miały wartości od tych, których mi poprzednio ustnie udzielił. Ale jestem mu zawsze wdzięczny, za ogłoszenie go w swém *wyjaśnieniu* dla tego, że broń jaką przeciw mnie używa, zwraca ku sobie samemu. Pan M o r g e n s t e r n mówi tam bowiem jak powyżej widzieliśmy, że na głowie płodu właściwego

przygłówka nie było, *skóra jednak wierzchnia czaszki* była *dość zarumieniona*. Tego mi też właśnie potrzeba, do czego? niżej pokażę.

Przy opisie stanu położnicy w tymże protokule pan Morgenstern mówi: „że organa otworu zewnętrznego pochwy ani są zapuchnięte ani przedstawiają ślady odpływu połogowego, natomiast całe prawie międzykrocze jest rozdarte i obrzęknięte.“ Pominięto tu ważną okoliczność, to jest istnienie zrOSTu między tylną częścią warg sromnych większych, nie dochodzącego przecież do samego śródkrocza, które od najmłodszych lat u chorąg odgraniczone było od rzezonego zrOSTu małym otworem, prowadzącym do pochwy. Pan M o r g e n s t e r n widać o tym otworze, żadnej nie zasięgnał wiadomości, a wszelako ta wiadomość byłaby go ochroniła od grubego błędu nierozpoznania istniejącego u chorąg zrOSTu warg sromnych większych i wzięcia go za przednią część śródkrocza. Że go bowiem uważa za tę ostatnią, wynika dostatecznie z jego podania, że „rozdarcie nie dochodzące warg sromnych większych całą resztę śródkrocza zajmowało.“

Pominięto niemniej dokładniejszy opis szpary sromowej, a zwłaszcza wyszczególnienie jej obszerności. Pan M o r g e n s t e r n wspomina tylko, że organa zewnętrzne otworu pochwy ani były opuchnięte, ani przedstawiały ślady odpływu połogowego.

Pytam się więc, jak mógł sądzić o stanie zewnętrznego otworu pochwy, gdy ten otwór, jak to później w mojej rozprawie: „Przypadek rozdarcia się śródkrocza i t. d.“ pokazałem, był zasłoniiony mostem łączącym wargi sromne większe i gdy pan M o r g e n s t e r n dla braku oliwy rozlanej przez przerażoną akuszerkę,

chorój wcale palcem nie śledził? Podanie pana M o r g e n s t e r n a co do stanu części płciowych chorój, nakłaniaćby mogło do wniosku tego, kto nie wie, jak rzeczy istotnie się miały, że części te nie przedstawiały nic nieprawidłowego, kiedy przecież szpara sromowa tak przez ów zrost była skrócona, że tylny jój koniec leżał pod przednim brzegiem ujścia pochwy. Nie wiem jakim sposobem znaczne to skrócenie rzeczonój szpary ujść mogło uwagi biegłego obducenta i jak nie spostrzegł, że owa szpara nie mogłaby wcale przepuścić przez siebie płodu?

Ale co jeszcze bardziej nad to wszystko uderza w oczy, to to, że pan M o r g e n s t e r n w ciągłej sprzeczności ze sobą zostając, nieco dalej twierdzi że „*cały opis przejścia dziecka przez śródkrocze jest zmyślonym.*“ Jeżeliby więc tak być miało i jeżeli z drugiej strony szpara sromowa, mająca przed operacją w celu jój powiększenia wykonaną, nie więcej jak 2 cale długości, nie wystarczała do przepuszczenia przez siebie płodu na świat, to pytam się: którędy dziecko wyszło?

Również rażąca sprzeczność stanowią własne słowa pana M o r g e n s t e r n a kilku wierszami od siebie rozdzielone na stronnicy 272 Pamiętnika, gdzie raz mówi: „*całe opisanie porodu przez akuszerkę Kujan jest zmyśłone, nic mi z tego nie mówiła* i zaraz dalej: „*Mogę najsolenniejsz zapewnić, że akuszerka mi oświadczyła, iż dziecko do porodu stanęło główką.*“

Trudno przypuścić, aby akuszerka K u j a n, która przez cały ciąg porodu była przy rodzącój i odebrała jój dziecko, wszystko kłamała; nie ma powodu wątpić o prawdzie jój zeznania, jak równie trudno przypuścić, aby akuszerka nie spostrzegła położenia głowowego wobecnym zwłaszcza przypadku, w którym jego rozpozna-

nie nie mogło przedstawiać najmniejszej trudności, — aby nie spostrzegła niedostatecznej obszerności szpary sromowej, wypuklenia, rozdarcia się śródkrocza i wystąpienia wreszcie płodu tą drogą dolnym końcem ciała na świat, bo cóżby ją wreszcie znagliło do wzywania pomocy lekarskiej? Zresztą o ile zeznanie akuszerki, które widocznie z wielkim trudem pan *Morgenstern* założył sobie w kłamstwo przemienić, zasługuje na wiarę lub potępienie, zostanie ostatecznie dopiero rozstrzygnięciem, skoro kwestya sprowadzoną będzie do następujących pytań:

1) Czy dziecko opatrzone było obrzękiem porodowym i czy obrzęk ten osadzony był na głowie lub na pośladkach?

2) Czy wystąpiło na świat głową, czy pośladkami, i

3) Czy wystąpiło na świat przez szparę sromową, czy przez rozdarte śródkrocze?

Co do pierwszego: *czy dziecko opatrzone było obrzękiem porodowym i czy obrzęk ten osadzony był na głowie, czy na pośladkach?* to najmniej doświadczonemu akuszerowi wiadomo, iż prawie przy każdym porodzie część przodująca płodu obrzęka. Obrzęk ten znany pod nazwą *obrzęku porodowego* jest tém mocniejszy, im trudniejsze było przejście płodu przez drogi rodne i im dłużej ono trwało. Zależy on od nagromadzenia się krwi w naczyniach krwionośnych części ciała przodującej i od nasiąknięcia skóry, pokładu tkanki łącznej podskórnej, a nawet i części miękkich pod tymże pokładem położonych płynem krwawosurowiczym, w niektórych zaś razach nadto i od zupełnego ulania się krwi w miąższ-rzeczonyj części ciała. Obrzęk pojawia się nietylko

u płodów dojrzałych, ale i u niedojrzałych, nawet już u małych płodów, mających nie więcej jak trzy miesiące życia płodowego, o czém własnemi spostrzeżeniami świadczyć mogę. Jest właściwy nietylko płodom żywym, ale także i u płodów nieżywych wydarza się coś podobnego, jeżeli poród dłużej trwa; lecz wtedy nie ma nagromadzenia krwi w naczyniach, ani też prawdziwego nasiąknięcia części przodującej płynem krwawosurowiczym. W miejsce obrzęku porodowego tworzy się wtedy na przodującej części ciała mniej więcej wyniosła marszczka skóry, która się napęcza surowicą. Z tego więc wszystkiego widzimy, że tworzenie się obrzęku porodowego jest jednem z najczęściej wydzierających się zjawisk porodowych. Brak jego zauważanym bywa wyłącznie w takich przypadkach, w których poród odbywa się bardzo łatwo i szybko.

W naszym zas razie poród nie mógł być łatwy, opór porodowy był ogromny, bole silne, (bo inaczej nie byłoby przyszło do rozdarcia się śródkrocza), płód doznał silnego ciśnienia ze strony macicy i reszty dróg rodnych, a zatem część jego przodująca musiała mocno obrzęknąć. Akuszerka K u j a n podała, że czaszka była pokryta przedgłowiem. Pan M o r g e n s t e r n temu zaprzecza. Ale natomiast przyznaje on, że „*wierzchnia skóra czaszki była dość zarumieniona.*“ Więcej też nie potrzeba, aby mieć dowód, że nasz płód istotnie opatrzony był obrzękiem porodowym i to nie inaczej jak w postaci *przedgłowia*, czyli *przygłówa*, jak pan M o r g e n s t e r n obrzęk porodowy głowy nazywa. Gdy bowiem na całym reszcie ciała jego, jak pan M o r g e n s t e r n podaje, skóra okazywała się mocno bladą, cech zewnętrznych gwałtu na niej znać nie było, a ciało jego psuciu jeszcze

nie było podległe, (gdyby było, pan M o r g e n s t e r n byłby tego pewnie nie pominął), a więc czerwone owo zabarwienie skóry na czaszce nie może być tłumaczone inaczej, jak tylko jako ślad przedgłowia. Płód przez całe czterdzieści ośm godzin wystawiony był na wysuszający wpływ powietrza. Nic dziwnego przeto, że przez ten czas obrzęk na głowie w drodze czysto fizykalnej znikł przez wyparowanie z niego części wodnych. Tam zaś, gdzie miał miejsce, skóra pozostała ciemniej zabarwioną, a raczej pierwotna jego barwa ciemnosiną zamieniła się także przez wpływ powietrza na barwę rumianą.

Tak więc pan M o r g e n s t e r n, który akuszerce Kujan zarzuca kłamstwo w kwestyi przedgłowia, sam daje dowód, że ono istniało; dowód ten jest tém dobitniejszy, gdy pan M o r g e n s t e r n nie wspomina o żadnym zarumienieniu lub obrzęknięciu pośladków czy też części płciowych płodu, czego byłby nie pominął, gdyby to było miało miejsce, bo ta okoliczność posłużyłaby mu do poparcia jego zdania (str. 272), że nie głowa, a raczej pośladki przodowały.

Co się tyczy pytania drugiego: *czy dziecko wystąpiło na świat głową czy pośladkami?* to z tego com wyżej powiedział odnośnie do pytania pierwszego wynika dostatecznie, że podane przez akuszerkę K u j a n istnienie przedgłowia nie było kłamstwem, jak to pan M o r g e n s t e r n twierdzi, lecz że przedgłowie rzeczywiście istniało. A więc płód stanął do porodu *głową*. Że zaś tążę głową nie wystąpił na świat, lecz *dolnym końcem* ciała, na to nie potrzebuję podawać dowodów, gdyż sam pan M o r g e n s t e r n takiegoż jest zdania.

Nareszcie co do trzeciego pytania: *czy dziecko wystąpiło na świat przez szparę sromową, czy przez otwór*

powstały podczas porodu w śródkroczu? to pan M o r g e n s t e r n, jak wyżej widzieliśmy, przeczy jego narodzeniu się ostatnią drogą. Gdy zaś, jak to z mego skrupulatnie dokonanego śledzenia części płciowych M a t y l d y S. wynika, szpara sromowa była za małą, aby przez nią głowa płodu lub jego tułów przesunąć się mogły, więc płód nie mógł wystąpić na świat inaczéj jak tylko przez otwór powstały w śródkroczu.

Jedném słowem z powyższego wynika, że płód M a t y l d y S. zupełnie tak, jak to akuszerka K u j a n mi podała i jak ja w mojej rozprawie opowiedziałem, stanął do porodu głową, tążé głową ukazał się częściowo w szparze sromowej i w końcu w skutek rozdarcia się śródkroczu, zwróciwszy się na dolny koniec ciała, tymże przez otwór powstały w śródkroczu na świat wystąpił.

To wszystko zaś com powiedział, upoważnia nas dostatecznie do następujących twierdzeń:

1) Że pan M o r g e n s t e r n obdukeyi M a t y l d y S. nie dokonał z naukową ścisłością; że nie zastanowił się nad nadzwyczajną ciasnością jéj szpary sromowej, biorąc istniejący u niéj zrost warg sromnych większych nie za to czém on był, lecz uważając go zupełnie mylnie za przednią część śródkroczu.

2) Że także i istniejących na zwłokach płodu oznak patologicznych nie ocenił okiem akuszera, nie zastanawiając się nad tém, że znalezione przez niego czerwone zabarwienie pokryć czaszki powinno być poczytane za ślad znikłego przez wyparowanie przedgłowia.

3) Że mocno ubliżył akuszerce K u j a n jako człowiek, lekarz i urzędnik lekarski; jako *człowiek* przez niczem nie uzasadnione twierdzenie, jakoby ona podała mi opis kłamiły porodu M a t y l d y S.; jako *lekarz*

przez obwinienie jój o popełnienie grubego błędu w rozpoznaniu położenia płodu, w przypadku, w którym toż rozpoznanie żadnych trudności nieprzedstawiało, — jako *urzędnik lekarski* nakoniec przez publiczne powątpiewanie o zdolności akuszerki w dokładném rozpoznawaniu położenia płodu — zdolności, którą przecież władza im przyznaje.

4) Że z postrzeżeń swych zrobionych na położnicy i płodzie, sam zupełnie mylnie wyprowadził wnioski co do mechanizmu porodu jaki u Matyldy S. miał miejsce.

5) Że mechanizm ten wedle danych, jakie tu mamy, pojęty być może jedynie w ten sposób, jak ja go poprzednio podałem, to jest, że płód nastawiający się głową spuścił się nią przez cały kanał miednicy aż do szpary sromowej, — że wstąpiwszy w tę szparę dla niego za ciasną, w niej uwiązał. Wskutek zaś dalszego parcia macicy i tłoczni brzusznej, po wyjściu już uwieżionój głowy z po za obrębu miednicy kostnej zepchnięty został także i tułów w wydrążenie rozdymającego się coraz więcej dna jamy miednicy, rozdarł śródkrocze i przez nie dolnym końcem ciała na świat wystąpił.

Na ostatek zniewolonym się widzę oświadczyć, iż wszelkie dalsze podobne do *wyjaśnienia* pana M o r g e n s t e r n a ataki zostawię bez odpowiedzi.

Warszawa dnia 28 Lipca 1862 roku,

OKOLICE Z NAD LIWCA I BUGU

pod względem lekarskim w roku 1861

opisał Dr. **Bokiewicz**, w Jadowie.

Nie jednokrotnie już w sprawozdaniach w Tygodniku Lekarskim umieszczanych, na wstępie robione były uwagi o przyczynach, które rozliczne choroby pomiędzy ludem wiejskim wywołują. Na pierwszém miejscu zastanawialiśmy się nad pijaństwem tak jeszcze zakorzenioném pomiędzy ludnością naszego kraju. Zrobiliśmy następnie wzmiankę o braku zdrowych i wygodnych pomieszkań, o przesądném i nieumiejętném pielęgnowaniu i wychowaniu dzieci, o zaniedbaniu wreszcie czystości tak około osób jak i około pomieszkań.

Pomijając na teraz inne jeszcze w życiu włościan wydarzające się przyczyny, ogólną rzec można przyczyną, w wielu wypadkach, różnych cierpień i chorób pomiędzy ludem wiejskim, są zakorzenione od wieków, z pokolenia na pokolenie przechodzące przesady.

Na wstępie sprawozdania mego za rok 1858 kilka zamieściłem uwag o przesądach lekarskich, tak ludu wiejskiego jak i mieszkańców i innych stanów tutejszych okolic. W kilku słowach starałem się przedstawić czytelnikom, jak lud wiejski

mało wiary do światła i rad lekarzy przywiązuje, jak chętnie pokątnym i fałszywym doktorom] ucha nadstawia, zlecenia ich skwapliwie wypełnia i jakich [wreszcie leków ci pseudolekarze w pewnych chorobach używają. I tą jeszcze razę powracam do tego przedmiotu, który, że znakomitą większość mieszkańców naszego kraju dotyczy, słusznie powinien na siebie zwrócić pilną uwagę wszystkich opiekunów włościan, a w szczególności nauczycieli rozpowszechniających pomiędzy ludem wiejskim oświatę; z różnych też stron przejrzanym być musi.

Przesąd, to fałszywe pojęcie o pewnym przedmiocie lub rzeczy, w całym życiu ludzkim, szczególnie pomiędzy ludem nieoświeconym, ważną odgrywa rolę; bo nie tylko wywiera wpływ na zdrowie, lecz i do przytępienia władz umysłu wych, a nawet pogorszenia bytu materialnego wielce przyczynić się może.

Ileżto przesądów w bardzo wielu okolicznościach, zatrudnieniach, w gospodarstwie *np.* wiejskiem, napotykać się ciągle zdarza? lecz zaprawdę najwięcej fałszywych pojęć, dotyczących się właśnie zachowania zdrowia i środków przeciw różnym chorobom słyszeć się daje.

Od pierwszych chwil życia zacząwszy, a nawet przed urodzeniem jeszcze, człowiek, że tak powiem, owiany jest atmosferą przesądów. Troskliwość matki o swoje dziecię, opieka i przysługa kumoszek, od wieków na jeden sposób okazywane, stały się powodem rozlicznych przesądnych czynności w czasie ciąży, położu i po urodzeniu dziecięcia.

W tym właśnie okresie życia ludzkiego najwięcej spotkać się możemy z przesądami. Kobieta ciężarna jest przedmiotem troskliwości swoich sąsiadek i przyjaciółek, które przy każdej okoliczności ze śmiesznymi i przesądnymi radami występują. Nie pozwalają jej *np.* przez powrozy przełazić, a to z tego powodu, że poród będzie trudny. Niesprzeciwiają się w niczym woli i żądaniom kobiety ciężarnej, gdyż powstałe ztąd niezadowolenie szkodzić ma płodowi. Udzielają rad, jak się ma zachować w czasie ciąży lub co używać, ażeby się syn urodził, a nie córka i tym podobne. Następują potem przygotowania do porodu i nauki, jak się zachować w tym czasie

należy. Młoda też kobieta ściśle stosuje się do rad doświadczonych sąsiadek, które choćby to miało szkodzić położnicy lub nowonarodzonemu, od zasad swoich matek i babek nie odstępują. Po szczęśliwem wreszcie urodzeniu się dziecka, nowe i obszerne odkrywa się dla babki pole do popisu z swymi radami. Kiedy i jak dziecko obmywać trzeba bez zamaczania główki, aby ciemienuszek nie ścierać, bo sądzą, że zawczesne oczyszczenie ciemienia ze strupów wyrodzić może w późniejszym czasie na ciele dziecka wyrzuty. Od krępowania dzieci powijkami ani na włos nie chcą odstąpić z obawy, iżby członki niemowlęcia krzywo nie rosły. Kolebki próżnej chuścić nie należy, w przeciwnym bowiem razie dziecko spać nie będzie.

W wymienionych dopiero okolicznościach, jak: ciąża, połóg i pielęgnowanie dziecięcia, w nadzwyczajnych tylko wypadkach babki i sąsiadki zezwalają na przyzwanie lekarza; same po większej części wszystkie potrzeby położnicy i dziecka załatwiają, przez kilka nieraz dni męczą rodzącą i gdy żadną miarą płodu wydobyć nie mogą, sprowadzają dopiero doktora, na którego ma się rozumieć winę składają, skoro tylko połóg nieszczęśliwie kończy się dla matki.

Ileżto jeszcze przesądów wychodzi z ukrycia w czasie różnych chorób! Najpierwszym błędem wiekowym naszego ludu jest to uparte, pomimo przedświadczenia się nieraz o mylności i zgubnych skutkach tego przesądu, to mówię przekonanie, że o chore dziecko w pierwszych zwłaszcza miesiącach, radzić się lekarza nie należy, gdyż doktor tak małemu dziecięciu nie pomoże. Używają zatem środków, jakie tylko doradzi babka, sąsiadka, owczarz lub tym podobni oszuści. Można sobie wystawić, jaki to szereg niedorzecznych po większej części leków wchodzi w zakres téj praktyki. W ostatecznym tylko razie, gdy wszystko, co tylko ludzie doradzali, nie pomogło, udają się rodzice z dzieckiem do lekarza.

Dziecina od dwóch lub trzech tygodni jest chora, oddech ma krótki, gorączkuje i często pokaszluje. Matka, która to dziecię przyniosła, mówi, że jest zwichnięte czyli usunięte, co lekkomyślnéj piastunce przypisuje, z którejto właśnie nie-

uwagi dziecko na boczek przechybnęło się, z czego bezwątpienia wszystkie przypadłości szkodliwe dla dziecka pochodzą; przez cały zatem czas choroby z porady sąsiadek i własnego doświadczenia robione były smarowania, nakadzania, kąpiele i po kilkakrotne wożenie do babki dla naciągania i zmierzania dziecka i zamawiania tego zwichnięcia. Po bliższém jednakże obejrzeniu mniemane zwichnięcie przemienia się w zapalenie narządu oddechowego.

Inną znowu razą przywołują lekarza do wychudłego dziecka kilkotygodniową wyniszczoną chorobą. Matka szeroko rozwodzi się, jak dziecko, pięć tygodni temu upadło na krzyżyk, wskutek czego kuperek się zagiął, co po wysmarowaniu, kąpielach i różnych okładaniach ustąpiło, lecz womity i rozwolnienie w początkach także choroby spostrzegane, coraz się bardziej wzmagają; dziecko tylko źle trawiących się pokarmów żąda i tych mu nie wzbraniają. W drugim dopiero rzędzie zamieszczane przypadłości, gróźnej są znakiem choroby, to jest: suchót brzusznych.

Z pomiędzy rozlicznych przesądów ludu wiejskiego w czasie chorób dziecięcych spostrzeganych, powtórzmy tu jeszcze niejednokrotnie wzmiankowany przesąd: pojenia dzieci miodem przed wysypaniem się wysypki w czasie epidemii ospy, odry lub innych chorób skórnych.

Tych kilka przykładów zakorzenionych przesądów o chorobach i środkach lekarskich, krzywego i błędnego pojęcia o wpływach zewnętrznych i wewnętrznych na zdrowie ludzkie, każdego uawet nielekarza przekonać może, że lud wiejski głęboką wiarę przywiązuje do śmiesznych i zabobonnych podań swoich przodków i w grubéj jeszcze pozostaje niewiomości. Być może, iż pierwiastkowe wyobrażenia ludu nieoświeconego nie mało przyczyniały się do wykrycia prawdy, były zgodne z duchem czasu, te *np.* które czasów jeszcze pogańskich sięgają; a że na rodzinnéj ziemi wzięty początek, od pokolenia do pokolenia z wielką czcią jako prawie religijna pamiątka przechowywane były, nic więc dziwnego, że przez długie wieki lud polski z natury swojej słowiańskiej tak przywiązany do

rodzinnęj ziemi, swojskich zwyczajów i pamiątek, że nawet przesady i zabobony w łonie swoim tak długo przechowuje.

Lecz z drugiey znowu strony, nie jeden przesąd za loiczny wynik doświadczenia i potrzebny w czasach jeszcze przedchrześcijańskich lub nawet i późniejszych uważany, od pokolenia z ust matki, babki i prababki przechodząc, niepodobna, iżby przez tyle wieków mógł przebyć niezmienionym do naszych czasów. Wiele także zdań i wywodów niegdyś za wyroczone a przynajmniej za zgodne z prawdą uważane, w obecnym stanie oświaty do śmiesznych i niedorzecznych przesądów policzone być muszą.

Do rozszerzenia błędnych wyobrażeń, przesądów i guseł pomiędzy ludem wiejskim najwięcej bezwątpienia przyczyniali się i przyczyniają owczarze, babki, felczery i tym podobni doktorzy, do których włascianie daleko chętniej i z większym zaufaniem udają się o poradę, niżeli do właściwych lekarzy.

Jakiekolwiek zresztą źródła i przyczyny przesądów naznaczyćby można, głównym celem niniejszego ustępu było, iżby wykazawszy szkodliwe zgubne skutki z wszelkich przesądów i zabobonów wpływające dla ludu wiejskiego, a tym samym i dla całego narodu, zwrócić uwagę szanownych czytelników na przedmiot niezaprzeczoney ważności i zachęcić ich do czynnego współdziałania. W obecnych czasach, gdy lud wiejski zrównany w prawie obywatelskiem z ziomkami innych stanów, ma więcej czasu zastanowienia się nad sobą i obejrzenia się około siebie, nabiera coraz więcej chęci kształcenia się, czyli, gdy zaczyna poczuwać swoją godność, wszyscy, których tylko bliższe z ludem wiejskim tak długo poniżanym i zaniebdanym wiążą stosunki, przez wzgląd na dobro ogółu, różnemi środkami starać się powinni przychodzić mu w pomoc.

Gdy więc przesady w ogólném znaczeniu tego wyrazu, nie tylko tyczące się pojęć higienicznych i lekarskich, lecz i innych przedmiotów, są nie małą przeszkodą do rozszerzenia oświaty pomiędzy ludem, wszelkie towarzystwa filantropiczne, właściciele ziemscy, proboszcze i lekarze na nieoświeconych współziomków wpływu swego użyć powinni.

Z pomiędzy wielu środków wyjaśnienia i zwalczenia przesądów ludu wiejskiego i miejskiego, jako najskuteczniejsze w obecnym czasie uważać należy następujące:

1) We wszystkich zakładach naukowych, w szkołkach elementarnych i ochronach, wykład higieny popularnej powinien być obowiązującym.

2) Pomędzy dorosłą ludność tenże sam przedmiot w Niedziele i Święta sami lekarze rozpowszechniać powinni.

3) W każdej a przynajmniej większej gminie urządzona być powinna pomoc lekarska; a zatem lekarz, apteka, akuszerka i szpital nieodzownymi byłyby do tego środkami, w które nasz kraj niezmiernie jest jeszcze ubogi.

4) Z postępem czasu, gdy pewne wyjaśnienie i zrozumienie przedmiotu nastąpi, towarzystwa higieniczne obok stowarzyszeń wzajemnego wsparcia dokonałyby rozpoczęte dzieło niewątpliwie z pomyślnym skutkiem.

Przystępuję teraz do właściwej treści mojego sprawozdania.

Z i m a.

Styczeń. Pierwszy miesiąc bieżącego roku, oprócz tylko kilku dni, śnieżną i mroźną przedstawiał zimę.

W pierwszej połowie Stycznia wiatr południowo-zachodni naprzemian z wschodnio-południowym był panujący, pogoda też w tym czasie była ciągle niestała. Śnieg często i obficie pruszył; niektóre jednak dni były piękne i pogodne. Stopień temperatury był także zmienny. Z rana dnia 1 Stycznia zaledwie dwa stopnie przymrozek wynosił, lecz na wieczór i w nocy wzmógł się do 10 stopni. Przez następne dni mróz zwykle przed południem zmniejszał się, a na noc wzmagał się, tak, że z dnia 5 na 6 przszło 17 stopni R. wynosił. Dnia 6 na wieczór mróz znacznie zmniejszył się i przez kilka dni po kilka tylko stopni wynosił.

I wiatry w pierwszej połowie miesiąca panujące były także różnej siły. Dnia pierwszego wiatry dmą spokojnie, następnych dni coraz bardziej wzmagają się tak, że dnia 4go były

gwałtowne, lecz odtąd złagodniały i dmą słabiej. D. 13 w nocy kierunek wiatrów zmienił się, które od strony północno-wschodniej, a później i północno-zachodniej przeważają. Wiatry te przez kilka dni są bardzo silne i mroźne i były przyczyną częstych zadymek.

Mróz już od dnia 12go wzmógł się do 10 stopni, przez pare dni następne do 18 stopni wynosił. Od dnia 17 mróz zmniejsza się; dnia 18go zupełna nastąpiła odwilż, wiatr północno-zachodni przeważa i przez pare dni mrzy, a powietrze było dżdżyste i mgliste. Od dnia 20go nastąpiła zmiana, przymrozek nadedniem objawił się i w krótkce śnieg drobny pruszył. Wiatry przejmujące dmą od strony północno-wschodniej i północno-zachodniej bardzo silnie, w skutek czego powstała zadymka, na wieczór jednak uspokoiły się a mróz wzmógł się do 10 stopni i przez trzy dni następne pogoda utrzymała się; wiatry te same dęły i mróz ciągle kilka stopni wynosił. Od dnia 24go znowu nastąpiła zmiana. Wiatr zachodni przeważył, odwilż zupełna nastąpiła, mrzy, często deszcz pada i massy śniegu nikną, powietrze jest przejmujące i ciężkie, drogi i ścieżki obślizły. Taki stan powietrza przez kilka dni utrzymał się. Dopiero dnia 27go na wieczór nastąpiła zmiana. Wiatr północno-wschodni przeważył, przymrozek chwycił i trochę śniegu przypruszyło, a na noc wypogodziło się. Mróz stopniowo wzmagał się, następnego dnia wynosił 6 stopni. Dnia 29 i do końca miesiąca termometr kilkanaście stopni zimna wskazywał. Ostatnie zatem dni miesiąca były mroźne i pogodne.

Luty. Dawno już nie mieliśmy tak pięknego i ciepłego Lutego; mrozów prawie nie było, odwilż przez cały miesiąc utrzymywała się, śniegi tak obficie na początku zimy spadłe, prawie zupełnie w tym miesiącu znikły, rzadko gdzie gruby nabój śniegu i lodu pozostał. Niektóre dni były bardzo pogodne i tak ciepłe, jakby już wiosnę nam zwiastowały. Lecz miesiąc Luty był w ogólności niestały. Przez pierwszy tydzień wiatr przeważał zachodni i południowo-zachodni, odwilż rozpoczęła się, powietrze było mgliste, deszcz dnia 3go przed południem padał, w inne zaś dni tylko mrzyło, w połu-

dnie ocieplało się. D. już 6go wiatr wschodnio-południowy czasami zrywał się, powietrze było mgliste, lecz przed wieczorem wyjaśniło się. Dnia 7go z rana był mały przymrozek, pogoda była piękna, w południe ociepliło się, wiatr wschodnio-południowy był przeważający. Następny dzień był również piękny i pogodny. Dnia 9 mróz do 4 stopni doszedł, pochmurzyło się, lecz pogoda przy wschodnio-południowym wietrze przez cały dzień utrzymała się. Dnia 10go wiatr południowo-zachodni zrywał się, pochmurzyło się i deszczyk drobny przed południem pokropił, przymrozek zupełnie zwolnił. Dnia 11go wiatry te same dość silne dęły, było pochmurno i dopiero w nocy deszcz bez przerwy kilka godzin padał. Pare dni następne były również niepogodne, czasami deszczyk przechodził, wiatr przeważał południowo-zachodni, czasami wschodnio-południowy. Od dnia 15go znowu pewna zmiana nastąpiła, mały z rana objawił się przymrozek, wiatry dmą spokojnie z południowo-zachodniej i wschodnio-południowej strony. Następny dzień był takież sam. Dnia 17 nadedniem śnieg drobny przypruszył, wiatr południowo-zachodni przeważał, w dzień zaś śnieg z deszczem padał, powietrze było mgliste. Takież sam stan powietrza i dnia następnego utrzymał się. Dzień znowu 19ty był pogodny, wiatry z południowo-zachodniej i wschodnio-południowej strony naprzemian dęły, powietrze było dość przyjemne, z rana przymrozek, w południe ociepla się. Tak samo było i dnia następnego. Dnia 21go gęsta mgła nad całym horyzontem unosiła się, wiatry te same utrzymały się, na wieczór mrzyło. Dnia 22 mgła rozeszła się, pogoda zajaśniała, powietrze było łagodne. Dzień 23 bardzo zbliżony do dni wiosennych, był pogodny i dość ciepły; następny dzień był pochmurny, lecz również przyjemny, wiatr wschodnio-południowy był przeważającym, czasami dął z południowo-zachodniej strony. Dnia 25 wiatry i ciepło też same, tylko że tego dnia dwa razy rano i wieczór mgła gęsta nad horyzontem zbierała się, lecz się rozchodziła; pogoda utrzymała się. Dnia 26 powietrze także było mgliste i na wieczór cokolwiek mrzyło. Dnia 27 wiatry ciągle też same, mgła rozeszła się; lecz pochmurzyło się a powietrze było ciężkie. Dnia 28 znowu mgła z rana powstała,

lecz przed południem rozeszła się i wkrótce wyjaśniło się; przez resztę dnia i w nocy piękna trwała pogoda, powietrze było łagodne i dość ciepłe. Wiatr wschodnio-południowy na przemian z południowo-zachodnim ciągle przeważał.

Marzec. Pierwsza połowa miesiąca Marca była po większej części niepogodna, deszcze dość częste i niekiedy obficie padały. Dnia jednak 2, 5 i 6go było dość pogodnie, innych zaś dni, jeśli nie z rana, to wieczorem lub w nocy deszczyk drobny lub rzęśisty kroił. Aż do dnia 12go wiatr przeważał południowo-zachodni, w nocy jednak częściej dął wschodnio-południowy. Wiatry te były ciągle silne, niekiedy nawet gwałtowne i dość chłodne, powietrze też z tego powodu było po większej części przejmujące. Śnieg w tym czasie do reszty zniknął i do gruntu rozpuściło, w niektóre jednak dni objawiały się przymrozki jak dnia 5, 6 i 7go; lecz w ostatniej kwadrze na początku Marca dzień 2gi tego miesiąca pamiętny jest niezwykłym ciepłem i piękną pogodą.

Od dnia 12 przed wieczorem zrywa się wiatr z północy dość ostry i chłodny i przez pare dni następne przymrozki do czterech stopni dochodziły, powietrze było przejmujące. Z wiatrem północnym dął naprzemian wiatr zachodni lub wschodni. Pogoda w ciągu tego czasu była także niestała. Kilka razy śnieg dość obficie upadł, niektóre jednak dni były zupełnie pogodne. Taki stan powietrzni do dnia 17go utrzymał się. Od tego dnia kierunek wiatrów zmienia się, które znowu od strony wschodnio-południowej i południowo-zachodniej przeważają i dmą dość spokojnie. Przymrozki zwolniały i przez cały prawie dzień pogoda utrzymała się, wieczorem dopiero pochmurzyło się i deszczyk drobny pokroił. Przez dni następne poranki były chłodne z małymi przymrozkami. Wiatry do końca miesiąca też same utrzymały się, stopniowo ocieplały się, tak, że kilka dni przy końcu miesiąca były już ciepłe i przyjemne. W czasie pierwszej kwadry wiatry te dość silne dęły, dnia nawet 21go były gwałtowne i tego też dnia wieczór i w nocy rzęśisty deszcz padał. Oprócz też tego tylko dnia, cała pierwsza kwadra i nów były ciągle bardzo pogodne i przyjemne, pomimo że bardzo często przy wiatrach dość chłodnych

i silnych nad ranem białe były przymrozki. Ostatnie pięć dni miesiąca Marca były prawdziwie wiosenne.

Dawno już nie mieliśmy zimy tak krótkiej i łagodnej jak w roku upłynionym. Chociaż bowiem miesiąc Styczeń był, z małym tylko wyjątkiem dość mroźny i śnieżny, za to dwa następne miesiące zupełną odwilżą i niezwykle odznaczyły się ciepłem. Lecz tak wczesne przejście z zimy do wiosny w miesiącu Lutym a i chłodne wiatry w Marcu były przyczyną liczniejszych chorób w tych miesiącach, niżeli w czasie mrozów styczniowych.

Główne cierpienia we wszystkich miesiącach zimowych stanowiły zajęcia różnego stopnia przewodu oddechowego. Spozstrzegać się zatem dały nieżyty, które szczególnie w miesiącu Styczniu pod postacią gryp przedstawiały się, dławiec, zapalenia oskrzeli, błony opłucnej i samych płuc; zwykle to cierpienia w zimowej porze lub w czasie niespodziewanych zmian w powietrzu. Z podobnymi cierpieniami, czy to zajęciem oskrzeli lub też i samych płuc, najwięcej widzieć się dało dzieci różnego wieku, co jak to zwykle na wsi bywa, z nieogłędneho opatrzenia lub wystawienia dzieci na zmienne i chłodne powietrze pochodzi. Nie mało też dzieci padło ofiarą, jeżeli nie natychmiastowej śmierci, te pewno długich i wyniszczających cierpień.

Wszystkich chorych w tym kwartale było 255, z tych cierpieniami przewodu oddechowego dotkniętych zgłosiło się 105, a zatem więcej jak trzecia część cierpiących w zimowych miesiącach.

Innych chorób w upłynionym kwartale nie wiele naznaczyć można, częściej jednak jak inne spostrzegać się dały gorączki reumatyczne lub reumatyzmy bezgorączkowe.

Oprócz wymienionych cierpień zdarzały się zapalenia gardła i oczów kataralne, nad Bugiem zaś i tu gdzieniegdzie spostrzegać się dała zimnica z typem najczęściej czterodniowym.

Z wysypek gorączkowych widziałem kilka wypadków ospy rodnej i zaledwie pare skarlatyn w lekkim stopniu. Zdarzyło mi się także widzieć kilka razy różę na twarzy. Lecz żadna choroba w zimowych miesiącach epidemicznie nie wystąpiła.

Jednym słowem terażniejsza zima tak pod względem stanu powietrzni, jak tu i owdzie pojawiających się chorób, do pomyślniej pory dla zdrowia ludzkiego policzoną być może.

W i o s n a.

Kwiecień. Pierwszy miesiąc wiosenny wcale nie odpowiadał łagodnym i ciepłym dniom Lutego, a nawet i Marca. Lecz że za wcześnie opuściła nas zima i w niezwykłym porządku w naszym klimacie rozpoczęły się wiosenne ciepła, przekonał nas o tem zimny i śnieżny Kwiecień.

Wprawdzie dwa pierwsze dni tego miesiąca były dość ciepłe i przyjemne, pierwszy dzień nawet, w którym pierwszy raz słyszane były grzmoty przed wieczorem, był po większej części pogodny; cały zato miesiąc, wyjąwszy kilka dni w ostatniej kwadrze pogodnych, lecz już chłodnych, odznaczał się zimnemi i przejmującemi wiatrami, deszczami, a częściej jeszcze obfitym śniegiem.

Już drugiego Kwietnia deszczyk około południa zaczął padać i z przerwami padał do wieczora; wiatr dął z południowo-zachodniej i zachodnio-północnej strony i był dość chłodny. Trzy dni następne były pogodne, lecz chłodne, wiatr południowo-zachodni naprzemian z wschodnio-południowym przeważał. D. 6go przy panującym wietrze zachodnim deszcz zrana pare godzin padał, przed południem chmury rozchodzą się i bardziej tego dnia oziębia się. Dnia 7 znowu deszcz niekiedy i krupki padały, wiatr przed wieczorem przeważa z zachodnio-północnej i wschodnio-północnej strony, powietrze było przejmujące. Lecz odtąd pogoda aż do dnia 17go utrzymała się, niektóre dni były nawet piękne, lecz powietrze było ciągle chłodne przy wietrze przejmującym północno-zachodnim i północno-wschodnim. Dnia 17go pochmurza się, wiatr zachodnio-północny dmie gwałtownie, lecz nie był tak chłodny, w nocy pare godzin deszcz padał, poczem znowu oziębia się i śnieg po północy popruszył. Dnia 18go wiatr ten sam dmie ciągle silnie i jest chłodny, śnieg prawie cały dzień z przerwami do wieczora padał. Dnia 19 przymrozek, wiatr północno-zacho-

dni ciągle utrzymuje się, śnieg czasami pruszy, powietrze było przejmujące. Taki stan powietrzni z małemi zmianami, aż do końca miesiąca utrzymał się. Wiatry z zachodu i północy są przejmujące i niekiedy gwałtowne, czém się szczególnie dzień 27 odznaczył, śnieg i deszcz często padały. Zwykle na wieczór i w nocy przyłączał się wiatr północno-wschodni, a wtedy horyzont wyjaśniał się, z rana zwykle przymrozki chwytają. Jednym słowem miesiąc Kwiecień roku upłynionego raczej do miesięcy zimowych policzyćby należało.

Maj. Pierwszy dzień Maja rozpoczął się przymrozkiem, a zakończył deszczem, we dnie było dość pogodnie, lecz silny wiatr z zachodu zgromadził chmury, wieczorem też i w nocy dość obficie wody upadło. Taki stan powietrzni przeciągnął się aż za ostatnią kwadrę. Prawie ciągle było chłodno, tak, że niekiedy śnieg nawet pruszył, a deszcze często przechodziły. Wiatr przez pierwsze kilka dni przeważał południowo-zachodni. Od dnia 6go zmienia się na wiatr północno-zachodni i północno-wschodni, było pochmurno, lecz przez pare dni nic nie padało. Dnia 8go wiatr północno-zachodni przeważa i był przejmujący; przed południem śnieżek i krupki padały, na wieczór i w nocy wypogodziło się. Dnia 9 cokolwiek ociepla się, wiatr południowo-zachodni przeważa, po południu drobny deszczyk przeszedł, a na noc wypogodziło się. W tym czasie wiatr zmienił swój kierunek od strony wschodnio-południowej i południowo-zachodniej i odtąd pogoda przez kilka dni utrzymała się, znakomicie ociepliło się tak, że dnia 13 i 14go termometr wskazywał 24 przeszło stopni, powietrze było przyjemne. W nocy z dnia 14 na 15 kierunek wiatrów zmienia się. Wiatr północno-zachodni przeważa, czasami dmie i północno-wschodni dość chłodny i bardzo silny. Odtąd niepogoda przez pierwszą kwadrę i aż za pełnię utrzymywała się, wiatr zachodnio-północny przeważał, był chłodny i przejmujący. Deszcze w tym czasie ciągle przechodziły, dnia nawet 19go na przemian ze śniegiem padał. Wegetacya widocznie została wstrzymana z powodu takiego zimna i wiatrów przejmujących. Dopiero dnia 26 zaczęło się ocieplać. Chmury tego dnia rozchodzą się, wypogadza się, wiatr dmie spokojnie

z wschodnio-południowej strony i taki stan powietrzni do końca miesiąca utrzymywał się.

Z wyjątkiem zatem kilku dni pięknych i ciepłych przy końcu miesiąca i kilku dni zaraz po nowiu, miesiąc Maj, powiększej części podobny do Kwietnia, był nie zwykle chłodny, niekiedy nawet śnieżny i w deszcz obfity.

Czerwiec. Kilkanaście początkowych dni Czerwca, wyjąwszy dzień pierwszy i piąty miesiąca, było pogodnych. Wiatr wschodnio-południowy był przeważający, dał silnie i był chłodny. Wieczory też i noce były zimne.

Dnia 1go było gorąco i z rana piękna pogoda utrzymywała się; około godziny 3 po południu wiatr południowo-zachodni zgromadził chmury, zagrzmiało i rześisty deszcz przeszło godzinę padał. Dnia 5go w samo południe przy wietrze także południowo-zachodnim pochmurzyło się i deszczyk drobny z parę godzin padał. Dnia 13go wiatr wschodnio-południowy silnie dmie; około południa chmury zgromadziły się, wiatr północno-zachodni przyłączył się, zagrzmiało i deszczyk z półgodziny pokropił, poczem oziębiło się. Dnia 14 zrana przyjemne było powietrze, wiatry też same dęły. O godzinie 3 po południu chmury na północy zebrały się, błyskawice i grzmoty powstały i piorun w bliskości uderzył, poczem deszczyk drobny z pół godziny padał, powietrze nie zwykle ochłodziło się. Dwa dni następne były pogodne, wiatr północno-wschodni przeważał. Dnia 17go wiatr północno-zachodni przemógł, pochmurzyło się, przyłączył się także wiatr południowo-zachodni i gdy te dęły gwałtownie, powstała burza, która zakończyła się o godzinie 3 po południu drobnym deszczykiem, poczem uspokoiło się i oziębiło. Kilka dni następne były pogodne, powietrze przyjemne z powodu, że chłodny wiatr północno-wschodni czerwcowy upał łagodził. Stopniowo jednak wiatr ocieplał się. Dnia 21 i 22go wiatr zmienia swój kierunek i ze wschodnio-południowej strony przeważa, na przemian dmie także i południowo-zachodni, pogoda jednak utrzymała się. I znowu kilka dni po pełni było niepogodnych. Od zachodu chmury się zbierały i przy błyskawicach i grzmotach deszcz rześisty padał, wszystko się jednak odbyło spokojnie bez burzy

Już dnia 25go wiatr dmie od północno-zachodniej, a następnego dnia i z północno-wschodniej strony; lecz tego dnia deszczyk drobny przeszedł i powietrze oziębiło się. Dzień 27 przeszedł zupełnie pogodnie, wiatr wschodni przeważył. Dnia 28 zmienił się kierunek wiatrów, gdyż z wschodnio-południowej i południowo-zachodniej strony dęły. Między godziną 5 a 7ą po południu wiatry te bardzo wzmogły się, chmury czarne nad horyzontem zgromadziły się, powstały błyskawice i grzmoty i deszcz rześisty i bardzo gwałtowny lunął, wkrótce potem grad wielkości grochu z pół minuty już wcale nieburzliwie przeszedł, poczem znowu kroplisty deszcz padał. O godzinie 7 wszystko uspokoiło się. Następnego dnia nadedniem wśród błyskawic i grzmotów deszcz z pół godziny dość gęsty padał, wiatr przeważył południo-zachodni i wschodnio-południowy. We dnie chmury rozchodzą się przy silnie dmących wiatrach lecz na wieczór i w nocy znowu drobny deszczyk z przerwami kropił, powietrze oziębiło się, a wiatry dmą ciągle dość silnie. Dnia 30go wiatry te same utrzymały się, około południa chmurzy się i o godzinie 3 po południu rześisty deszcz z przerwami przeszło godzinę padał, na wieczór i w nocy wypogodziło się.

Czerwiec zatem był bardzo niestały tak pod względem temperatury jak i kierunku wiatrów. Wiatry po większej części były ciągle chłodne z północnej zwłaszcza i wschodniej strony dmące, były jednak dnie gorące i parne. Deszcze wreszcie szczególnie w drugiej połowie miesiąca dość często przechodziły.

Jak zima tegoroczna była w ogólności stała, z początku mroźna i śnieżna, a następnie bardzo łagodna i pogodna, tak przeciwnie miesiące wiosenne ani porze ani nazwisku swemu wcale nieodpowiedziały. Kwiecień bowiem i Maj raczej Marzec lub w ogólności zimę przypomnialy, niżeli ciepłą i przyjemną wiosnę. Ciągłe w tych miesiącach zimna; wiatry przejmujące, częste śniegi i przymrozki zawiodły oczekiwania wszystkich, a rolnikom nieobliczone szkody zapowiadały. I w miesiącu Czerwcu te wiatry chłodne i zimna przy dziennych jednak upałach czuć się dały.

Pomimo jednak tak niezwykłego stanu powietrzni w miesiącach wiosennych, liczba chorych jeżeli nie zmniejszyła się, to i z pewnością nie była większa od liczby cierpień w zimowej porze; tu tylko ta postrzedz się dała różnica, że na wiosnę zdarzały się choroby więcej różnorodne.

Widziane były tak samo jak i w zimie, tylko w mniejszej znacznie ilości różne cierpienia przewodu oddechowego, jak: nieżyty, zapalenia oskrzeli i płuc, było także parę wypadków dławca.

Częściej jak w zimowej porze spostrzegać się dały w tym kwartale zapalenia oczów. Więcej także w miesiącach wiosennych zdarzały się gorączki tyfoidalne. Wspomnieć tu także należy o kilku wypadkach w tej porze żółtaczki, która już to sama przez się, już z cierpieniem w różnym stopniu wątroby połączona przedstawiała się. Choroba ta czasami w tych stronach spostrzegana, w tym jednak kwartale częściej jak kiedykolwiek widzianą była. Przyczyną tego cierpienia w dwóch wypadkach było zmartwienie, w jednym silne uderzenie, w innych wreszcie pijaństwo ze złością połączone.

Do częstszych jak zwykle chorób w tym czasie policzam świerzbę, której kilkanaście wypadków w samych dobrach Jadowskich widziałem; w sąsiednich także wsiach choroba ta rozszerzała się. Im większa nieczystość i nieporządek w których domach zakradły się, tym łatwiejszy przystęp wyrzuty świerzbowe miały. Leczenie tej nieprzyjemnej wysypki, jak wiadomo, jest prawie jednostajne i proste. Gdzie tylko można było, urządzone były łaźnie parowe, wszyscy zaś chorzy dotknięci świerzbą używali smarowania z maści siarczanéj, a w więcej upartych wypadkach dawana była siarka wewnątrz.

Z pomiędzy chorób w miesiącach wiosennych spostrzeganych, gdzieniegdzie po wsiach i w samém miasteczku widzieć się dała ospa wietrzna. Przy końcu zaś wiosny, to jest w ostatnim miesiącu upłynionego kwartału w jednéj zwłaszcza wsi wszystkie dzieci i kilka nawet kilkunasto-letnich dotknięte zostały odrą. Przy końcu Czerwca ta wysypka zbliżyła się do Jadowa. Choroba ta nad kilkanaście dni nie przeciągnęła się. Jedno dziecko przeszło rok mające przy łuszczeniu się już.

wysypki dostawszy zapalenia płuc, głównie skutkiem zaniedbania, umarło. Oprócz wymienionych chorób w miesiącach wiosennych, zdarzały się czasami reumatyzmy, a bardzo rzadko zimnice.

Wszystkie w ogólności cierpienia w upłynionym kwartale spostrzegane, przebiegały bardzo łagodnie i zwykle prędkim wyzdrowieniem kończyły się.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 Czerwca 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza).

Odczytano i przyjęto protokół poprzedzającego posiedzenia.

P. Stanisław Janikowski, wyszedłszy z ogólnej zasady wiecznego krążenia materji, mówił o tém, jak znaczne ilości najszacowniejszej materji corocznie usuwane są dobrowolnie z dróg wiecznego krążenia w postaci kału, moczu i zwłok ludzkich. Oprócz tych nie osiągniętych korzyści z wielkich mass materji w najwyższym stopniu pożądanej dla rolnictwa, zwracał uwagę na bezpośrednie szkody jakie dla zdrowia powszechnego wynikają z produktów rozkładu i gnicia niespożytkowanej w stosowny sposób materji. Zwracając się w szczególności do moczu ludzkiego, obliczył w przybliżeniu według zasad podanych przez Prof. Chevallier, że mocz oddawany rocznie przez mieszkańców Królestwa Polskiego w ilości około 1,104 milionów kilogramów, wystarczyłby do użyźnienia $3\frac{1}{2}$ milionów morgów gruntu czyli $\frac{1}{4}$ gruntów ornych, łąk, ogrodów i pastwisk Królestwa, które bez tego albo pozostają nie użyźnione, albo na użyźnienie swe znacznych wymagają wydatków.

Przystępując potem do potrzeb higienicznych miasta naszego, zwracał uwagę na uszczerbek zdrowia publicznego pochodzący z nieznośnych wyziewów amonijakalnych, które wy-

daje w Warszawie mocz zanieczyszczający mury domów, gmachów publicznych, ulice i place.

Wreszcie, wyprowadziwszy ztąd potrzebę dla miasta naszego *publicznych ustępów* do oddawania moczu (pissoirs), zastanawiał się nad takowemi pod następującymi względami:

1) Pod względem *ekonomicznym*, przytaczając przykład Flandryi i Szwajcaryi, gdzie mocz ludzki z korzyścią jest używany do użyźnienia gruntów.

2) Pod względem *wygody i przyzwoitości*.

3) Pod względem *czystości i zdrowia publicznego*, kładąc przycisk na *ubezwonnianie* (desinfectio) tych miejsc do użytku powszechnego przeznaczonych, przez stosowne zaopatrzenie tychże w wodę, przez wylanie ścian takich ustępów smołą kamienną i t. d.

P. Sciborowski z tego powodu przypomniał o matach napojonych smołą kamienną, używanych z dobrym skutkiem w niektórych szpitalach dla zmniejszenia miazmatów.

P. Karpiński mówił o kwasie saletrzanym jako środku ubyzwoniającym mocz przez utworzenie saletranu moczniaku.

Przeciwno przybliżonemu obliczeniu straty, jaką kraj ponosi, przez fakt niespożytkowania na nawóz moczu większej części mieszkańców kraju

P. Natanson zrobił ten zarzut, że nie można mówić o wartości wewnętrznej czyli bezwzględnej przedmiotów, tylko o względnej, to jest zależnej od użytku jaki z pewnego przedmiotu osiągnąć możemy. Otóż rzeczą jest wątpliwą, czy w kraju naszym trudność i koszt transportu moczu ludzkiego nie są tak wielkie, iż uniemożliwiają użycie jego na nawóz. Co do smoły, zdaniem Pana N. nie jest ona dobrym środkiem ubyzwoniającym mocz; ze sposobów zaś spożytkowania tego płynu dla rolnictwa podniósł pan Natanson praktykowane we Francyi wyrabianie kompostu z moczu i z wapna lekko gaszonego, znanego pod nazwiskiem wapna uzwieżonego (chaux animalisée).

P. Andrzej Janikowski zwracał uwagę na ważność rozbieranego przedmiotu pod względem wygody i zdrowia po-

edyńcnych mieszkańców Warszawy, zatrudnionych przez dzień po za domem, którzy częstokroć zmuszeni są przebiec kilka ulic, zanim napotkają miejsce do oddania moczu, od którego by nie odstraszał napis grozący karą policyjną.

Wreście Towarzystwo oceniając ważność przedmiotu, poleciło P. Stanisławowi Janikowskiemu skreślenie uwag o potrzebie urządzenia w Warszawie ustępów publicznych do oddawania moczu, dla zakomunikowania ich właściwej władzy miejskiej.

P. Majewski złożył „Rzut oka ogólny na zarząd służby zdrowia.“ (Odesłane do Komitetu Reformy lekarskiej.)

P. Karpiński rzucił pytanie, który przetwórcy *apiolu* stosowniej bywa otrzymywany: czy przez wyciąganie rozczynem eteryczno-wyskokowym z nasion pietruszki, -- czy przez wyciąganie roztworem czystego eteru, galarety otrzymanej z zagotowania tychże nasion?

P. Lubelski (syn) przypomniał, że pierwszy z tych sposobów zalecony był przez dwóch autorów francuzkich, którzy pierwsi używali tego środka.

Na koniec p. Natanson doniósł Towarzystwu, że ponownie miał sposobność przekonać się o skuteczności proszku zwanego *Pangawardzambo* użytego miejscowo do tamowania krwawień. Proszek ten pochodzi nie ze mchu, jak na jednym z poprzednich posiedzeń powiedziano, ale z paproci zwanój *Palea Thibanti*; wstrzymuje on krwotoki nawet z drobnych tętnic aż do 2 lub 3 linii średnicy mających.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 1 Lipca 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza.)

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia:

Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa, Dra Boranieckiego z Podola, i złożył ofiarowane od tegoż dla Towarzystwa: 1) dwa egzemplarze litografii przedstawiającej niedawno zmarłego zasłużonego podolskiego lekarza, Dra Boranieckiego ojca; 2) mowę mianą na jego pogrzebie; 3) rycinę ofiarowaną Drowi Hackenschmidt w Wilnie z powodu 50-letniego jubileuszu praktyki lekarskiej; 4) Ustawy Towarzystwa Lekarskiego Podolskiego.

Od p. Klopsch z Wrocławia złożono: 1) Orthopädische Studien Breslau 1861; 2) Prolegomena ad historiam physiologiae in Schola Boerhavianana; 3) Mikroskop u. chem. Untersuchung eines Lithopädion. (Sprawozdawca: p. Sciborski.)

Sekretarz stały (p. Szokalski) odczytał odezwę Sekretarza Stanu przy Radzie Stanu Królestwa Polskiego wyśtosowaną do Towarzystwa, wskutek której zakomunikowano Radzie Stanu przeszłoroczne przedstawienie kilkudziesięciu tutejszych lekarzy o potrzebie reformy urządzeń lekarskich w kraju naszym.

Prócz tego p. Szokalski zwrócił uwagę kolegów na ustęp Gazety Polskiej z r. b. Nr. 146, z którego się pokazuje: 1) że Dr. G... użalał się w liście do Redakcyi na zamieszczenie w Nrze 130 G. Polsk. podziękowania publicznego od jednego z jego pacjentów; 2) że Redakcyja Gaz. Polsk. zdaje się nie wiedzieć o odezwie Inspektora Głównego służby cywilno-lekarskiej z dnia $\frac{9}{21}$ października 1859 Nr. 4408/35,228 wystosowanej do Towarzystwa lekarskiego, a zapewniając, że za pośrednictwem cenzury tak ogólnej jak (podówczas) lekarskiej, wszelkie podziękowania lekarzom publicznie składane usuwane będą z gazet, jeśli są bezimienne, zaś opatrzone podpisem w takim tylko razie będą umieszczane, jeśli lekarz któremu dziękują, sam zezwoli na takie ogłoszenie.

Towarzystwo uchwaliło, odezwę tę zakomunikować redakcyom tutejszych gazet.

Następnie w dalszym ciągu dyskusyi o materyach odchodowych ludzkich w miastach, pod względem higieny publicznej,

P. Lebrun mówił o potrzebie publicznych wychodków do oddawania kału, które równie są niezbędne jak publiczne ustępy do oddawania moczu w mieście naszym.

P. Helbich wspomniał o foluszu w Kaliszu, w którym wszystek mocz robotników, starannie zbierany, był z korzyścią spożytkowany do celów fabrycznych.

P. Stanisław Janikowski kwestyą oddalania kału mieszkańców miasta Warszawy rozbierał raz pod względem ekonomicznym,—powtóre pod względem higienicznym, wspomniawszy naprzód w ogólności, że dobrze zrozumiany interes gospodarstwa krajowego zwykle w parze idzie z interesem zdrowia powszechnego.

Pod pierwszym względem, wychodząc i tą razą z zasad wiecznego krążenia materyi, przytaczał przykład krajów obcych, w których odchody ludzkie z korzyścią dla rolnictwa są spożytkowywane. Co do kraju naszego, a w szczególności miasta Warszawy, powoływał się na zdanie specjalisty, to jest agronoma, p. Jana Romualda Wilanda, który wartość nieczystości z miasta Warszawy pochodzących, na sztuczne nawozy prze-

robić się mogących, obliczył na 2 miliony złp. rocznie (Gaz. Polsk. z r. b. Nr. 145).

Pod względem higienicznym popierał protestacją rzeczowego agronoma przeciwko projektowi oddalania odchodów ludzkich z miasta naszego za pośrednictwem kanałów podziemnych, podnosząc 1) niebezpieczeństwo wyziewów smrodliwych z takich kanałów; 2) zanieczyszczenie rzeki wlewaniem do niej odchodami; 3) zanieczyszczenie wody studzien materyami wsiąkającymi z kanałów w grunt miejski i przyłączając przykład Londynu i Wiednia, któreto miasta z podobnego systematu u nich istniejącego bardzo są niezadowolone i tylko go znoszą jako złe konieczne.

P. Helbich sądzi, że kraj nasz nie jest dość posunięty w kulturze, aby mógł używać tego rodzaju sztucznych nawozów. Co do miasta naszego jest zdania, że pierwszą rzeczą jest zaopatrzenie je w należyłą ilość wody, któraby nieczystości w kanałach spłókiwała, i w ogóle radzi wstrzymać się ze zdaniem w tym przedmiocie.

P. Stanisław Janikowski: woda użyta do spłókiwania kanału w ściekach podziemnych pomnoży niepotrzebnie i w wysokim stopniu wydatki miasta. Co do kraju naszego specyjalni agronomowie są właśnie zdania, że chcąc obecnie u nas dojść do zwiększonej produkcji gospodarskiej, koszta z należytym zyskiem opłacającej, z gruntów wyjałowionych systemem gospodarstwa trójpolowego i uprawą ciężką roślin zbożowych i fabrycznych wywożonych za granicę, rolnictwo nasze potrzebuje i w dalekiej przyszłości ciągle potrzebować będzie tyle nawozów sztucznych, że miasto Warszawa z wszystkich nieczystości materyalnych przez rolników oczyszczone będzie.

P. Andrzej Janikowski również nie jest za wyczekiwaniem w tym ważnym przedmiocie. Jako przykład skutków lekceważenia wartości kału ludzkiego przytacza wyjałowione grunta w okolicach Rzymu, grodu posiadającego najwspanialsze ścieki podziemne.

P. Natanson: kwestya higieniczna jest w tym razie ważniejsza od kwestyi ekonomicznej, która różnić się u nas

musi o nieprzygotowanie kraju do spożytkowania tego rodzaju sztucznych nawozów, o koszta transportów, i t. d. Ponieważ zaś szkodliwym wyziewom zapobiegnie się przez należyte czyszczenie, niebezpieczeństwu zaś zanieczyszczenia studziń, przez odpowiednią budowę kanałów, wreszcie niedogodność zasmrodzenia Wisły usunięte być może przez wyprowadzenie odpływu ścieków poniżej miasta, ponieważ nadto niedogodności i szkodliwości kanałów odprowadzających kał w Londynie i w Wiedniu pochodzi z niedostatecznego spadku ścieków tych miast, przeto projekt ku oddaleniu kału z miasta naszego za pomocą ścieków, zasługuje na poparcie.

P. Stanisław Janikowski nadmienił, że przed wydaniem ostatecznego w tej mierze zdania należałoby jeszcze zbadać dokładnie przy pomocy ludzi specjalnych: który sposób odprowadzania kału z miasta byłby zarazem najoszczędniejszy i najmniej dla zdrowia powszechnego szkodliwy.

PP. Helbich i Andrzej Janikowski mówili o zaletach włoskiej metody czyszczenia kloak za pomocą beczek, w których się robi próżnia barometryczna.

Wreszcie P. Natanson, w obec przedstawiających się tak częstych i tak ważnych kwestyi higienicznych miasta naszego dotyczących, których wyczerpujące traktowanie przechodzi możność Towarzystwa, wniósł: iżby Towarzystwo lekarskie w odezwie do Rady miejskiej Warszawskiej wyłożyło niezbędną wyznaczenia choćby tymczasowej delegacyi higienicznej a złożonej nie tylko z lekarzy, ale i z inżynierów, budowniczych, chemików, techników i t. d. do którejby należało roztrząsanie kwestyi zdrowia publicznego naszego miasta na wzór podobnych ciał istniejących w miastach i okręgach administracyjnych niektórych państw zachodu Europy, a urządzenie takie mogłoby nadal za przykład innym częściom kraju posłużyć.

Towarzystwo przyjęło jednomyślnie ten wniosek, a ułożenie projektu odezwy odpowiedniej Sekretarzowi stałemu poleciło.

POGLĄD KRYTYCZNY

NA OBECNE STANOWISKO

FIZIOLOGII I PATOLOGII NERWÓW ZWOJOWYCH.

skreślił Dr. Konstanty Karwowski.

Ce n'est pas assez de compter les expériences, il les faut peser et assortir, il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions.

Montaigne.

Jedną z najmniej znanych części fizjologii, jest bez zaprzeczenia fizjologia układu nerwów zwojowych. Mamy w tym przedmiocie rozprószone tu i owdzie różne prace; żadne z nich jednak wzięte oddzielnie niedają pewnych rezultatów. Każdy z badaczy tej części systemu nerwowego inaczej sobie tłumaczy wypadki swoich postrzeżeń, nie wiedząc często o pracach innych, lub mało sobie ceniąc ich rezultaty, któreby jednak nieraz wielkie światło na wypadek własnych prac jego rzuciły.

P. T. L. W. Tom XLVIII.

11

Dla tego starałem się zebrać po różnych autorach rozrzucone fakta téj części fizjologii się tyjące, i porównywając je z sobą dojść do pewnego krytycznego poglądu. Myśl podana szczególnie przez Axmana co do różnicy zwojów kręgowych i sympatycznych, służyła mi mniej więcej za punkt wyjścia, co do poszukiwań po innych autorach.

Z tych najwięcej mnie oświeciły wypadki wiwisekcyi przez Klaudiusza Bernarda w kollegium francuzkiem robionych, z których najważniejszych sam byłem świadkiem. Doświadczenia te nadzwyczaj ciekawe pod względem fizjologii człowieka, w wielu wypadkach rzucają światło na różne zawiłe kwestyje patologiczne, i w tem leży prawdziwa ich wartość. Do téj pory jednak zbyt mało jeszcze zwracano na nie uwagi, żeby można było dojść do jakich pewniejszych rezultatów. Celem przeto niniejszej pracy jest: wskazać lekarzom idącym z postępem nauki tę zapomnianą i mało cenioną gałąź nerwopatologii. Z czasem zbierając na téj drodze postrzeżenia, będzie można oddać ważne usługi patologii i terapii pod względem odżywiania organizmu, tworzenia się nowotworów i ich usuwania.

OGÓLNY POGLĄD ANATOMICZNY.

Pod nazwiskiem systematu zwojowego nerwów, rozumiemy układ zwojów nerwowych i pochodzących z nich nerwów. Zwoje te jedne leżą na tylnych korzonkach nerwów kręgowych, i te zowiemy zwojami kręgowymi, drugie zaś leżące symetrycznie z dwóch stron z przodu kręgow, niciami nerwowymi wzajemnie między sobą i z układem nerwów kręgowych połączone, tworzą układ ner-

wowy sympatyczny, do którego należą i tak zwane spłoty „plexus“ znajdujące się w różnych częściach ciała na przebiegu nerwów i naczyń. Na tej zasadzie zwoje nerwowe dzielą się na dwa układy: układ zwojowy kręgowy, i układ zwojowy sympatyczny. Do pierwszego należą: zwoje kręgowe, zwój Gassera, zwój nerwu błędnego, zwój nerwu językogardzielowego; do drugiego zaś wszystkie zwoje sympatyczne po bokach kolumny pancerzowej leżące, jakoteż zwoje w jamach ciała się znajdujące, między którymi szczególniejszemu zasługują na uwagę zwoje: natetniczny, rzęskowy, klinopodniebieniowy, czeluściowy, uszny Arnolda, nosowopodniebienny i zuchwowy.

Podział ten anatomiczny, jak o tem w dalszym ciągu tej pracy będzie mowa, ma swoją fizjologiczną zasadę, gdyż każdy z tych obu układów inną ma do spełniania funkcją fizjologiczną. Pod względem histologicznym, każdy z tych systematów nerwowych składa się z komórek nerwowych i pochodzących od nich włókien. Jak komórki tak i włókna nerwowe są między sobą połączone za pomocą tkanki łącznej, która także tworzy i ich zewnętrzne pokrycie. Komórki nerwowe znajdujące się w węzłach bywają różnej wielkości. Średnica ich podług Köllikera wynosi od 0,14 do 0,005 milimetra, podług Axmana od 0,012 do 0,048”. Składają się one z trzech części, które są następujące:

1. Osłonka czyli błona bez żadnej budowy wyraźnej, podobna do zwyczajnej błony komórkowej, przezroczysta, bezbarwna, — bywa różnej grubości w różnych komórkach, i ściśle jest związana z otaczającą ją tkanką łączną.

2. *Treść*, masa białkowata prawie przezroczysta, czasami z żółtym lub różowawym odcieniem; masa ta podczas życia galaretowata, po śmierci gęstnieje i mętnieje. Wewnątrz treści, najczęściej ku brzegowi osłonki, leży

3. *Jądro*, ciało okrągłe jasne, posiadające w sobie jedno lub więcej mniejszych jąder. Skład jądra nie jest zbadany. Składa się ono z jakiejś delikatnej błony i galaretowatej zawartości, i bywa różnej wielkości w różnych komórkach. Taka komórka nerwowa wydaje z siebie wypustki, które następnie przechodzą we włókna nerwowe, albo też łączą komórki jedne z drugimi. Ilość tych wypustek bywa rozmaita. Co do istnienia komórek jednowypustkowych, to histolodzy jeszcze się nie zgadzają. Wagner utrzymuje, że takie komórki nie istnieją wcale. Toż samo mniema i Bidder. Zdaje się jednak podług dochodzeń Köllikera, Axmana i innych, że takie komórki mają miejsce. W ten sposób daje się objaśnić fakt, że cewka nerwowa, po przejściu przez zwój nerwowy, więcej zawiera nerwowych włókien, niż przed wejściem. Tak Bidder i Volkmann znajdowali, że u żaby gałązka czwarta nerwu pacierzowego, po przejściu odpowiedniego węzła, zawiera 200 razy większą ilość włókien nerwowych, niż przed wejściem. Znaleźli również, że ilość włókien nerwowych wchodzących do węzła sympatycznego przez ramus communicans (gałęź łączną), jest o $\frac{2}{3}$ mniejsza od ilości włókien z niego wychodzących. Axman utrzymuje, że komórki jednowypustkowe istnieją u wszystkich zwierząt. Zreżtą w tym przedmiocie ostatnie słowo jeszcze nie wyrzeczono i to zapewne nieprędko nastąpi, z powodu złudzeń optycznych jakim się ciągle przy robieniu

tak delikatnych obserwacji drobnowidzowych podlega i zawsze podlegać będzie, nawet przy użyciu najdokładniejszych narzędzi.

Drugą częścią składową systematu nerwów zwojowych są nerwy. Każdy nerw zwojowo-sympatyczny czy zwojowopacierzowy składa się z włókien nadzwyczaj delikatnych, ściśle do siebie przylegających i ujętych w jedną ogólną pochwę: neurilema. Tkanka łączna posiadająca ziarna spaja pojedyncze włókna między sobą; tkankę tę Gh. Robin nazwał: *périnèvre*. Główną jednostką składową nerwów jest włókno nerwowe, inaczej zwane cewką nerwową (*Nerwenprimitivröhre*, *nerwenprimitivfaser*, *fibrille nerveuse*.) Jeśli takie włókno będziemy śledzić drobnowidzem u istoty żyjącej, jak np. na membrana nicticans żaby, to przedstawi się ono w postaci nitki bardzo cienkiej, homogenicznej budowy. Śledząc zaś ten sam nerw oddzielnie po wymoczeniu go w wodzie, rzecz się przedstawia wcale inaczej. Zamiast homogenicznej nitki, ujrzymy rurkę, która wyraźnie z trzech części składać się będzie, a mianowicie z pochewki zewnętrznej, masy rdzeniowej i nitki osiowej. Pochewka przedstawia osłonkę przezroczystą, żadnej szczególnej budowy nie posiadającą, ciągliwą i w niektórych tylko miejscach płaskimi ziarnami pokrytą. Tkanka ta jest bardzo podobna do tkanki otaczającej komórkę zwojową i stanowi jakby jej przedłużenie. Rdzeń jest podobnym do rdzenia w komórce zwojowej; w stanie świeżym żółty i przezroczysty, po śmierci krzepnie, ściąga się i od pochewki odstaje, w skutek czego włókno nerwowe przedstawia wtedy podwójny zarys. — W środku rdzenia leży nitka osiowa (*Axencylinder*, *Purkinie. Band*, *Remak*), która, jak się zdaje, główną skła-

dową część nerwu stanowi. Nitka osiowa w stanie świeżym rzadko daje się odróżnić od rdzenia, po stężeniu zaś jego daje się widzieć łatwo. Przedstawia się wtedy w postaci delikatnej, bladożółtawej rurki. Przez moczenie nerwu przez 5—17 dni w kwasie octowym, lub roztworze sublimatu, można odosobnić nitkę osiową od pochewki i rdzenia, które się rozpuszczają gdy nitka osiowa zostaje w całości i robi się tylko kruchą. Czasami cząsteczki rdzenia i pochewki pozostają na niej i wyglądają jak perły nanizane na sznurek (Czermak i Müller Archiv 1849); z którego to powodu Remak utrzymuje, że nitka osiowa składa się z pochewki napełnionej płynem. Niektórzy fizjolodzy, jak Wagner, uważają nitkę osiową za produkt dopiero po śmierci chemiczną drogą powstający. Prace dopiero Köllikera dowiodły, że nitka osiowa jest częścią składową każdego nerwu i że jest widoczną po śmierci nawet bez użycia reagensów. Axmann utrzymuje, że kilka razy udało mu się ją obserwować w zupełnie świeżych, jeszcze nieskrzępłych włóknach. Każde takie włókno nerwowe zostaje w bezpośrednim związku z komórką nerwową. Błona komórki przechodzi w pochewkę włókna, rdzeń włókna jest ten sam co w komórce, wreszcie nitka osiowa jest dalszym ciągiem jądra komorkowego. W każdym więc zwoju tworzą się nowe nerwowe włókna, które zostają w związku z komórkami nerwowymi; te włókna łącząc się następnie na pnie i ściśle będąc z sobą spojone, jednak nigdzie się nie anastomozując, rozchodzą się częścią ku powierzchni częścią ku środkowi ciała.

Śledząc drobnowidzem każdy zwój pacierzowy, znajdujemy w nim trzy rodzaje nerwów. Jedne z nich, których pochodzenie daje się od rdzenia pacierzowego wy-

prowadzić, przebiegają zwój krzyżując się rozmaicie, i mieszcząc między sobą komórki nerwowe, właściwie zwój tworzące, wydające z siebie po jednym lub więcej nerwowych włókien, które następnie łącząc się z gałęzią nerwu pacierzowego, razem z nim dzielą się pomiędzy organa wpływowi woli ulegające.

Druga część przechodzi przez *ramus communicans*, do zwoju sympatycznego i łączy się z włóknami sympatycznymi; trzecia zaś część najmniejsza wchodzi przez tylny i przedni koniec nerwu zwojowego w rdzeń pacierzowy, gdzie dalszy jej przebieg nie daje się już wysledzić. Niektórzy fizjolodzy, jak Wutzer, Joh: Müller, Retius, Meyer i Volkmann na zasadzie tego faktu mniemali, że to jest dowodem pochodzenia nerwu sympatycznego ze środka cerebrosposinalnego. Fakta fizjologiczne jednak później drogą doświadczeń otrzymane dowodzą przeciwnie, że systemat nerwów zwojowych ma istnienie samodzielne, niezależne od centrum mózgowo-grzbietowego.

Trzecim rodzajem włókien w zwoju pacierzowym znajdującym się są włókna sympatyczne, które w zwoju odpowiednim sympatycznym zrodzone, tu się przez *ramus communicans* dostają i następnie z włóknami zwojowopacierzowymi, przez tylny i przedni ich korzeń do rdzenia pacierzowego przechodzą, albo też wraz z całym pniem nerwowym pacierzowym rozchodzą się po całym ciele. Każdy więc nerw, jak z tego widzimy, zawiera w sobie oba rodzaje włókien zwojowych; wzajemny ich tylko stosunek bywa w różnych okolicach rozmaity. Tak Bidder i Volkmann znaleźli w nerwach mięśni woli podległych stosunek ilości włókien zwojowych do rdzeniowych pacierzowych jak 1 — 10, gdy tymczasem

rzecz ma się zupełnie przeciwnie w mięśniach nie podległych woli, jak w muskulaturze kiszek i naczyń. Błona okostna i ochrzęstna podług poszukiwań Valsalvy, Arnolda, Winslowa i Schlemma, posiadają znaczną ilość nerwów zwojowych. Kölliker je wykrył w twardej i miękkiej massie kostnej, dokąd wchodzi razem z małymi tętnicami.

Tkanki włókniste zawierają włókna zwojowe tylko w małej ilości.

Tkanki surowicze i szluzowe podług poszukiwań Biddera i Volkmana, jeśli nie są obdarzone czuciem, to zawierają w sobie jedynie tylko zwojowe nerwy; w obdarzonych zaś czuciem znajdowali włókna mózgowo-pacierzowe w ilości $\frac{1}{6}$ do $\frac{1}{20}$, a zwojowe jak $\frac{5}{6}$ do $\frac{19}{20}$. Podług Luschki nerwy osierdzia pochodzą od nerwu błędnego i diafragmatycznego, opłucnej ze splotów piersiowych nerwu sympatycznego. Nerwy żołądka i kiszek składają się z samych prawie włókien zwojowych; toż samo jak nerwy gruczołów brzusznych, trzustki, nerek i wątroby. Jedynie tylko nerwy macicy, pęcherza, кишки odchodowej, gruczołów ślinnych, łzawych i sutkowych, posiadają oprócz zwojowych mózgowo-pacierzowe włókna. Skóra posiada włókna zwojowe i mózgowo-pacierzowe w równej ilości, niektóre tylko miejsca większą obdarzone czułością, posiadają włókna czucia w stosunku $\frac{2}{3}$, jak to ma miejsce w końcach palców.

Na tém kończąc ten krótki rys anatomiczny, którego tu umieszczenie uważałem za potrzebne dla dokładnego zrozumienia traktowanego przedmiotu, szczególnie dla lekarzy nie poświęcających się anatomicznym i drobnowidzowym zajęciom, przystępuję do części fizjologicznej.

POGLĄD HISTORYCZNO-KRYTYCZNY na fizjologię nerwów zwojowych.

Najpierwsze poszukiwania nad nerwami zwojowymi były robione nad nerwami pochodzącymi ze zwojów sympatycznych. Pierwszy *Pourfour du Petit* przecinał u psa nić nerwu sympatycznego, łączącą zwój szyjowy średni ze zwojem szyjowym górnym (1712). Robiąc tę operację *Pourfour du Petit* zauważał szczególne zjawisko ze strony oka, mianowicie: zwięzanie się źrenicy, mętnienie rogówki, następnie czerwoność i rozszerzanie się naczyń błony łącznej oka. U psa gałązka ta nerwu sympatycznego tak jest ściśle złączona z nerwem błędnym, że niepodobna przeciąć jednej bez uszkodzenia drugiego. *Pourfour du Petit* wiedział to dobrze i w zjawiskach wspomnianych odróżniał powstałe przez przecięcie jednego nerwu od pochodzących z uszkodzenia drugiego. Utrzymuje on mianowicie, że pod wpływem nerwu sympatycznego zostają gruczoły i naczynia oka, które też po przecięciu tego nerwu rozszerzają się i krwią napełniają. Zwięzanie się zaś źrenicy tłumaczy sparalizowaniem włókien promienistych tęczówki, w skutek czego włókna koliste działając same sprowadzają jój zwięzanie. *Pourfour du Petit* utrzymuje także, że kierunek nerwu sympatycznego w tém miejscu jest wstępujący, że się on poczyna

na grzbiecie i idzie ku głowie, a nie zstępuje od 6 i 7 pary, jak to utrzymywali: *Vieussens* i *Willis*. Prawdę tę stwierdziły doświadczenia *Budgęgo*, *Wallera* i *Schiffa*, nad którymi się obszerniej w dalszym ciągu zastanowimy.

W naszym wieku wielu fizjologów zaczęło sprawdzać doświadczenia *Petita*. Tak *Dupuy* w roku 1816, *Brechet* w r. 1837 i *John Reid* w r. 1838. Prace tych badaczy stwierdziły tylko to, co utrzymywał *Petit*, lecz nic nowego nie dodały. Wszyscy spostrzegali, że po przecięciu gałązki szyjowej nerwu sympatycznego następuje zwięźenie źrenicy, czerwonosć błony łącznej, wgłębianie się kuli ocznej w oczodół, i występowanie ku przodowi chrząstki trzeciej powieki. Też same zjawiska miawały miejsce po wyłuszczeniu zwoju nerwowego, z którego przecięty nerw przechodził. Z tego wszystkiego zwięźanie się źrenicy najbardziej zajmowało uwagę badaczy. W 1846 roku *Biffi* w Mediolanie spostrzegł, że źrenica zwięźona w skutek przecięcia nerwu sympatycznego, rozszerza się znowu, gdy galwanizujemy koniec przeciętego nerwu idący ku niej. W tymże samym prawie czasie *Ruete* w Wiedniu znalazł, że źrenica rozszerzona w skutek sparalizowania 3ciej pary nerwów, może się jeszcze bardziej rozszerzyć przy użyciu belladonny i z tego wyprowadził wniosek, że tęczęwka otrzymuje dwa rodzaje nerwów. Jedne z nich pochodzące od trzeciej pary rządzą włóknami kolistymi tęczęwki i sprowadzają zwięźanie się, włókna zaś sympatyczne rządzą włóknami tęczęwki promienistymi i sprowadzają rozszerzanie się źrenicy. Wniosek bardzo ważny i zgadzający się z wypadkami doświadczeń na innych częściach systemu nerwów zwojowych czynionych, jak się o tem następnie

przekonamy. Cl. Bernard już od roku 1832 wykonywał podobne doświadczenia, lecz w nich nic nowego nie zwróciło jego uwagi oprócz zwięzania się jeszcze odpowiedniej nozdrzy. W roku 1852 dopiero spostrzegł nowe zjawisko, które poprzednio jeszcze przez nikogo nie było obserwowane, a mianowicie podwyższenie temperatury i czułości w częściach mających nerwy sympatyczne przecięte. Zjawiska te raz zauważane stały się przedmiotem poszukiwań innych fizjologów, jak: B u d g e g o, Wallera i Brown S e q u a r d a, którzy je sobie rozmaicie tłumaczyli. Najwięcej jednak nad tem pytaniem pracował Cl. Bernard. O rezultatach jego poszukiwań wspomniemy w dalszym ciągu téj pracy.

Doświadczenia do téj pory wspomniane, ściągały się tylko do jednego węzła sympatycznego. Do wyprowadzenia z tego jakich wniosków potrzeba było powtórzyć je w innych okolicach ciała, i nad innymi nerwami. Bardzo systematyczne są pod tym względem prace Axmana. Wypadki ich jakkolwiek jeszcze nie przez wielu fizjologów stwierdzone, a przez innych zaprzeczane, niespodziewane rzucają światło na funkcje systematu nerwów zwojowych. Dla tego też chcę o nich obszerniej pomówić.

Sądząc z żadnych prawie różnic anatomicznych zachodzących między nerwami mózgowo-pacierzowemi i zwojowemi, zdawałoby się, że między niemi i żadne różnice fizjologiczne nie mają miejsca; tymczasem różnorodność zjawisk patologicznych, wywoływanych przecinaniem ich w różnych miejscowościach i w różnych miejscach ich przebiegu, dowodzą przeciwnie, że te różnice istnieją.

Wiadomo, że tak nerwy pacierzowe jako też i sympatyczne w różnych punktach swego przebiegu z różnego

rodzaju włókien się składają, włókna te także przebiegają w różnych kierunkach. Przecinając więc te nerwy w różnych miejscach, wywołać powinniśmy w różnych miejscowościach i w różnych kierunkach rozmaite zmiany patologiczne. W ten sposób można będzie poznać funkcję każdego rodzaju nerwowego włókna. Zdarzyć się tu mogą głównie cztery kombinacje, a mianowicie:

1. Przecinając korzonki nerwów pacierzowych pomiędzy rdzeniem pacierzowym, a zwojem pacierzowym odpowiednim, powinniśmy otrzymać zmiany w funkcjach zależnych od tegoż nerwu mózgowo-pacierzowego w okolicach gdzie on się rozdziela, bez żadnych zmian w funkcjach zależnych od nerwu zwojowego. W samym zaś rdzeniu pacierzowym będą miały miejsce zmiany zależące od przecięcia nerwu zwojowego, który pochodzi z odpowiedniego zwoju i w rdzeniu pacierzowym się rozgałęzia.

2. Jeśli przeciętą zostanie gałąź mózgowo-pacierzowa poniżej zwoju pacierzowego, między nim a przyłączeniem się gałązki łącznej (*rami communicantis*), to powinny nastąpić zmiany funkcji od nerwu pacierzowego zależnych, tak jak w pierwszym razie i nadto zmiany funkcji zawisłych od zwoju pacierzowego. Te ostatnie będą mieć miejsce tak w częściach gdzie się nerw rozgałęzia, jako też i w samej substancji nerwu. Prócz tego w substancji rdzenia pacierzowego muszą nastąpić zmiany funkcji zależnych od włókien sympatycznych, które tam się dostają przez gałązkę łączną i zwój pacierzowy.

3. Przeciąwszy gałązkę nerwu mózgowo-pacierzowego poniżej gałązki łącznej (*ramus communicans*), oprócz zmian w funkcjach zależnych od nerwów mózgowo-

pacierzowych i zwojowo-pacierzowych, otrzymamy i zmiany funkcji zależnych od nerwu sympatycznego, którego włókna, wszedłszy przez gałązkę łączną, i złączywszy się z nerwem pacierzowym, razem z nim rozchodzą się i rozgałęziają.

4. Przecinając samą gałązkę łączną, otrzymamy w częściach ciała gdzie się rozgałęzia nerw sympatyczny, zmiany funkcji zależnych od nerwu zwojowo-pacierzowego, który przez gałązkę łączną do węzła sympatycznego wchodzi i następnie z nim złączony rozgałęzia się. Przytem otrzymamy w częściach peryferycznych i centralnych nerwu mózgowo-pacierzowego, zmiany funkcji zależnych od nerwu sympatycznego.

W ten sposób robione poszukiwania oświeciły co do funkcji aparatu nerwów zwojowych i następnie dowiodły niezależności tych funkcji od układu nerwów mózgowo-pacierzowego. Ostatecznie pokazały, że u wszystkich zwierząt funkcje organiczne mają miejsce tylko za pomocą układu nerwów zwojowych, a mianowicie że układ zwojowy pacierzowy rządzi żywieniem, zwojowy zaś sympatyczny ściągliwością i ruchami niezależnych od woli naczyń i tkanek. Rezultaty te otrzymał Axman.

Będziemy teraz mówić o ważniejszych wypadkach szczegółowych jego doświadczeń i następnie porównamy je z faktami otrzymanymi przez innych fizjologów. Doświadczenia swe rozpoczął Axman od przecięcia tylnych i przednich korzonków, jako też i samego rdzenia pacierzowego u żab.

Jak w jednym tak i w drugim razie żadne zmiany w cyrkulacji ani w żywieniu nie następowały, albowiem żaby żyły jeszcze po kilka tygodni. Wydzieliny wszystkie przytem odbywały się jak zwykle. Trawienie i ruch

perystaltyczny kiszek również w niczém nie szkodowały. Też same prawie rezultaty otrzymali inni fizjologowie. Tak jeszcze Philip Wilson widział u królików po wyjęciu mózgu i rdzenia pacierzowego, przy podtrzymywaniu sztuczném oddechu, ruchy serca, płuc i kanału kiszkowego w niczem nie zmienione (An experimental Inquiry into the laws of the vital functions. London 1817. Str. 69 i dalsze). Toż samo utrzymuje Brechet. Florens szczeniętom zaraz po urodzeniu niszczył mózg, krążenie krwi jednak potem i bez podtrzymywania sztucznego oddechu, trwało przez półtora godziny. Doświadczenia więc te pokazały, że ani mózg ani rdzeń pacierzowy nie wywierają wpływu na funkcyje organiczne, że tém samém funkcyje te od innego układu nerwowego zależą, a tym jest układ zwojowy, jak się o tem następnie przekonamy. W wypadkach wyżej wspomnianych Florens Legallois, Wilson Philip i Treviranus, zauważali pewne zwolnienie cyrkulacyi i znizzenie temperatury ciała, co zdawałoby się mówić na korzyść zależności tych funkcyi od rdzenia pacierzowego. Ale w takim razie, dla czego przy każdym sparaliżowaniu zjawiska te nie miały miejsca? Muszą więc one zależeć od innych przyczyn, a nie od cierpienia samego rdzenia pacierzowego. Najprędzej wywoływało je cierpienie aparatu nerwów zwojowych, które mogło być spowodowane temiz przyczynami co i cierpienie sztuczne rdzenia pacierzowego. Bidder i Volkmann, dwaj badacze bardzo sumienni, utrzymują toż samo. Zauważali oni, że u żab po zupełném zniszczeniu mózgu i rdzenia pacierzowego, krążenie krwi w membrana natatoria odbywało się sposobem normalnym; serce biło jak zwykle, i przez sześć tygodni żywienie odbywało się należycie. Nie spostrzegli nigdy

przytem, ani chudnienia członków ani zmian w wydzielinach. Pęcherz moczowy był ciągle napełniony moczem, nie mógł się tylko wypróżnić z powodu sparaliżowania mięśni; z téj saméj przyczyny mocz stawał się alkaliczny, co nie należy uważać za zmianę w sekrecyi. (Bidder und Volkmann. Erfahrungen über die funktionelle Selbständigkeit des sympathischen Nervensystems. Müller Archiv 1844, str. 539).

Wykazawszy w ten sposób powody skłaniające nas do uznania, że aparat nerwowy mózgowo-pacierzowy nie ma wpływu na funkcyje organiczne, przejdziemy do faktów dowodzących, że funkcyje te są rządzone aparatem nerwów zwojowym.

Axman, jakśmy to już powiedzieli, w celu oznaczenia funkcyi nerwów zwojowych, przecinał w różnych miejscach, już to korzeń nerwu mózgowo-pacierzowego między zwojem pacierzowym a gałązką, już to przecinał samą gałązkę łączną i następnie nerw pacierzowy za gałązką łączną. Doświadczeń takich Axman robił bardzo wiele; wspomnę tu pokrótce o ich rezultatach.

Przecięcie nerwu pacierzowego między zwojem pacierzowym a gałązką łączną, robił Axman u żab, i zawsze otrzymywał skutki jednakowe, a mianowicie: 1) Bezczułość i porażenie organów pod wpływem przeciętego nerwu zostających, 2) Zmiany pod względem żywienia tkanek.

Po przecięciu sześciu dolnych pacierzowych nerwów, w sposób jak powiedziano, po upływie sześciu godzin tylna połowa ciała zbladła. Skóra pokrywająca tylne kończyny dotąd błyszcząca, straciła blask i stała się szarą. Membrana natatoria stała się bardziej przezroczystą, chociaż krążenie krwi żadnej nie uległo zmianie. Ta zmiana

koloru i wyglądu skóry, stawała się coraz bardziej widoczniejszą, i po upływie 36 godzin cała tylna połowa ciała stała się matową, przybrawszy kolor brudno-jasno-zielony, który aż do samej śmierci coraz jaśniejszy i bardziej matowy się stawał. Krążenie krwi w naczyniach odbywało się prawidłowo, tylko gdzieś niegdzie przeszły przez skórę małe extravazaty. Po upływie pierwszych osmiu godzin zaczął się tworzyć pod skórą łytki wysięk wodnisty, który następnie szybko na udo i brzuch się rozszerzał, tak, że po upływie pierwszych 24 godzin żaba wyglądała jak nadęta i taką została aż do śmierci. Przy autopsji wszystkie tkanki dawały się łatwo rozdzierać, wysięk surowiczny zawierał w sobie ciała krwi, w znacznej ilości kwas moczowy, a często i farbnik żółci.

Płuca, serce i wątroba były zupełnie zdrowe. Kiśki w dolnym swym końcu zawierały papkę i resztki niestrawionych much, pożartych przed operacją; trawienie więc miało miejsce. Nerki były rozmiękczone, pęcherz ściągnięty niezawierający moczu tylko szluz ze krwią, muscularis jego w wysokim stopniu rozmiękła. Takie były zjawiska u żab, które miały przecięte 4 dolne nerwy pacierzowe, jeśli zaś były przecięte jeszcze dwa wyżej, to do poprzednich zjawisk przyłączały się jeszcze zmiany w odżywianiu żołądka i wątroby, która była zamieniona w rodzaj kaszy, tak, że po zdjęciu kapsuli rozpływała się. Pęcherz żółciowy był skurczony i niezawierał żółci, tylko płyn surowiczny z ciałkami krwi.

Jeśli przecięcie robiono jeszcze wyżej, to i zmiany w odżywianiu tkanek odpowiednio wyżej się rozszerzały. U wszystkich żab, które po operacji dłużej nad 24 godzin żyły, zmniejszała się bardzo ilość ciałek krwi. Zmniejszenie to bywało tem znaczniejsze, im więcéj

nerwów było przeciętych i nie odpowiadało wcale ilości ekstrawasatów, tak, że zdawałoby się że ono powstaje w skutek roztwarzania się ciałek krwi.

Wszystkie te zjawiska były spowodowane porażeniem nerwów zwojowo-pacierzowych, których włókna powstają w zwoju pacierzowym; przecięcia bowiem samych tylko nerwów pacierzowych powyżej zwoju pacierzowego, sprowadzało tylko paraliż czucia i ruchu bez żadnych zmian w odżywianiu. *Z tego więc wszystkiego pokazało się, że nerwy zwojowo-pacierzowe rządzą odżywianiem tkanek i wydzielinami.*

Na kurczliwość mięśni mimowolnych, nerwy te nie mają wpływu, kanał bowiem pokarmowy i przewód żółciowy nie były w niczem nie uszkodzone i odbywały swe funkcje. U niektórych żab zauważano iniekcją naczyń kiszek, ale ponieważ to nie zawsze miało miejsce, musiało więc być przypadkowe i mogło powstać w skutek zranienia przypadkowego zwoju sympatycznego, albo też było wywołane wadliwym odżywianiem. W ten sam sposób można objasnić iniekcją naczyń rdzenia pacierzowego.

Przecięcie gałązki łącznej (ramus communicans) robił Axman również na żabach. Zjawiska potem następujące prawie zawsze były jednostajne, różne tylko co do miejscowości. Za normę tych zjawisk można przyjąć te, które miały miejsce po przecięciu gałązki łącznej lewego nerwu kulszowego. Pierwsze zjawisko spostrzeżone po operacji, było: przyspieszone krążenie krwi w lewej membrana natatoria, kiedy w prawej żadne zmiany nie mają miejsca. Po upływie kwadransa krew zaczyna krążyć wolniej, przychodzi do normy i następnie zaczyna jeszcze wolniej krążyć jak w stanie normalnym. Ciałka

krwi nie biegną już środkiem naczynia, ale zaczynają się wahać, uderzać o jego ściankę, zatrzymują się przy nich, nagromadzają i zatykają niektóre naczynia włosowate. Po upływie 10 godzin po operacji, większa ilość naczyń, tak w membrana natatoria jakoteż w całej kończynie, była już zatkana. Wtedy ruch i czucie w całej kończynie słabną, żaba nie może już skakać równo obiema nogami, tylko ciągle się skłania na lewą stronę. Po upływie 21 godzin, krążenie krwi ożywia się, lecz ten stan trwa niedługo, i staza znowu poczyną się tworzyć. Lewa kończyna wtedy jest już w stanie zupełnego porażenia. Koło 4 dnia kiedy staza staje się zupełną, żaba umiera. Przez cały ten czas prawa kończyna nic szczególnego nie przedstawia.

Przy autopsii, w chorąg kończynie nie znaleziono żadnych zmian pod względem odżywiania, tylko silną iniekcję wszystkich naczyń, mięśni, kości, powięzi, a nawet i samego nerwu kulszowego. Po między skórą i mięśniami bywał wysięk krwisty. Lewa nerka była zmniejszona, blada, nierówna i miękka, tak jak przy chorobie Brajta. Lewa połowa pęcherza mocno nastrzykana. Podobne zjawiska miały miejsce u dwudziestu kilku żab, u których operacja była dokonana i zawsze miały miejsce z tej tylko strony, której nerw był przecięty. Postaramy się teraz wskazać przyczynę tych zjawisk i objaśnić ich znaczenie.

Przecinając gałązkę łączną, przecinamy wszystkie włókna nerwu pacierzowego wchodzące do zwoju sympatycznego przez gałąź łączną; przecinamy również włókna nerwu sympatycznego, które pozostawszy w zwoju odpowiednim sympatycznym, przechodzą przez gałązkę łączną i złączywszy się z nerwem pacierzowym, z nim

razem następnie rozchodzą się po różnych organach. Ponieważ przecięcia na nerwach pacierzowych dokonywane, dają tylko zjawiska w sferze czucia i ruchu, obecne więc zmiany muszą być wywołane przecięciem gałązki zwojowo-sympatycznej. Tak więc *sympatyczne zwoje rządzą kurczliwością naczyń i mięśni od woli niezależnych*.

Ponieważ zaś po przecięciu gałązki łącznej ruch perystaltyczny kłosek miał ciągle miejsce, to z tego widać, że żadne włókna wpływ na niego posiadające, przez gałązkę łączną do zwoju sympatycznego nie wchodzą, czyli, że zwoje sympatyczne należy uważać za organa nerwowe centralne, nie zależne od innych aparatów nerwowych.

Robiąc przecięcia poniżej gałązki łącznej, otrzymywał Axman zjawiska pochodzące od porażenia włókien zwojowo-pacierzowych i zwojowo-sympatycznych, a to mianowicie: zwolnienie krążenia krwi, zmiany koloru tkanek i ich spójności ekstrawazaty i wysięki w różnych organach jak np. w sercu. Naczynia rdzenia pacierzowego nie były teraz injektowane, jak to bywało w przecięciach na gałązce łącznej i powyżej niej robionych. Z pomiędzy kilkunastu takich doświadczeń, zwraca na siebie uwagę szczególnie jedno, które w porównawczy sposób pokazało działanie nerwów zwojowo-sympatycznych i takichże pacierzowych. U dużej rana esculenta przeciął Axman oba sploty kulszowe (plexus ischiadicus). Przecięcie z prawej strony było robione powyżej gałązki łącznej, z lewej zaś poniżej, czyli z prawej strony były porażone nerwy mózgowo-pacierzowe i zwojowo-pacierzowe, z lewej zaś prócz tych jeszcze i zwojowo sympatyczne. Zjawiska po operacji z obu stron były różne. Tak

zjawiska przeszkód w odżywianiu miały miejsce z obu stron, zjawiska zaś porażenia naczyń, miały miejsce tylko z lewej strony.

Probował także Axman robić extyrpacje zwojów sympatycznych i pacierzowych, i utrzymywał rezultaty takie jak poprzednio przy przecięciach nerwów, tylko jeszcze na większą skalę. Tak po wyjęciu ośmiu pacierzowych zwojów, w bardzo krótkim czasie nastąpiło znaczne zmniejszenie ilości ciałek krwi, chociaż żadne krwotoki i bardzo małe tylko ekstrawazaty miały miejsce. Chcąc teraz wyprowadzić wnioski z prac Axmana, wypadnie, że:

1. *Nerwy zwojowo-pacierzowe rządzą odżywianiem tkanek.*

2. *Nerwy zwojowo-sympatyczne rządzą ruchami naczyń i mięśni nie ulegających woli.*

Rezultaty te są zanadto ważne żeby im można z łatwością wierzyć. Nie mam tu myśli podejrzewania autora ich o wymysł lub naciąganie faktów; ale często się zdarza, że badacz przystępując do poszukiwań jakichś z pewną powziętą już naprzód myślą, patrzy na ich wypadki innemi oczami niż człowiek obojętny i widzi to, czego inni nie widzą. Trzeba więc wypadki otrzymane w jednym razie, porównać z temiż otrzymanemi przez innych badaczy, którzy do nich doszli niekoniecznie na tej samej drodze pracując. Znajdziemy wtedy u różnych autorów porozrzucone fakta, z naszym przedmiotem związku mające. Fakt taki sam oddzielnie wzięty może nie mieć wartości; nabywa jej dopiero przez porównanie go z innemi. Często bywa, że sam poszukiwacz tej wartości wykrytego przez siebie zjawiska nie ocenia dostatecznie; co się dzieje nieraz przez niezajomość prac po-

przedników w tym samym przedmiocie, lub nawet współczesnych badaczy.

Wspomniałem już dawniej, mówiąc o historii poszukiwań nad nerwami zwojowymi, że najdawniejsze w tym przedmiocie znane prace są Pourfoura du Petit. Poszukiwania jego odnosiły się do gałązek szyjowych nerwu sympatycznego. Rezultaty ich zostały stwierdzone przez Brown Sequarda, Cl. Bernarda i innych. Szczególniej tu zasługują na uwagę prace tego ostatniego. Nim jednak do nich przejdziemy, zastanowim się nad doświadczeniami tyczącymi się funkcji nerwów zwojowych, dokonanymi w różnych czasach przez różnych badaczy.

Jednym ze zwojów nerwowych, który najbardziej zwracał na siebie uwagę jest zwój Gassera. Magendie przecinał nerw trójdzielny przed i za zwojem Gassera. W pierwszym razie bywała tylko utrata czucia i porażenie organów pod wpływem nerwu zostających, ale żadne zmiany w funkcjach organicznych. W drugim razie, oko traci ruchy, tęczęwka silnie się kurczy i staje się nieruchomą. Po upływie 24 godzin rogówka staje się matową, błona łączna oka czerwieni się i przechodzi w ropienie; drugiego dnia po operacji naczynia tęczęwki rozszerzają się i tworzą się wysięki na jej przedniej powierzchni. Koło ósmego dnia rogówka się czerwieni, odstaje od skóry i przez powstały ztąd otwór wypływa na zewnątrz cała zawartość oka. Podobne rezultaty otrzymali Longet, Eschricht, Valentin i Meyer.

Zjawiska tu mające miejsce można podzielić na dwie grupy, stosownie do ich pochodzenia. Tak zwięzanie się tęczęwki powstaje w skutek przecięcia nerwu sym-

patycznego, pochodzącego od 1go sympatycznego zwoju, i splotu natętnicznego; zjawiska zaś przeszkód w odżywianiu od samego zwoju G a s s e r a zależą. Wydzielanie się łez jest po takiej operacyi zmniejszone, nie ustaje jednak, gdyż gruczoł łzowy otrzymuje także włókna nerwu sympatycznego, dostające się do oka z tętnicą łzową. Niektórzy też fizjologowie, stan patologiczny rogówki, jakiśmy wyżej opisali, przypisywali właśnie tej zmniejszonej łez sekrecyi; jednak podobny stan niebывa nawet po zupełnem wyłuszczeniu gruczołu łzowego. Dodać tu należy, że podobne zmiany jak w oku bywają także i na błonie szluzowej nosa i jamy ust. Błona ta mięknie, staje się skłonna do krwotoków, zwierzę traci smak i węch, mięśnie przechodzą w atrofię.

Takież same zmiany patologiczne opisał w roku 1824 Ch. Bell, jako mające miejsce przy przerodzeniu zwoju G a s s e r a, a R o m b e r g, J a m e s D i x o n podobne patologiczne wypadki mieli sposobność obserwować.

Po przecięciu innych mózgo-pacierzowych nerwów już za zwojami pacierzowemi, mają miejsce podobne przeszkody w odżywianiu. Tak B i d d e r zauważył po przecięciu nerwu podjęzykowego i językowego marnienie i owrzodzenie odpowiedniej połowy języka; J o h a n u s M ü l l e r i S t e i n r ü c h po przecięciu nerwu kulszowego, znajdowali marnienie, owrzodzenie i wypadanie włosów z odpowiedniej kończyny.

Cl. B e r n a r d robił wiele doświadczeń nad zwojami pacierzowemi; rezultaty ich były rozmaite; raz mówiły na korzyść teoryi A x m a n a, drugi raz jej przeczyły, i dla tego utrzymuje on, że doświadczenia te są jeszcze dalekie od tego, żeby dowiodły wywierania przez tylne korzonki pacierzowe wyraźnego wpływu na odży-

wianie. W doświadczeniach B e r n a r d a zauważałem, że on nie zwraca uwagi, czy to przecięcie było robione za czy przed zwojem pacierzowym, co przecie jest bardzo ważnem. W ostatnich czasach W a l l e r ogłosił bardzo ciekawe poszukiwania, zasadzające się na tym fakcie, że jeżeli przecinamy jakibądź nerw, to jeden z końców przeciętych ulega dezorganizacyi, kiedy drugi zostaje nie-naruszonym. Tak, gdy przecinamy korzonek pacierzowy przedni, to desorganizuje się część jego peryferyczna; toż samo zaś doświadczenie powtórzone na korzonku tylnym, dało rezultaty rozmaite, stosownie do tego, czy przecięcie było robione za, czy przed odpowiednim pacierzowym zwojem. Wszystkie korzonki pacierzowe są ukryte w kanale pacierzowym, i wychodzą z niego już jako nerwy zmieszane; druga tylko para pacierzowa u kota lub psa stanowi wyjątek, gdyż tu zwój korzonka tylnego wychodzi na zewnątrz, i na zewnątrz też kanału ma miejsce połączenie się nerwu przedniego z tylnym. U kota nawet układ ten jest wyraźniejszy i dla tego najdogodniej na nim powtarzać to doświadczenie, którego technika jest następująca. Robi się cięcie prostopadłe na grzebieniu wyrostków ciernistych drugiego kręgu, podnosi się mięśnie, rozszerza się ku górze i na zewnątrz. Wtedy daje się spostrzedz ku górze przestrzeni odkrytej zwój pacierzowy i dwa korzonki nerwowe. Natenczas trzeba się postarać odosobnić zwój, unikając o ile można uszkodzenia naczyń, co może spowodzić silny krwotok, lub też dostanie się powietrza do zatok kręgowych. Następnie robią się przecięcia korzonków w różnych miejscach, stosownie do rezultatów jakie sobie zamierzamy otrzymać. Rezultaty owe są następujące:

Jeżeli przecinamy oba korzonki razem, przedni przed połączeniem się jego z tylnym, a tylny między zwojem a rdzeniem pacierzowym, to część przedniego korzonka, która zostaje w związku z rdzeniem pacierzowym nie ulega psuciu się, tylko część peryferyczna. Inaczej się dzieje z korzonkiem tylnym. Po upływie kilku dni część jego zostająca w związku z rdzeniem pacierzowym, zaczyna ciemnieć, czernieje i w końcu zupełnemu ulega rozkładowi, kiedy tymczasem część peryferyczna zostająca w związku ze zwojem, pozostaje zdrową. Jeżeli przecięcie zrobimy za zwojem, po połączeniu się z sobą tylnego i przedniego korzonka, to koniec nerwu centralny zostaje nietknięty, kiedy tymczasem peryferyczny ulega opisanej już dezorganizacji. Jest jeszcze jeden fakt mający związek z poprzednimi, a obserwowany jeszcze w roku 1842 i 1848 przez Cl. B e r n a r d a, a to mianowicie: że po przecięciu korzonków obu pacierzowych, przed punktem ich połączenia się, nabrzmiwa koniec centralny korzonka przedniego, peryferyczny zaś żadnej zmiany nie ulega; z korzonkiem zaś tylnym, rzecz się ma inaczej: tam nabrzmiwa koniec zostający w związku ze zwojem, centralny pozostaje niezmieniony.

Z tych wszystkich faktów W a l l e r wyprowadza wniosek, że rdzeń pacierzowy włada żywieniem gałązek nerwowych ruchu, a zwój pacierzowy gałązek czucia. Następnie biorąc na uwagę, że korzonek przedni ma związek z substancją szarą komórkową rdzenia pacierzowego, uważa tę substancję za rzeczywisty zwój. W ten sposób każdy korzonek miałby swój zwój, zewnętrzny byłby dla korzonka tylnego, wewnętrzny dla przedniego. Ztąd wypada wniosek, że odżywianie włó-

kna nerwowego zawisło od komórki, czy ta jest wewnątrz, czy zewnątrz rdzenia pacierzowego.

Cl. Bernard nie śmie, jak sam powiada, wyprowadzać tak śmiałych wniosków, zdanie jednak jego w téj mierze, jest tylko nieśmiałym powtórzeniem tego, co Waller utrzymuje. O to są słowa Cl. Bernarda „La moelle épinière conserve donc les nerfs moteurs, *qui sont en continuité avec elle*, le ganglion intervertébral conserve les nerfs sensitifs, *qui sont en continuité avec lui*.“

Cl. Bernard nieznał wcale prac Axmana. Podług nas zdanie Wallera, jeżeli nie jest zupełnie niemyślne, to przynajmniej bardzo do prawdy podobne. Znajdujemy tu potwierdzenie tego, że zwoje pacierzowe rządzą nie tylko odżywianiem tkanek, ale także i samych nerwów czucia; że korzonki przednie ruchu są zawisłe w swem odżywianiu od komórek szarej substancji rdzenia pacierzowego; to także do prawdy podobne, lecz w tym razie też substancja szara, włączyłaby li tylko na odżywianie nerwu ruchu, żadnego nie wywierając wpływu na odżywianie innych tkanek, któreby tylko od zwoju pacierzowego zależało.

Jeżeli zwrócimy uwagę na niektóre organa najbardziej do żywienia służące, to znajdziemy, że te także pod wpływem systemu nerwów zwojowych zostają; tak po przecięciu nerwu błędnego na szyj poniżej splotu zwojowego (Plexus nodosus s. ganglioformis), następuje mocny przyływ krwi do płuc i następnie ich hepatyzacja. Spozrzegli to już Walsalva i Duverney, następnie Legallois, Brechet i Astley Cooper. Toż samo stwierdziły doświadczenia Longeta. Wielu

bardzo fizjologów robiło doświadczenia w celu przekonania się o wpływie nerwu błędnego na trawienie. Doświadczenia te dawały z początku rozmaite rezultaty. Tak gdy *Ducratay de Blainville* twierdził, że ptaki po przecięciu nerwu błędnego zdychają z wyniszczenia, *Emmert* powtarzając toż doświadczenie u królików nie widział żadnej zmiany w ich trawieniu. Rzecz cała nie była wyjaśniona aż do czasu doświadczeń wspólnie robionych przez *Wilson Philippa z Brodjem*.

(Dalszy ciąg nastąpi).

UWAGI NAD URZĄDZENIAMI SŁUŻBY ZDROWIA w Królestwie Polskiem

(przedstawione Komitetowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego do rozpatrywania tychże urządzeń ustanowionemu)

przez Dr. Ignacego Baranowskiego.

Instytucje Medycyny publicznej obejmują te części urzędzeń krajowych, w których lekarz powołany jest:

1) Do objaśniania administracyi w kwestyach dotyczących zdrowia publicznego, do wskazywania środków przy pomocy których usuniętemi lub zmienionemi być mogą te wpływy i warunki zdrowiu ludzkiemu szkodliwe, których usuwanie lub zmienianie leży poza granicami możliwości pojedynczego człowieka, a tem samem, jako obowiązek na państwo spada (hygiena publiczna i policja lekarska).

2. Do rozjaśniania wątpliwych kwestyi prawnych, które tylko z pomocą wiadomości lekarskich i przyrodniczych rozjaśnione być mogą (medycyna sądowa).

Urządzenia obejmujące czynność lekarza w obec zadań administracyi i policyi (hygiena publiczna i policja lekarska), jako stanowiące część nierozłączną urzędzeń

państwowych zawisłe są istotą i formą od tej zasady, na której dane urządzenia państwowe są oparte.

Z tąd, jak w urządzeniach państwowych w ogóle, tak w szczególności w urządzeniach administracyjno-lekarskich napotykamy głównie dwie sprzeczne ze sobą zasady, to jest: centralizacji biórokratycznej i decentralizacji autonomicznej.

W pierwszym z tych systemów interesa medycyny publicznej sprawuje, hierarchicznie ugruppowane grono urzędników lekarskich, a typem jego są urządzenia służby lekarskiej w Niemczech, na wzór których istniejące u nas urządzenia lekarskie były stanowione. W drugim systemie interesa te powierzone są kierownictwu znawców mianowanych przez ludność pojedynczych gmin, lub większych okręgów administracyjnych, a za przykład służyć mogą niedawno zaprowadzone urządzenia medycyny publicznej w Anglii; Francya pośrednie zajmuje stanowisko.

W kwestyą teoretyczną wyższości jednego, lub drugiego systematu w administracji w ogóle, jako nie wchodząca ściśle w zakres naszego przedmiotu i jako przy sprawach innych państwowych właściwiej i łatwiej rozwiązać się dająca, niechcemy się zapuszczać, przywiedziemy tylko te względy szczególne, które z istoty przedmiotu przez nas traktowanego wypływają, jako apriorystyczne świadectwo przeciwko centralizacji w gałęzi administracji medycynę publiczną obejmującej.

1) Jako pierwszy wzgląd występuje ta okoliczność, że w hierarchii urzędowo-lekarskiej, gdzie takowa istnieje, zdania i propozycje urzędników niższych stopniem urzędowym, które odnoszą się do interesów szczegółowych powierzonych ich pieczy, zanim w formę życiową

postanowień, działań, i t. p. urzędowych przejdą, prostowane są i poprawiane, lub unieważniane przez urzędników w zasadzie też samą kwalifikacją naukową posiadających, więc tylko stopniem hjerarchicznym wyższych, a nie lepszych przedmiotu znawców.

2) Drugim uderzającym w oczy faktem jest, że o potrzebach publiczno-lekarskich pewnego okręgu administracyjnego najlepiej mogą wyrokować znawcy na miejscu zamieszkali, z potrzebami temi ściśle powiązani, nie lepiej zaś od nich urzędnicy wyżsi w prawdzie w hjerarchii, ale nie wyżsi wykwalifikowaniem naukowym, ale potrzeb tych nie znający, bo nie mający z niemi styczności.

3) Wreszcie łatwo jest pojąć, jak dalece szkodliwe być musi rozwlekłe przeprowadzenie wszelkich interesów publiczno-lekarskich od obwodu administracji lekarskiej do jój ośrodka i napowrót od ośrodka ku obwodowi, w razach wielu nagłych potrzeb, gdzie od najmniejszej zwłoki zdrowie i życie znacznej liczby ludności zależy, jak *np.* w razie wybuchu epidemii i t. p.

Na podstawie praktyki sprawa wyższości centralizacji lub decentralizacji w urządzeniach lekarskich niemoże być dziś jeszcze stanowczo rozstrzygniętą, urządzenia te bowiem nawet w państwach z formą życia państwową najwyżej rozwiniętą, nawet więc w Anglii i Francyi, zaledwo w ostatnich dziesiątkach lat weszły w życie, więc stanowczo rozstrzygających rezultatów dotąd dać nie można.

Uderzają niemniej osiągnięte rezultata w Anglii przez urządzenia autonomiczne publiczno-lekarskie; pierwsze urządzenia administracji lekarskiej w Anglii w roku 1848 wprowadzone (public Health Act) były po części na

zasadzie centralizacji oparte; zmysł praktyczno-życiowy Anglików nie pozwolił im długo trwać i już w roku 1858 na zasadzie tak zwanego „local Government and public Health act“ zniesiono Naczelną Radę Zdrowia (General Board of Health) i całą służbę zdrowia publicznego oparto na działaniach czysto miejscowych, często autonomicznych. Czas trwania tych urzędzeń jest krótki, za krótki, ażeby z rezultatów ich nieomylnie wnioski chcieć wyprowadzać co do wartości urzędzeń obecnie tam istniejących, niemniej rezultaty te, wyrażone w cyfrach śmiertelności, średniej długości życia i t. d. uderzają wysoką wartością swoją i to tém więcej, że ogólne warunki zdrowia (klimat, byt materyalny, stan polityczny kraju i t. d.) nie zmieniły się do tyła, aby w nich wolno było szukać źródła osiągniętych korzystnych pod tym względem rezultatów.

Uderza też, jako świadectwo na korzyść urzędzeń autonomicznych, że rządy we Francji w ostatnich latach 60 po sobie z kolei następujące, tyle i tak co do dążeń między sobą różne, pomimo że wszystkie po stronie centralizacji we wszelkich gałęziach administracji stojące, że rządy te wszystkie w jednej gałęzi administracji lekarskiej znalazły się w potrzebie i konieczności odstępować częściowo od centralizacji (Rady higieny publicznej departamentowe i okręgowe) tak, że dziś decentralizacja w urzędzeniach służby lekarskiej we Francji przeważa i stawia tę gałąź administracyjną w jaskrawym kontraście z innymi.

Tę nierozwiązaną sprawę wartości centralizacji i decentralizacji służby publiczno-lekarskiej, przenosimy z pola praktyk na obcym gruncie zdobytych na pole doświadczeń w królestwie polskiem zebranych od czasu

zaprowadzenia urzędzeń treścią i formą czysto centralistycznych, dziś istniejących. Trwają one od r. 1839, a doświadczenia z nich zaczerpnięte, z uwagi przeszło 20 letniego trwania instytucyi, za więcej stanowczo rozstrzygające jeżeli nie w teoretycznej kwestyi centralizacyi i decentralizacyi, to przynajmniej w kwestyi potrzeb kraju przyjęte być mogą. Rzecz bowiem prosta, że na tém polu postawiona kwestya nie jest dla nas już tylko teoretyczną, że tak postawioną, w jej rozwiązaniu, uważać będziemy za świadectwo i wyraz rzeczywistych potrzeb kraju, a zarazem za wskazówkę tych zmian, jakie w urzędzeniach służby zdrowia odpowiednio wykazanej potrzebie podjęte być winny. Chwila takich zmian jest właśnie dziś w obec zmian innych na polu administracyi dziejących się, widocznie z kierunkiem decentralizacyi podjętych, a których wejście w życie z konieczności odmienić musi kształt dzisiejszych urzędzeń służby lekarskiej.

Przyznane Radom powiatowym prawo wkraczania w pewne zadania higieny publicznej i dane tymże Radom prawo rozstrzygania miejscowych spraw zdrowia publicznego w pewnych granicach, już samo przez się czyni uszczerbek istniejącym obecnie scentralizowanym urządzeniom lekarskim i już im ostać się takimi, jakimi są, niedaje nadół. Słusznie ztąd wywnioskowuje się wymaganie w imię konieczności, ażeby, skoro we Francyj przy ogólnie utrzymanej centralizacyi we wszystkich gałęziach zarządu krajowego, czynności publiczno-lekarskie w znacznej części instytucjom autonomicznym są powierzone, ażeby w Królestwie Polskiem w obec dokonywanego się decentralizowania w ogólnym kraju zarzą-

dzie i urzędnicy lekarskie takowemu decentralizowaniu uległy.

Domaganie to, dziejące się więc najprzód w imię konieczności ujednostajnienia i urównania urzędów wszelkich gałęzi administracyi, popartém jest jeszcze rezultatem 20-letnich doświadczeń istnienia obecnych urzędów publiczno-lekarskich.

Ostatecznym przebieżem wartości urzędów administracyjnych zdrowie publiczne na celu mających, jest stan zdrowia wyrażający się średnią długością życia i stosunkiem śmiertelności. Nie dane nam są wprawdzie bogate materyały statystyczne, z którychby cyfry do dna światło rzucające, ku celom przez nas podjętym, wyjęte być mogły; podajemy jednak z Dziennika Powszechnego liczby ze źródeł urzędowych zaczerpnięte, poprzedając je tą ogólną uwagą, że już sam brak wiadomości lekarsko-statystycznych jest sam przez się niedobrem świadectwem przeciwko urządzeniom lekarskim, bo jedną z cech wadliwych urzędów jest ich wstydlivość, jest więc zwykle brak cyfr, któremiby ich wartość zmierzyć się dała, brak, czyto z umyślnego ukrywania faktów płynący, czy też, co częściej, z niedoleżnego ich zbierania i zestawiania.

Przez lat 20 trwania instytucyi, to jest, od roku 1841 do 1860 śmiertelność w Królestwie była:

od roku 1841 do 1850, 38,6 na 1000

od roku 1851 do 1860, 38,5 na 1000.

W latach 1832 do 1840, a zatem przed zaprowadzeniem obowiązujących obecnie urzędów publiczno-lekarskich tenże stosunek śmiertelności wynosił 33,1 (patrz Dziennik Powszechny z r. 1862, Nr. 44, str. 174),

Niechcemy z tego dziwnie brzmiącego zestawienia cyfr dwóch sąsiednich z sobą epok wywnioskowywać, jakoby prawie zupełny brak urzędzeń służby zdrowia był lepszym od tych, jakie są dziś u nas; składamy wiele na wpływy przypadkowe, poboczne, od warunków służby zdrowia niezależne, przez nią niezawinione, a także może przez nią niemogące być zawładniętymi, (epidemie, stosunki polityczne i t. d.), a jednak z najszerszą względnością wykładając te cyfry, musimy je poczytać za świadectwo niedwołałnie i nieomylnie potępiające dla istniejących urzędzeń lekarskich. Te ujemne świadectwa liczebne o rezultatach osiągniętych działaniami służby zdrowia w formie jej dzisiejszej jeszcze jaskrawiej ujemnymi przed nami stają, jeżeli je zestawimy z cyframi wyrażającemi średnią śmiertelność innych krajów Europejskich statystykę posiadających. I tak, według Queteleta średnia śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosi:

30, w południowej Europie

25 do 26, w środkowej Europie,

20 do 24, w północnej Europie to jest:

w Niemczech, Francyi, Anglii, Danji, Szwecji i t. d. (*Quetelet: Sur l'homme et le développement de ses facultés Bruxelles, 1836, tom I-szy, str. 145 i następne*).

Z konieczności te cyfry, tak wiele o instytucjach mówiące, prowadzą nas do rozpatrzenia się w nich bliższego.

Oto ich treść:

(Patrz. Ustawa o zarządzie służby zdrowia w Królestwie Polskiem z r. 1838, stron 62.

Ustawa o zarządzie cywilno-lekarskiej służby w Królestwie Polskiem z r. 1840, str. 71.

Urządzenie służby lekarskiej w Guberniach Królestwa Polskiego i w mieście Warszawie z roku 1838, str. 41.

Ogólne przepisy lekarsko-policyjne dla władz administracyjnych w Królestwie Polskiem z r. 1839, str. 29.

Urządzenie służby policyjno-lekarskiej w Guberniach Królestwa Polskiego z r. 1842, stron, 51.

Instrukcyja dla lekarzy miejskich z r. 1838, str. 15.

Instrukcyja dla akuszera miejskiego, stron 11.

Instrukcyja dla inspektora Gubernialnego lekarskiego stron 39.

Instrukcyja dla akuszera Gubernialnego, stron 11.

Instrukcyja dla assessora farmacyi w urzędzie lekarskim, str. 37.

Instrukcyja dla akuszera weterynaryi przy urzędzie lekarskim, str. 19.

Instrukcyja dla inspektora lekarskiego miasta Warszawy, str. 49.

Porządek załatwiania interesów w Zarządzie Głównego Inspektora służby zdrowia i w Radzie lekarskiej, stron 55.

Przepisy porządku załatwiania czynności w urzędzie lekarskim, (str. 85, wszystkie z roku 1838).

Hjerarchja służby cywilno-lekarskiej w Królestwie Polskiem składa się, postępując od dołu ku górze,

1) w miastach i powiatach: z lekarzy miejskich i powiatowych;

2) po Guberniach: z Inspektorów Gubernialnych i Urzędów lekarskich Gubernialnych, wreszcie

3) z Inspektora Głównego służby zdrowia, mającego przy boku pomocnika i Radę lekarską.

I. Lekarze miejscy i powiatowi mają zadanie spełniania czynności wszelkich policyjno-lekarskich i sądowno-lekarskich; Lekarz powiatowy w powiecie całym, a Lekarz miejski w mieście.

A. Lekarz miejski obowiązany jest:

a) *pod względem policyjno-lekarskim,*

- 1) leczyć bezpłatnie ludzi ubogich,
- 2) udzielać pomoc w nagłych przypadkach;
- 3) starać się o wykrycie i wyłączenie choroby syfili-tycznej;
- 4) w razie okazania się chorób epidemicznych donosić o tem niezwłocznie Lekarzowi Powiatu, oraz Głównemu Inspektorowi Służby Zdrowia, dokładnie opisując symptomata i przyczyny choroby, użyty przez siebie sposób leczenia, oraz środki policyjno-lekarskie, jakie według jego uznania przedsięwzięćby należało.
- 5) gdyby w takich razach władza policyjna w nieczynności pozostawała, donosi o tem lekarzowi powiatowemu;
- 6) w podobnyż sposób postępuje w czasie okazania się chorób epizootycznych;
- 7) trudni się szczepieniem ospy ochronnej, i prowadzi dziennik téj czynności;
- 8) czuwa i dokłada starań nad wykonaniem środków wskazanych względem zachowania czystości powietrza, jakoto: czystości na ulicach, w domach, podwórzach, na placach i rynkach; nad utrzymaniem czystości kanałów, czuwa nad fabrykami, szlachtuzami, jatkami i t. d. w razie gdyby przedstawienia jego dotyczące się uchylenia zbroczeń w téj mierze bez skutku pozostać miały, lekarzowi powiatowemu donosi;

9) czuwa nad artykułami żywności, wykonywa w tym celu rewizję sklepów, oberży, lub szynkowni z urzędni-kiem policyjnym, donosi o tem Lekarzowi powiatu, i dopilnowuje, aby artykuły żywności zepsute pod jego okiem były zniszczone;

10) ma dozór nad aptekami;

11) pilnuje, aby środki gwałtownie działające nie były sekretnie sprzedawane;

12) zwraca uwagę, aby ciała zmarłych nie były wbrew przepisom policyjno-lekarskim chowane, w razie przeciwnym donosi lekarzowi powiatu.

b. Po względem sądowo-lekarskim.

13) na żądanie władzy policyjnej ma robić dochodzenia na ludziach, którym zadane są obrażenia na ciele, oraz, którzy ukrywają lub udają choroby; nadto wszelkie inne dochodzenia do policyi lekarskiej należące;

14) na wezwanie władz sądowych ma wykonywać sekcye sądowo-lekarskie i dawać opinie. Wszystkich wymienionych czynności prowadzić dziennik urzędowy;

15) w miastach, gdzie są więzienia, lekarz miejski sprawia nadto bezpłatnie obowiązki lekarza wieziennego. (Patrz: Instrukcja dla lekarzy miejskich zatwierdzona przez Jenerała Adjutanta S z y p o w a, dnia 15/27 Grudnia 1858 r. str. 5 do 15).

B. Nierównie uciążliwsze jeszcze, rozleglejsze i różnorodniejsze są obowiązki lekarza powiatowego. Do tych obowiązków należą:

a. Pod względem policyjno-lekarskim.

1) Układanie opisu topograficzno lekarskiego powiatu, szczególnież ważniejszych miast i miasteczek, zwracając uwagę na położenie powiatu, rodzaj i własność ziemi, ilość i rozciągłość lasów; wiatry, rzeki, jeziora,

źródła mineralne, rodzaj życia, obyczaje i zwyczaje mieszkańców, zwykłe ich pożywienie, rodzaj ich zatrudnienia, fabryki, rękodzielnie i t. d.

2) Starać się wykryć przyczyny chorób endemicznych i projektować Urzędowi Lekarskiemu Gubernialnemu stosowne środki.

3) Zgłębiać przyczyny chorób epidemicznych i zaraźliwych, w razie zjawienia się takowych, obowiązany jest na wezwanie Naczelnika Powiatu, lub na zawiadomienie praktykujących lekarzy, udać się na miejsce, starać się gruntownie poznać chorobę, jej charakter, przyczyny, wskazać środki lekarskie i policyjno-lekarskie, a w nadzwyczajnych wypadkach pozostać sam na miejscu. O całej czynności złożyć raport Urzędowi Gubernialnemu, a w ważnych przypadkach także Inspektor Główny Służby Zdrowia, szczególną ma zwracać uwagę na chorobę sypilityczną.

4) Dozór nad istniejącymi kwarantannami.

5) Szczepienie ospy i składanie rocznego o tem raportu Urzędowi Lekarskiemu Gubernialnemu.

6) Czuwanie nad zdrowiem zwierząt domowych. W razie okazania się gdziekolwiek w powiecie choroby epizootycznej ma zjechać na miejsce i pozostać tam dopóty, aż wszystkie środki lekarskie i policyjno-lekarskie przez niego podane zostaną do skutku doprowadzone (Instrukcja dla lekarzy obwodowych, str. 21), ma też czuwać, aby się zaraza do miejsc przyległych nie rozszerzyła (str. 23) i o wszelkich środkach przedsięwziętych donieść Urzęd. Lek. Gubernialnemu, oraz Inspektorowi Gł. Służ. Zdrowia.

Wrazie okazania się księgosuszu niepoprzestać na badaniu choroby w tem jedném miejscu, lecz dojechać do sąsiednich (str. 25).

7) Zwracać uwagę na gatunek pokarmów i napojów; w razie znalezienia zepsutych, takowe wspólnie z wójtem gminy lub burmistrzem opieczętować i natychmiast donieść o tém Urzędowi Lekarskiemu Gubernialnemu dla rozstrzygnięcia kwestyi (str. 29).

Daléj ma uważać na jatki, szlachtuzy, błota, kanały, cmentarze, domy świeżo zbudowane i t. d. pod względem policyjno-lekarskim, a w razie dostrzeżenia szczególnych szkodliwości dla zdrowia ludzkiego, donieść o tem Urzędowi Lekarskiemu ze wskazaniem środków (str. 31). Jeśli w tym względzie nie istnieją już przepisy policyjno-lekarskie, to Inspektor Lekarski Gubernialny wnosi rzecz na posiedzeniu Urzędu dla rozpoznania koniecznych pod tym względem urządzeń i przedstawia je do zatwierdzenia Inspektorowi Głównemu, (Instrukcyja dla Inspektora Gubernialnego (str. 25).

8) Czuwać nad ogłaszaniem środków popularnych dla ratowania w nagłych przypadkach,

9) Nadzór nad Aptekami i składami materiałów aptecznych. Peryodyczne jednak rewizye tylko z polecenia Władzy zwierzchniej lekarskiej może odbywać.

10) Układać listę osób mających prawo leczenia, i t. d.

11) Upowszechniać środki lekarskie przez Radę lekarską za użyteczne uznane.

12) Dozór nad lekarzami, felerami i t. d. W razie gdy się kto trudni wykonywaniem sztuki lekarskiej bez upoważnienia, wyprowadzić śledztwo, spisać protokół, przesłać to Urzędowi lekarskiemu Gubernialnemu, a nad obwinionym mieć dozór policyjno-lekarski.

13) Starać się o wytepienie sprzedaży środków sekretnych i zdrowiu szkodliwych. W razie wykrycia ich, wyprowadzić śledztwo, środki opieczetować i rzecz przedstawić Urzędowi Lekarskiemu.

14) Dozór nad wodami mineralnymi pod względem policyjno-lekarskim, w czasie ich używania.

15) Oglądać znajdujące się w powiecie szpitale i uważać, czy instrukcje Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych są w nich dopełnione. O niedokładnościach donosić Urzędowi Lekarskiemu.

W razie potrzeby i po zniesieniu się z właściwą Zwierzchnością miejscową zwiedzać więzienia i miejsca aresztu. Gdyby tu znalazł ważne niedogodności pod względem policyjno - lekarskim powinien o takowych wprost donieść nie tylko Urzędowi Lekarskiemu Gubernialnemu, lecz oraz Głównemu Inspektorowi.

16) Przestrzegać aby podwładne mu w powiecie osoby lekarskie, jakoto: pomoenik jego, lekarze miejscy, felczerowie i akuszerki dokładnie pełnili swe obowiązki.

17) Wreszcie obowiązany jest załatwiać wszelkie wezwania Naczelnika Powiatu pod względem lekarskim, (ustawa o zarządzie Cyw. lekarskim służby z. z r. 1840, str. 71).

b) *Pod względem Sądowo-lekarskim.*

18) Lekarz powiatowy obowiązany jest sam robić obdukcje i sekcje na wezwanie Sądu.

19) Odpowiadać na wszelkie zapytania Sądu.

20) Wrazie otruc, na wezwanie sądu wraz z aptekarzem zrobić dokładne chemiczne dochodzenia, kiszek i t.d.

21) Rozpoznawać i sprawdzać wydawane przez lekarzy wolno-praktykujących świadectwa do użytku sądowego.

22) Przedstawiać Urzędowi Lekarskiemu Głównemu kopie wszelkich wydanych przez siebie świadectw.

23) Udzielać świadectwa w rzeczach weterynaryi sądowej.

c) *Pod względem służby*

24) Wydawać urzędnikom świadectwa do emerytury.

25) Prowadzić dziennik czynności.

26) Składać Urzędowi Lekarskiemu raport roczny.

27) Leczyć bezpłatnie wszystkich chorych ubogich, chorych wojskowych, gdzie niema lekarza wojskowego, i więźniów, gdzie niema osobnego lekarza więziennego.

28) Mieć bacność na postępowanie akuszerok.

(Patrz: Instrukcja dla lekarza obwodowego zatwierdzona przez Jenerała-Adjutanta S z y p o w a dnia 15/2 Grudnia 1838 r. str. 3 do 55).

W niektórych rozleglejszych powiatach lekarz powiatowy ma sobie dodanego pomocnika, pobierającego 1500 złp. rocznej pensyi (Instrukcja dla Lekarza obwodowego, str. 55. Urządzenie służby Lek. Gub. Król. Polskiego, § 13).

II. Drugą instancją zarządu publiczno-lekarskiego, według Organizacyi z r. 1838 stanowią Urzędy Lekarskie Gubernialne.

Każdy Urząd Lekarski składa się: 1^o z Inspektora lekarskiego, 2^o z akuszera, który jest najbliższym pomocnikiem Inspektora we wszystkich jego czynnościach w przedmiotach lekarskich, a w szczególności w przedmiotach z położnictwem styczeńność mających; 3^o z Assessora farmacyi i Assessora weterynaryi do odpowiednich specjalnych przedmiotów, 4^o i z dwóch członków honorowych, lekarzy, którzy używani są przez Inspektora

lekarskiego Gubernialnego na posiedzeniu Urzędu w przypadkach ważniejszych, lub dla naukowych narad. (Patrz odpowiednie Instrukcje z r. 1838).

Inspektor lekarski jest zawiadowcą służby lekarskiej w Guberniach, główne jego obowiązki są:

a. pod względem administracji lekarskiej;

1) Czuwa nad wykonaniem przez członków urzędu obowiązków wskazanych im instrukcjami;

2) Daje pilną haczość na czynności osób leczeniem i lekarstwami trudniących się; przegląda peryodyczne raporty lekarzy powiatowych i miejskich, nakłania ich do wykonywania zasad nauki lekarskiej i porządku.

b. Pod względem naukowym:

3) Powinien zrobić lekarsko-topograficzne opisanie Gubernji.

Należą nadto do niego przedmioty tyczące się „udokonalenia sztuki lekarskiej w skutek przedstawień urzędników lekarskich“ (ustawa o zarządzie cywilno-lekarskiej służby, str. 61).

4) Pilnować egzaminów składanych przed Urzędem lekarskim na uczniów aptekarskich, pomocników aptekarskich, felczerów, materyalistów i t. d.

c. Pod względem policyjno-lekarskim:

5) Zwracać uwagę na charakter i przebieg panujących chorób.

6) Mieć ciągłe staranie o to „aby klasa ludzi ubogich w żadnym zdarzeniu nie była bez pomocy lekarskiej“ obmyślać i przedstawiać władzom stosowne ku temu środki.

7) W razie okazania się choroby epidemicznej, w którym punkcie Gubernii, powinien na posiedzeniu Urzędu obmyśleć środki ku wstrzymaniu szerzenia się choroby,

dać instrukcye lekarzom i donieść Głównemu Inspektorowi Służby Zdrowia, oraz Gubernatorowi Cywilnemu, prosząc go, o udzielenie stosownej pomocy.

8) W razie potrzeby może delegować z sąsiednich powiatów potrzebną liczbę urzędników lekarskich, a w razie szczególnej potrzeby, udać się osobiście na miejsce i donieść o tém Inspektorowi Głównemu i Gubernatorowi.

9) Gdyby ważna choroba epidemiczna wybuchnęła od razu w wielu punktach Gubernji, zwiedzić te wszystkie miejsca.

11) Dać baczenie, aby środki zalecone przez rząd ku wytepieniu zarazy sypilitycznej jak najściślej były dopełnione.

12) Mieć staranie, aby ospa ochronna, mająca być użytą do szczepienia, posiadała odpowiednie właściwości i we wszystkich punktach zarządu była szczepioną. Sporządzać roczny wykaz ogólny osób szczepionych.

13) Mieć pilny nadzór nad tém wszystkim, co ma wpływ na zdrowie ogólne. W razie niewykonania odpowiednich środków policyjno-lekarskich przez właściwe władze, wnosi rzecz na posiedzeniu Urzędu i wskazane pod tym względem konieczne urządzenia przedstawia do zatwierdzenia Inspektorowi Głównemu Służby Zdrowia.

14) Obowiązany jest wykrywać tych, którzy bez prawnych pozwoleń trudnią się praktyką sztuki lekarskiej. W ważniejszych jednak wypadkach powinien przed odeśłaniem akt śledczych do właściwego Sądu, przedstawić takowe poprzednio Głównemu Inspektorowi Służby Zdrowia i decyzji jego oczekiwać.

15) Przedstawiać Inspektorowi Głównemu corocznie listy osób trudniących się leczeniem.

16) Mieć zwierzchni dozór nad aptekami i osobami użytymi w aptekach. O dostrzeżonych uchybieniach spisane protokoły po wniesieniu na posiedzeniu Urzędu, przedstawiać do decyzji Inspektora Głównego Służby Zdrowia. Peryodyczne rewizye aptek tylko za szczególnem poleceniem Inspektora Głównego wykonywać.

17) Dozór nad składami i handlami materiałów aptecznych.

18) Występienie sprzedaży środków sekretnych.

19) Oglądając zakłady dobroczynne podczas objazdu Gubernji, wszelkie swe spostrzeżenia, odezwy, rozporządzenia, upomnienia, lub pochwały winien zapisywać do dziennika swego i takowe przedstawić w oryginale Głównemu Inspektorowi Służby Zdrowia, a kopią w Urzędzie Lekarskim zachować.

d. Pod względem sądowo-lekarskim.

20) Inspektor lekarski powinien czuwać nad czynnościami podwładnych mu lekarzy na żądanie władz sądowych lub policyjnych wykonywanymi, gdyby okazały się uchybienia, lub niedokładności monitować zaniedbujących się, a w razach ważniejszych po zadecydowaniu na posiedzeniu Urzędu przedstawiać Głównemu Inspektorowi Służby Zdrowia. (Patrz Instrukcyja dla Inspektora Gubernialnego lekarskiego zatwierdzone dnia 15/27 Grudnia 1838 r. (str. 3 do 37).

Organizacyja policyjno-lekarska o Guberniach, w cztery lata potem, to jest 1842 r. uległa niektórym zmianom. Wydane wówczas Postanowienie Rady Administracyjnej z dnia 14/26 Grudnia 1842 roku, opiewa w art. 1, że w przedmiotach policyjno-lekarskich wymagających pomocy i współdziałania władz administracyjnych, wszelkie rozporządzenia i raporta wychodzić nadal mają nie od Urzę-

dów lekarskich, lecz od Rządów Gubernialnych; zaś wydana na zasadzie tego instrukcyja przez Kommissyą Rządową Spraw Wewnętrznych i Duchownych, że odtąd *wszelkie* policyjno-lekarskie interesa przechodzić mają przez Rządy Gubernialne (patrz urządzenie służby policyjno-lekarskiej w Guberniach Królestwa Polskiego 1842 r. str. 9—11).

Interesa tego rodzaju Inspektor lekarski wnosić ma na posiedzeniach Rządu Gubernialnego, na których ma zasiadać w charakterze członka z głosem stanowczym, lecz jedynie w rzeczach lekarskich (tamże str. 5), lub przedstawiać bezpośrednio samemu Gubernatorowi (tamże str. 11 i 15).

Gdyby przedstawienie Inspektora lekarskiego na posiedzeniu Rządu Gubernialnego zostało odrzucone, lub zmienione, zaś okoliczność pod rozpoznaniem będąca, według zdania przedstawiającego, mogła mieć wpływ szkodliwy na zdrowie ogółu, lub jeżeli decyzja Rządu Gubernialnego przeciwną jest rozporządzeniom władzy wyższej lekarskiej, albo instrukcyom dla urzędników lekarskich wydanym, w takim razie Inspektor lekarski obowiązany jest zdanie swe podać do protokołu posiedzenia i bezzwłocznie przedstawić stan rzeczy Inspektorowi głównemu służby zdrowia, to jednakże nie wstrzymuje w całe zapadłej decyzji (str. 25 do 27).

W podobny sposób zmieniony został stosunek służby policyjno-lekarskiej w powiatach, gdzie też w interesach spornych między Lekarzem powiatu, a Naczelnikiem powiatu, ten ostatni decyduje, a Lekarz powiatu obowiązany jest w takim razie złożyć o tem raport Inspektorowi lekarskiemu Gubernialnemu (str. 43—45).

Miasto Warszawa ma swą oddzielną służbę policyjno-lekarską, pobierającą płacę z dochodów miejskich, stosownie do zarządzenia Kommissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych (ustawa o zarzą. cyw. lek. służby art. 84), złożoną z lekarzy miejskich i z urzędu lekarskiego.

Lekarz miasta Warszawy bez polecenia Inspektora lub Urzędu lekarskiego, nie jest mocen przedsięwziąć żadnych ważniejszych czynności pod względem lekarsko-sądowym, lub policyjno-lekarskim; wyjąwszy te wypadki, w których czynność takowa przez Wojennego Gubernatora, lub Prezydenta miasta Warszawy, albo przez Głównego Inspektora służby zdrowia jemu mianowicie zostanie zaleconą (patrz instrukcja dla lekarza miasta Warszawy, str. 5).

Również co do szpitali, lazaretów więziennych i w ogólności wszystkich zakładów lekarskich, Inspektor lekarski miasta Warszawy niema tych atrybucyi, co Inspektorowie Gubernialni, albowiem zakłady te „znajdują się pod bezpośredniem zawiadywaniem Rady głównej opiekuńczej Insty. Dobr. i Głównego Insp. służby zdrowia“ (ustawa o zarządzie Cywilno - lekarskiej służby z roku 1840, art. 70). Urząd lekarski miasta Warszawy członków honorowych niema „dla tego, że w nagłych przypadkach, Inspektor miasta może odbierać rozkazy od Inspektora Głównego Służby Zdrowia“ (tamże art. 57). O ważniejszych zdarzeniach w mieście Warszawie rzeczy lekarskich dotyczących, Inspektor miasta winien składać Głównemu Inspektorowi Służby Zdrowia codzienny raport Inspektorowi. (Instru. dla Inspektora lekarza miasta Warszawy, str. 49).

Na posady służby lekarskiej przedstawia Inspektor Główny Służby Zdrowia, (Ustawa o zarządzie cywilno-lekarskiej służby, art. 58); on też zatwierdza na niższe posady lekarskie, jakoto: felczerów miejskich, akuszerki powiatowe i miejskie i t. d. na przedstawienia właściwych Urzędów lekarskich (Urządzenie służby lekarskiej w Guberniach Królestwa Polskiego, §. 11).

(Dokończenie nastąpi).

OKOLICE Z NAD LIWCA I BUGU

pod względem lekarskim w roku 1864

opisał Dr. Bokiewicz, w Jadowie.

(Dokończenie).

L a t o.

Lipiec. Pierwsza połowa miesiąca Lipca była niestała, niektóre dni były pogodne, w inne zaś czasami deszcze przechodziły. Dnia 7go i 8go wśród grzmotów i błyskawic deszcze padały krótko, lecz ulewnie. Najwięcej wody spadło dnia 13go; deszcz bowiem od godziny 5ej po południu wśród grzmotów i błyskawic padał z przerwami aż do wieczora.

Powietrze w ogólności w ciągu tego czasu było przyjemne i w pierwszych dniach ciepło 20 przeszło stopni R. wynosiło. Wziasie nowiu gorąco wzmagalo się tak, że zaraz po południu do 26 stopni dochodziło; często też w tym czasie grzmoty i pioruny słyszeć się dały.

Wiatr panujący w pierwszej połowie miesiąca był południowo-zachodni, często jednak dał z wschodnio-południowej strony. W niektóre dni wiatry były bardzo silne. Dnia 8go o godzinie 3 po południu przed deszczem i w czasie deszczu wiatr południowo-zachodni był gwałtowny.

Przed pierwszą kwadrą, to jest od dnia 14go, przez dwa tygodnie, aż do ostatniej kwadry stale 'pogoda utrzymała się. Wiatr przeważał wschodni, gorąca dochodziły do 28 stopni.

Dnia 22go wody w rzekach przybierają, lecz z dniem znowu 27go spadają. Tego dnia wiatr wschodnio-południowy, czasami południowo-zachodni dmie bardzo silnie. Dnia 28go wiatry wzmagają się, były nawet gwałtowne i tego dnia w nocy zgromadziły chmury i drobny deszczyk pokropił, powietrze oziębiło się. Dnia 29go wiatry dęły te same i były czasami burzliwe, pochmurzyło się i mrzyło. Po południu chmury coraz większe od zachodu zbierają się i wkrótce deszcz rześisty przeszło godzinę padał. Dnia 30go wiatr ciągle dmie z zachodnio-południowej, czasami i wschodnio-południowej strony i tego dnia pogoda utrzymała się, chmury rozchodzą się i horyzont wyjaśnia się, wiatry były chłodnawe. Taki stan powietrzni i ostatniego dnia miesiąca utrzymał się.

Miesiąc zatem Lipiec w większej połowie był pogodny i więcej parny jak zwykle. Prócz bowiem kilku dni w pierwszej połowie miesiąca i paru dni przedostatnich, w których deszcze nieraz przechodziły, reszta dni w miesiącu Lipcu były piękne i suche.

Sierpień. Miesiąc Sierpień nadzwyczaj był zmienny tak pod względem temperatury, jak kierunku wiatrów i pogody, i jakkolwiek u nas najgorętszy można powiedzieć miesiąc, był jednak niezwykłe chłodny, burzliwymi i przejmującymi wiatrami odznaczający się.

I tak pierwsze dni miesiąca były ciepłe, niektóre nawet parne. Pierwszego dnia rano i po południu rześisty deszcz padał; następnego dnia była pogoda, lecz trzeciego dnia nadedniem wśród grzmotów i błyskawic deszcz ulewny padał, po którym ochłodziło się, lecz dnia 4go i 5go znowu pogoda utrzymała się. Dzień 6 był dość gorący. wiatr od początku miesiąca południowo-zachodni z wschodnio-południowym ciągle utrzymywał się. Tego dnia błyskało, chmurzyło się, deszczu jednak nie było. Dwa dni następne były pogodne, wiatry te same dęły, lecz były coraz silniejsze i chłodniejsze. Następnego dnia nadedniem drobny deszczyk pokropił. Po południu wiatr zachodni wzmagają się, staje się nawet gwałtowny i deszcz padał do wieczora z przerwami. Dnia 10go wiatr zachodni dmie ciągle gwałtownie tak, że miejscami drzewa wyraca i

czasami drobny deszczyk przechodził. Następnego dnia wiatr dmie jeszcze silnie wszakże pogoda utrzymała się. Ód dnia 12go ociepla się, wiatr południowo-zachodni naprzemian z wschodnio-południowym spokojnie wieją, chmury się rozchodzą i po południu piękna zajaśniała pogoda. Kilka dni następnych było pogodnych i gorących, wiatry przez ten czas dmą te same. Dopiero dnia 15go wieczorem drobny deszczyk pokropił, wiatr dmie silnie z zachodu i południa. Następne dni aż za pełnię były pogodne i piękne, wiatr w tym czasie przeważa wschodnio - południowy, naprzemian z wschodnio-północnym, niekiedy jednak i południowo-zachodni. Dnia 21go pochmurza się, wiatr z zachodu i północy wieje, powietrze ochładza się, po południu deszczyk drobny pokropił. Od-tąd pogoda jest niestała; często deszcze przechodziły, powietrze było ciągle chłodne, gdyż silne wiatry z zachodu i północy oziębiały powietrze. Niektóre jednak dni były pogodne jak 24go, 25 i 26go. Dnia 29go ociepla się, kierunek wiatrów zmienił się, przeważał wschodnio-południowy i południowo-zachodni, powietrze było przyjemne i piękna zajaśniała pogoda. Następnego dnia wiatr z zachodu wzmaga się, po południu chmurzy się, lecz pogoda wytrzymała, w południe było dość gorąco. Ostatniego dnia Sierpnia, wiatr zachodni wzmaga się, przyłącza się niekiedy i z północy, powietrze ochłodziło się, po południu zaś deszcz padał, a o godzinie w pół do szóstej dały się słyszeć grzmoty i grad drobny upadł, na noc wyjaśniło się.

Wrzesień. Miesiąc Wrzesień podobnie jak poprzedzający był bardzo niestały. często deszcze już zlewne, już mniej obfite przechodziły. Pogoda jednak w niektóre dni utrzymała się, lecz tak krótko zwykle trwała, że do dnia 25go bardzo mało naliczyć można dni w miesiącu całkowicie pogodnych. Deszcze w różnej porze dnia przechodziły; z rana, w południe, wieczorem, nawet i w nocy. Najwięcej wody spadło dnia 12go, gdyż tego dnia deszcz całą dobę zlewny padał. Dzień drugi miesiąca i 14 były łagodne i pogodne. Najpiękniejszy i najprzyjemniejszy dzień Września, dzień prawdziwie wiosenny był dzień

27go. Od dnia 25go do końca miesiąca stale pogoda utrzymała się.

Tak niestały stan powietrzni zależał po większej części od kierunku i siły wiatrów. Dnia 1go gwałtowny wiatr północno-zachodni i południowo-zachodni ochładzał powietrze. Dnia 2go wiatr południowo - zachodni przeważa, czasami dmie i wschodnio-południowy, tego też dnia powietrze było łagodne, ciepłe i pogodne. Lecz gdy odtąd wiatr południowo-zachodni przez kilka dni był panującym, często deszcze przechodziły. Dnia 6go znowu przyłącza się wiatr północno-zachodni; powietrze oziębia się, wiatry te przez kilka dni przeważały i deszcze często przechodziły. Od dnia 13go zaczyna dąć wiatr i ze wschodu. Następných dni wiatr wschodnio-południowy przeważa razem z wiatrem południowo-zachodnim, powietrze też cokolwiek ociepla się. Lecz w kilka dni wiatry te same stają się coraz silniejsze i chłodne, powietrze znacznie oziębia się i jest przejmujące. Od dnia 25go do końca miesiąca utrzymała się wprawdzie pogoda, lecz przez cały ten czas, wyjąwszy tylko bardzo przyjemny i ciepły dzień 27, było chłodno i więcej pochmurno.

W ślad za niezwyčajnym stanem tegorocznej zimy i wiosny poszły i miesiące letnie. Lipiec bowiem po większej części pogodny, był niezwykle parny; Sierpień, najgorętszy zwykle u nas miesiąc, był bardzo zmienny, chłodny, burzliwymi i przejmującymi wiatrami odznaczał się. W miesiącu wreszcie Wrześniu często deszcze przechodziły, a wiatry północne i zachodnie ochładzały powietrze. Tak niezwykły stan powietrzni w miesiącach letnich gorszy wpływ wywarł na zdrowie ludzkie, aniżeli w zimie i na wiosnę. Liczba chorych w tym kwartale znacznie powiększyła się.

Panującą chorobą we wszystkich miesiącach letnich była biegunka prosta, tak dzieci jak i dorosłe osoby dotykająca. Lecz nie we wszystkich miesiącach choroba ta była w jednakowym stopniu. Na początku Lipca łagodniejszy miała przebieg tak, że prawie bez zwrócenia uwagi szczęśliwie przechodziła; przy końcu zaś tego miesiąca i na początku Sierpnia często przybierała formę choleryny, zwłaszcza pomiędzy dzie-

ćmi, z których kilkoro padło ofiarą téj choroby. Wypadki biegunki przy końcu Lipca i w Sierpniu były tak liczne, że w niektórych wsiach cała ludność tém cierpieniem dotkniętą była, pomimo to jednak nie było śmiertelności pomiędzy dorosłymi. Bardzo często pomiędzy dziećmi trzeciego lub czwartego dnia, gdy żadnej uwagi rodzice na chorobę nie zwracali, proste rozwolnienie w krwawą przechodziło biegunkę. Po kilku znowu dniach ślady krwi przestały w stołeczkach pokazywać się, lecz odchody były bardzo częste, flegmiste, i jeżeli niebaczni rodzice naturze samej chorobę tę zostawili, a jeszcze gorzej, gdy bez względu na to cierpienie kiszek, dzieciom niestrawnych i mało pożywnych pokarmów udzielali, to biegunka przez kilka tygodni niszczyła dziatwę tak, że niektóre z nich krótki swój żywot zawczasie kończyć musiały. U dorosłych choroba ta podobnie objawiała się; z początku odchody z flegmą i krwią zmieszane były, w kilka dni krew zwykle przestawała pokazywać się w stolcach. Biegunka w tym kwartale była w niektórych wprawdzie razach dość uporczywa, lecz po większej części przebiegała łagodnie i zwykle pomyślnie kończyła się.

Przyczyna prostego lub krwawego rozwolnienia w miesiącach letnich, rok rocznie bywa prawie ta sama. Upały Lipcowe w tym roku, niestrawne pokarmy, niedojrzałe w reszcie owoce tak liczne spowodowały biegunki, a jeżeli kto uchronił się od téj choroby, to zato niezżytem zołądka lub kiszek był dotknięty.

Z innych chorób we wszystkich miesiącach letnich zdarzały się katary, zapalenia oskrzeli i płuc, które szczególnie w Sierpniu i we Wrześniu występowały.

W tych także dwóch miesiącach, chłodnemi i przejmującymi wiatrami odznaczających się, często spostrzegać się dały zapalenia błony łącznej oka i gardła. Niektóre wypadki zapalenia oczów były tak silne, że energiczne nawet środki przeciwzapalne nie zawsze były w stanie usunąć cierpienie. Zwykle w podobnych wypadkach używałem pijawek, roztworu kamienia piekielnego i przeczyszczenia.

Oprócz wymienionych chorób w miesiącu Lipcu nie rzadko spostrzegać się dała gorączka tyfoidalna, która w dwóch drugich miesiącach nie tak licznie występowała, a we wszystkich przebieg miała łagodny.

W miesiącach także letnich nie mało naliczyć można cierpień goścowych, które w różnych częściach ciała występowały i były prawie zawsze bezgorączkowe.

Przy końcu lata w miesiącu Wrześniu, więcej jak w pierwszych miesiącach zdarzała się zimnica, najczęściej codzienna lub czwartaczka.

W tym wreszcie kwartale kilkanaście osób zgłaszało się o radę z wyrzutami świerzbowemi i liszajowatemi.

J e s i e ń .

Październik. Miesiąc Październik do najpogodniejszych i najpiękniejszych miesięcy tego roku policza się. Oprócz trzech dni ostatnich, wszystkie inne były najzupełniej pogodne.

Z rana zwykle mgła gęsta pokrywała horyzont, lecz wkrótce opadła i rozchodziła się; czasem jednak do południa otaczała naszą powierzchnię, poczem zwykle wyjaśniało się. Było i także kilka dni, w których pogoda była jasna i piękna. Poranki i noce były chłodne, a w drugiej połowie miesiąca od dnia 20go zacząwszy do 29go codziennie przymrozki objawiały się.

W ciągu całego miesiąca panującym wiatrem był wiatr wschodnio-południowy, często jednak na przemian dał wiatr południowo-zachodni, przez kilka także dni, gdy były białe przymrozki, wiatr wschodnio-północny przeważał i wtedy był przejmujący. Wiatry w ogólności były chłodne i znacznie oziębiały powietrze szczególnie w nocnej porze. Wiele jednak było dni ciepłych i przyjemnych.

Dnia 29go nadedniem pochmurza się i deszczyk drobny zrosił ziemię i cały dzień było pochmurno i mglisto, lecz cokolwiek cieplej jak dni poprzednich; wieczór i w nocy tego dnia mgła gęsta pokryła horyzont. Dnia 30go było także mgli-

sto i pochmurno, około południa cokolwiek mrzyło, wiatr wschodnio-południowy chłodnawy dmie spokojnie. Dnia 31go cały dzień mgła unosiła się nad horyzontem, w południe zaczęło mrzyć, wieczorem i w nocy gęsty deszcz padał. Wiatr południowo-zachodni naprzemian z wschodnio-południowym był panującym.

Listopad. Miesiąc ten niestały, był po większej części dżdżysty i mglisty i nie wiele miał dni zupełnie pogodnych.

Od dnia 1go aż do dnia 12go, wyjąwszy dzień 2, 4 i 5ty ciągle deszczyki przechodziły, lecz te były krótkotrwałe i nieulewne. Powietrze było mgliste i posępne, a wiatry przejmujące i silne. W przeciągu tego czasu wiatr panujący był południowo-zachodni, często jednak przyłączał się i wschodnio-południowy. W pierwszej tej połowie miesiąca ciepło wynosiło do 2 lub 3 stopni R. Od dnia 12go przez kilka dni pogoda utrzymała się; powietrze było dość przyjemne, lecz jak w tej porze zwykle bywa, chłodnawe. Dnia 13go mgła gęsta pokrywała horyzont i biały przymrozek objawił się. Następne trzy dni jednak były pogodne, wiatr południowo-zachodni naprzemian z wschodnio-południowym były panujące i bardzo silnie dęły. Dnia nawet 16go wieczorem zerwała się burza, wichur z zachodu dął silnie, poczem rześisty deszcz z półgodziny padał. Następny dzień był pogodny, lecz pochmurny. Dnia 18 nadedniem śnieg przykrył ziemię, przymrozek półtora stopnia wynosił, a wiatry były ciągle burzliwe. Dnia 19go przymrozek do 3 stopni doszedł, pogoda dnia tego utrzymała się przy wiatrach również silnych. Przez resztę dni, aż do końca miesiąca zmienny był stan powietrzni. Następnego zaraz dnia przed południem mrzyło i następnie deszcz padał. Dnia 21go z rana od południa piękna była pogoda, po południu pochmurzyło się i krupki sypały. Kilka dni następne były pogodne. Dnia tylko 23go po południu deszczyk kropił, wiatry z zachodniej i południowej strony ciągle są silne. Dnia 24go dmie także wiatr północno-zachodni i z rana przymrozek objawił się. Dnia nawet 26 do 4 stopni przymrozek doszedł; przez ten czas pogoda utrzymała się. Dnia 27go wiatr znowu zachodni przeważał, krupki z rana sypały, a po południu

przy małej odwilży deszczu do wieczora i w nocy kropił. Dnia 28 było pochmurno i posepno, woda z chmur spadająca zamarzała na ziemi, ztąd niezmiernie było ślizgo; po południu znowu deszcz kropił. Przez cały dzień 29go pogoda wytrzymała. Dnia 30 z rana był przymrozek trzy stopnie wynoszący, po południu odwilgło i drobny deszczu pokropił. Wiatr zachodni ciągle przeważał.

Grudzień. Ostatni miesiąc upłynionego roku, również jak Listopad był niestały i częstymi zmianami odznaczał się.

Dnia 1go od godziny 11tej zacząwszy, cały dzień deszcz padał, powietrze było mgliste i posepne. Dnia 2go chmury rozchodzą się, deszcz niepadał, wiatr w tych dniach przeważał zachodni. Dnia 3go mały przymrozek objawił się, znowu pochmurza się i śnieg z rana pruszył, wiatr dmie z zachodu czasami i z północy; po południu wypogodziło się. Dnia 5go znowu nadedniem śnieg pruszył, przymrozek wzmógł się do 4 stopni, przez cały zaś dzień piękna uttrzymała się pogoda. Od tego czasu pięć dni do pierwszej kwadry i przez całą prawie pierwszą kwadrę, aż do dnia 15go włącznie pogoda uttrzymała się. Przymrozki były małe, jeden lub dwa tylko stopnie wynoszące. Lecz wiatry były dość silne i przejmujące, przez pierwszą kwadrę wiatr panujący był północno-zachodni i północno-wschodni, po pierwszej kwadrze wschodnio-południowy i czasami południowo - zachodni. Dnia 13 i 14go już przymrozki zwolniały, często pochmurzało się, lecz pogoda wytrzymała. Dnia 15go powietrze było nieprzyjemne i mgliste, w samo połupnie deszcz drobny kropił, wiatr cały dzień przeważał zachodni, na wieczór przyłączył się i północny. Cały dzień 16go był pochmurny, na wieczór i całą noc prawie deszcz ze śniegiem padał, wiatr północno-zachodni był przejmujący. Dnia 17go pogoda wytrzymała, tego dnia zrywał się czasami wiatr północno-wschodni. Dnia 18go znowu mały przymrozek objawił się. było pochmurno jak i dni poprzednich, wieczorem i w nocy śnieg obficie padał. Dnia 19go mróz wzmógł się do 4 stopni, a dnia 20go do 8, wiatr północny ciągle przeważał i był dość ostry. Następnego dnia mróz zwolniał, wiatr z północno-zachodniej strony dmie przejmujący. Dnia

22go z rana mrzyło, po południu zaś, wieczorem i w nocy śnieg pruszył, wiatr ten sam przeważa. Dnia 23go z rana było pogodnie, po południu pochmurzyło się i śnieg gęsty upadł, na noc wypogodziło się, wiatr północno - zachodni i północno - wschodni naprzemian dęły. Cały dzień następny był pogodny, lecz mały przymrozek blisko dwa stopnie wynoszący objawił się. Dnia 25go było pochmurno i mglisto i prawie cały dzień mrzyło, na wieczór śnieg drobny pruszył, wiatry te same przeważały. Dnia 26go nadedniem śnieg znowu padał, wkrótce się jednak wypogodziło, zimno jeden tylko stopień wynosiło. Dnia 27go z rana śnieg padał, wkrótce jednak piękna zajaśniała pogoda, która przez cały dzień utrzymała się, wiatry dęły te same, przymrozek na noc wzmógł się. Następnego dnia mróz do 8 stopni doszedł, pogoda przez cały dzień trwała, mroźny wiatr dął z północnej strony. Dnia 29 odwilgło, silne wiatry z różnych stron dęły, pochmurzyło się i przed wieczorem drobny śnieg pruszył, w nocy z deszczem nawet padał. Dnia 30go po północy nastąpiła zmiana; wiatry uspakajają się, przeważa wschodnio-północny, cały dzień piękna trwała pogoda, przymrozek pare stopni wynosił. Ostatniego dnia miesiąca mróz doszedł do 6 stopni, wiatry z północy i zachodu przeważały, po południu wzmaga się zachodni, pochmurzyło się i w nocy śnieg pruszył. Wiatr był silny i przejmujący, zadymało, lecz mróz mocny zwolnił.

Ostatnia pora upłynionego roku, jak to zwykle u nas bywa, była dżdżysta i posepna, tę jednak w ciągu tego czasu naznaczamy różnicę, iż pierwszy miesiąc jesienny, Październik był nadzwyczaj piękny i pogodny, lecz zato prawie codzień w tym miesiącu gęsta mgła z rana pokrywała nasz horyzont, która jednak w parę godzin rozchodziła się. Następne zaś dwa miesiące, Listopad i Grudzień były zmienne i niepogodne.

Choroby w tym kwartale w małej zdarzały się ilości i prawie jednakowe we wszystkich miesiącach jesiennych przedstawiały się.

W Październiku częściej przed innemi występują zimnice, po większej części czwartaczki lub codzienne. Kilka wypadków było gorączki tyfoidalnej, zapalenia gardła i oczów kata-

taralne; cierpienia zresztą piersiowe, jak nieżyty, zapalenia oskrzeli i płuc czasami tylko zdarzały się.

W Listopadzie oprócz wyżej wymienionych chorób, tu i ówdzie spostrzegać się dawał pomiędzy dziećmi dławiec i niezwykła w tej porze prosta biegunka.

W Grudniu nareszcie, jako w miesiącu, znacznie od poprzedzających chłodniejszym, bardzo częste zdarzały się cierpienia przewodu oddechowego, jak zapalenia oskrzeli, płuc i opłucnej. Kilka wypadków było dławca, diphtheritis, zapalenia gardła i częściej nawet jak w Listopadzie spostrzegać się dawała biegunka.

We wszystkich miesiącach jesiennych zgłaszały się nieraz osoby cierpieniem gościcowém dotknięte.

Choroby w ogólności w porze jesiennéj, oprócz kilkunastu śmiertelnych wypadków pomiędzy dziećmi, dławcem lub zapaleniem płuc dotkniętych, mało przedstawiały niebezpieczeństwa.

Chorób epidemicznych lub wysypek zaraźliwych w upływnym kwartale w dobrach Jadowskich, widzieć się nie dało.

T R E Ś Ć.

Z i m a.

Pierwszy miesiąc zimowy był mroźny, wiatr na początku Stycznia przeważał południowo-zachodni i czasami wschodnio-południowy, w większej w reszcie połowie mroźne wiatry z północy i zachodu dęły, a wszystkie w ogólności były bardzo silne.

W miesiącu Lutym przeciwnie odwilż nastąpiła zupełna, rzadko kiedy bywały przymrozki, a ciepło niezwykłe do kilku stopni dochodziło. Wiatr przeważał przez cały miesiąc południowo-zachodni na przemian z wschodnio-południowym. Początek Marca był niepogodny, wiatr zachodni był bardzo silny i przejmujący, w połowie miesiąca przeważał wiatr północny, w drugiej połowie Marca wiatry z południa, zachodu i wschodu, były bardzo łagodne.

Choroby w zimie głównie stanowiły zajęcia przewodu oddechowego, innych cierpień niewiele naliczyć można. Stan zdrowia mieszkańców był w ogólności pomyślny. Chorych w zimie zgłosiło się 255

W i o s n a.

Kwiecień był nie zwykle chłodny i śnieżny. Wiatr z początku zachodni, wkrótce północno-zachodni naprzemian z północno-wschodnim były panujące i przejmujące.

Podobnie i miesiąc Maj, raczej jesień niż wiosnę przedstawiał. Wiatry głównie przeważały z zachodu i północy, czasami z wschodnio-południowej strony.

Ostatni miesiąc wiosenny był bardzo niestały, często deszcze i burze przechodziły, a wiatry z północy i zachodu najczęściej były chłodne i przejmujące, przyczem jednak słońce dogrzewało.

Pomimo tak niezwykłego stanu powietrza na wiosnę, nie wiele było chorych. Zdarzały się częściej jak inne cierpienia przewodu oddechowego, zapalenia oczów, gorączki tyfoidalne, przy końcu wiosny ospa wietrzna i odra w lekkim stopniu. Chorych w tym kwartale było 246.

L a t o.

Lipiec w ogólności był pogodny i gorący. Pierwsza tylko połowa miesiąca była niestała, wiatr zachodni z początku a później wschodni przeważał, ciepło do 28 stopni dochodziło.

Sierpień nadzwyczaj zmienny i chłodny, odznaczał się burzliwymi i przejmującymi wiatrami. Wiatr południowo-zachodni, a niekiedy północno-zachodni był przeważającym.

Podobny był i miesiąc Wrzesień, chłodny i dżdżysty i wiatry też same panowały; w drugiej połowie miesiąca południowo-zachodni i wschodnio-południowy, lecz także chłodne i silne.

Chorych znaczna liczba przybyła. Ogólną chorobą w lecie była biegunka prosta i krwawa. Zdarzały się także zapalenia oskrzeli, płuc, oczów i gorączka tyfoidalna. Chorych było w lecie 315.

Jesień.

Pierwszy miesiąc jesienny zupełnie prawie był pogodny, wiatr wschodnio-południowy naprzemian z południowo-zachodnim był panującym, często także przeważał północno-wschodni, a w tedy był przejmujący.

Miesiąc Listopad przeciwnie był bardzo niestały, wiatr przeważał zachodni i południowo-zachodni.

Grudzień podobny do przedostatniego miesiąca był niepogodny, lecz więcej jeszcze chłodny, z zachodnim wiatrem często dął i północny.

Chorób nie wiele zdarzało się w jesieni. Częściej przed innemi biegunki, cierpienia przewodu oddechowego, zimnica i gorączka tyfoidalna. Chorych w tym kwartale zgłosiło się 210.

Rok zatem 1861 jeszcze do bardzo pomyślnych lat policzyć należy. Jakkolwiek bowiem znaczna była liczba chorych, śmiertelność jednak w dobrach Jadowskich o wiele była mniejsza, jak poprzednich lat. Na miejsce zaś 383 zmarłych, przybyło 847 dzieci.

w Jadowie dnia 13 Czerwca 1862 r.

Wypadek otrucia się chloroformem, w skutek zażycia tego środka do wewnątrz.

Dr. L a m m.

O ile historia nowego czasu obfitą jest w wypadki, w których działanie chloroformu przy inhalacjach okazało się śmiertelnym, o tyle bardzo mało są nam znane trujące własności tego przetworu przy wprowadzeniu go do żołądka. Tę kwestyi właśnie tyčzący się artykuł umieszczony w czasopiśmie Hygea (Lutego 1862 r.) zdaje się nam być dosyć interessującym, ażeby go ze wszelkimi szczegółami czytelnikom przedstawić.

„Dnia 7go Października o godzinie 7 ¼ otrzymałem (Dr. L a m m) od pewnej pani M. następujące piśmienne zapytanie: „Mąż mój użył téj nocy przeciwko bezsenności, jak to często zwykł był czynić, Chloroformu; to było o godzinie 12 i pół, teraz spi jeszcze; lecz tak mocno, że to mnie niepokoi. Czy stan ten jest niebezpiecznym, i co robić wypada?“ Zamiast piśmiennéj, jak było żądano odpowiedzi, udałem się natychmiast do chorego i znalazłem go w pozornie spokojnym śnie, z przyspieszonym cokolwiek i głośnym oddychaniem; temperatura ciała była prawie normalna, powieki zamknięte, źrenice silnie rozszerzone i bez znaków czułości. Zapach chloroformu napełniał pokój i czuć się nawet dawał w oddechu chorego. Otworzyłem prędko okno i nocne naczynie, w które żona nieostrożnie resztę chloroformu wylała, kazałem wynieść z pokoju. Pani M. opowiedziała mi, że mąż jéj spawszy źle już po-

przedzających nocy, tój był zupełnie snu pozbawionym, dla tego wstawszy o godzinie 12 i pół, zapalił świecę i zażył chloroformu; poczem znowu się położywszy, parę słów jeszcze do niej przemówił, gdy tymczasem ona odurzona trochę parą, wkrótce usnęła. Przebudziwszy się dosyć rano, przeraziła się mocno i chrapliwym snem i niezwykłą bladością jój męża, dla czego napisała tę parę wierszy do mnie, lecz z odesłaniem ich jeszcze się wstrzymywała, w tój nadziei, że niezwykły stan wkrótce się zmieni. Zaleciłem utrzymywanie w stancyi świeżego powietrza, okładanie głowy lodem, zimne polewania kości pocierzowój i zwyczajną lawatywę.

Przy powtórnej wizycie w dwie godziny później, zastałem chorego bledszym, zimniejszym, mniej głośno oddychającym, ze słabym i powolnym pulsem; bladść i zimno szybko wznęstały; uczyniłem jeszcze łatwiejszym przystęp świeżego powietrza, przyłożyłem ciepłe kamionki do nóg'i i spróbowałem wzbudzić sztuczny oddech za pomocą elektryczności; wilgotne gąbki połączone z konduktorami zastosowano w ten sposób, że jeden biegun był przyłożonym do dołku żołądkowego, drugi zaś na szyi w okolicy nervi phrenici, jużto z prawej już z lewej strony. Po kilku elektrycznych prądach, ruchy oddechowe były wyraźniejsze i głębsze; także na kolumnę pacierzową i na mięskły piersiowe bieguny były przykładane, dalej na łydki dla wywołania oddechu. Zadano drugą lawatywę z dodaniem 15 kropli liqu. Ammon. caust., ta pozostała w chorym; za pomocą szczypczyków wyciągnięto język i między szczęki włożono korek, ażeby przystęp powietrza do organów oddechowych jeszcze łatwiejszym uczynić; oprócz tego od czasu do czasu, za pomocą długiej rurki do nosa wprowadzonej robione były wdmuchiwanie jednoczasowe z ruchami oddychania.

Pomimo tych wszystkich manipulacyi uspienie ciągle trwało, lecz źrenice, które przez cały ten czas były rozszerzone, o godzinie 11 i pół przed południem zaczęły się ściągać, oddychanie było głębsze i wyraźniejsze (chociaż wydechowe powietrze jeszcze czuć było chloroformem) i puls był pełniejszym. Częstość oddychania była bardzo znaczna i bez żadnego

stosunku do częstości pulsu. To pozorne polepszenie się trwało ciągle; ruchy klatki piersiowej były coraz wyraźniejsze i temperatura ciała podnosiła się.

O godzinie 5^{ej} po południu brzuch był w wysokim stopniu wzdęty; ponieważ chory dotychczas nie oddawał moczu, założono kateter, lecz moczu nic nie wypuszczono.

O godzinie 6^{ej} i pół temperatura ciepła była wyższą od normalnej, puls pełny i przyspieszony. Za pomocą lewatywy z dodatkiem Tinct. Colocynthis wyprowadzono szare massy różnej konsystencji.

Chory dotychczas bezprzytomny i milczący, o godzinie 9^{ej} wieczorem zaczął stękać; oczy poruszały się, źrenice zdawały się być wrażliwe na światło. Chory odwracał głowę od podstawionej pod nos flaszeczki i dawał znaki uczucia zimna za przykładaniem lodu. Poty były obfite i głowa tak gorąca, że przykładany lód szybko rozpływał się i musiał być zmieniany; puls 160 uderzeń na minutę, umiarkowanie twardy. Chory kilka razy się podniósł, zdawał się zdziwiony około siebie spoglądać, lecz wkrótce napowrót upadał; wejrzenie przyjęło wyraz zupełnej przytomności.—

Po półgodzinnym upływie pełnego nadziei stanu, chory zaczął być w najwyższym stopniu niespokojnym, rzucał bezprzestanku głową to w tę, to w ową stronę, poty wystąpiły nadzwyczajnie obfite, puls słabszy i nie do zliczenia, flegma zaczęła się zbierać w przewodach powietrznych i o godzinie 12^{1/4} w nocy nastąpiła śmierć —

Pośmiertne badanie w 38 godzin po śmierci wykazało: sztywność trupa we wszystkich mięśniach kończyn i szyi trwała ciągle; cała tylna strona ciała, jak również wewnętrzna strona ud i okolice pachwinowe niebieskawo zafarbowane. Po zdjęciu skóry z głowy okazało się silne przepełnienie żył krwią na potylicy; *twarda opona* silnie do czaszki przystająca i żyły jęj także krwią przepełnione. Zatoka podłużna zawierała kilka szczególnych, małych, tłuszczowych skrzepów i ciemną krew. W środkowych i przednich częściach *falcis cerebri*, jak również w bliskości zatoki podłużnej jakby na wolnym brzegu, okazały się małe kostne narośla wielkości

główki od szpilki aż do wielkości małego grochu, które w części zupełnie były zakryte błoną, częścią zaś wystawały swobodnie na bokach tejże. Jedna z tych narośli była 5'' długa 3'' szeroka i $\frac{1}{2}$ —2'' gruba, leżała w środku sierpu, na 3'' od jego wolnego brzegu i przedziurawiając błonę wystawała na obie jej strony. Na lewo od przedniego końca *sinus longitudinalis*, znajdowała się podobna wielkości grochu narośl, która przedziurawiwszy *twardą oponę* silnie do niej przyrosła. Żyły opon miękkich były w wysokim stopniu krwią przepełnione. Między mózgowymi zawojami, mała ilość mętnego, żółtawego wysięku. Granulacje Pachiona na obu wierzchnich półkuli brzegach, szczególnie na tylnej części okolicy ciemienia bardzo obfite. Opony pajęczna i naczyniowa łatwe były do oddzielenia i zdawały się grubsze i mocniejsze jak zwykle; po ich oddaleniu na powierzchni zwojów mózgowych pokazały się liczne, blisko jedne około drugich będące krwawe kropki. Ani na miękkich oponach mózgowych, ani na samym mózgu nie można było znaleźć śladów zadrażnienia powodowanego przez wyżej wspomniane kostne twory. Sam mózg pulchny, miękki, krwią przepełniony. Boczne komórki nie rozszerzone, *Ependyma* rozmiękczone, *plexus choroid*: mocno nastrzyknięte; trzecia komórka prawidłowa, czwarta cokolwiek rozszerzona z rozmiękczoną wyściółką i z przepełnionymi żyłami na jej ścianach. Mózdzek również pulchnej konsystencji, i również krwią przepełniony jak i mózg. *Sinus laterales* napełnione ciemną, rzadką krwią i zgęstkami. Na wewnętrznej stronie czaszki, nigdzie kościanych narośli nie można było znaleźć.

W obu błonach opłucnych kilka małych łyżeczek rzadkiej, serwaczanej, żółtawej cieczy; żadnych zrosnięć ze ścianami klatki piersiowej, przednie części płuca normalne, tylne szczególnie u wierzchniego płata prawego i u dolnego płata lewego płuca silnie krwią przepełnione; przez zrobione w tych miejscach nacięcia wypływała znaczna ilość krwią zafarbowanego płynu, który po większej części był pianisty, lecz w dolnym płacie lewego płuca bardzo mało tylko miał w sobie pęcherzyków powietrznych; z tej części wycięty kawałek płuca

tonął w wodzie. Oskrzele zawierały wielką ilość pianistego, słabo krwią zafarbowanego płynu; ich błona śluzowa wyraźnej niebieskawej czerwoności, była zresztą zupełnie normalna. Osierdzie zawierało kilka małych łyżeczek przezroczystego, żółtawego płynu; w prawém uszku ciemne, pulchne niestłuszczałe zgęstki; sama substancja serca ciemno zafarbowana, zresztą normalna, zastawki i otwory zdrowe. Krtani i tchawica zawierały wielką ilość pianistego, cokolwiek kleistego, bezbarwnego płynu; zachowanie się nągłośni normalne, dostęp do krtani swobodny.

Żołądek zawierał około trzech uncyi szarej, gęstej masy, w której pływało wiele galaretowatych kłaczków. W bliskości wpustu i na całym dnie dosyć znaczne przekrwienie wielkich i mniejszych żył, oprócz tego liczne, gęsto usadzone sine punkta, szczególnie na końcach najmniejszych żył, gdzie te już w włoskowate przechodzą. Żadnych śladów miejscowego podrażnienia lub erozyi. Błona śluzowa w stronie ujścia żołądkowego była blada, koło samego ujścia pomarszczona i śluzem pokryta. Tylko większe żyły były tu krwią przepełnione. Zawartość cienkich kiszek dosyć twarda, szarego koloru; w grubiej kiszce mała ilość rzadkich ekskrementów; w obydwóch błona śluzowa blada nieprzedstawiała nic nienormalnego; żadnego przepełnienia w kiszkach. Nerki bezkrwiste i pulchniejsze jak w normalnym stanie. Powłoka śledziony mocno pomarszczona, jej substancja blada, *Trabeculae* bardzo wyraźne, ciała Malpighiego wyraźne i powiększone. Wątroba bezkrwista, z resztą normalna; w żółciowym pęcherzyku cokolwiek rzadka, zielono-żółta żółć. Pęcherz moczowy mocno rozdęty przezroczystym moczem. Przy otwieraniu tych trzech jam, nie było ani śladu zapachu chloroformu.

Że w tym wypadku przyczyna śmierci leży w przyjęciu chloroformu jest pewnym; lecz trucizna działała tu nie bezpośrednio, jak w dotychczas znanych nam wypadkach, w których chloroform wprowadzony był do organizmu przez płuca. Wiadomym jest, że chloroform znosi nerwową czułość od obwodu do ośrodków i że przy dłuższem zastosowaniu inhalacji, zupełnie niszczy nerwowe życie w ośrodkowych organach. Jak wi-

dać z opisanego poprzedzającego wypadku i tu także w pierwszych godzinach po otruciu, czynność nerwowego układu była zupełnie przytępioną; krew krążyła powolnie w naczyniach włoskowatych, wyrabianie jęj wstrzymało się, transpiracja jak również i wydzielina kiszek i nérek była zniesioną, temperatura zaś ciała zniżoną, — jedném słowem, w skutek bezpośredniego działania chloroformu, życie było blizkiem zgaśnięcia. Z postępowaniem czasu, cała ilość przyjętej trucizny była wydaloną przez oddychanie, poczem nastąpiła reakcja, która w mózgu tak była silną, że zniszczyła jego czynność, chociaż przedtęm organa sekrecyjne odprawiły swoje funkcje nawet silniej jak w stanie normalnym. Widoczną jest, że trucizna działała tu pośrednio, albo raczej chory umarł podczas reakcji po zatruciu chloroformem. Że chloroform nie był już bezpośrednią przyczyną śmierci, to widać z tej okoliczności, że ani przy otworzeniu płuc, ani przy otworzeniu żołądka nie było nawet śladu zapachu chloroformu, czyli, że trujący pierwiastek zupełnie był wydalonym z organizmu.

Z tego stosunku faktów tylko co opisanych, zdaje się zachodzi istotna różnica pomiędzy śmiercią w skutek zastosowania chloroformu przez inhalacye i w skutek wewnętrznego jego użycia, jeżeli jednemu temu znanemu nam przykładowi zechcemy przypisać siłę dowodu (*).

Co się tyczy okolicznych stosunków obecnego wypadku, dodajemy jeszcze do uzupełnienia, że zgasły liczył 35 lat, umysłowo był bardzo rozwinięty, lecz niespokojnego i trochę oder-

(*) Przypadkowi temu nie odejmujemy siły dzielności obserwacyi, lecz odejmujemy siłę dowodu, jakoby śmierć następowała w inny sposób przy użyciu wewnętrznem chloroformu, a w inny przez inhalacye. Sam autor wyżej powiada, że w skutek bezpośredniego działania chloroformu (wewnątrz użytego) życie było blizkiem zgaśnięcia, co znaczy, że przy dłuższém jego działaniu życie by zgasło, czyli że śmierć nastąpiłaby w ten sam sposób jak następuje przy inhalacyach. Że zaś tutaj nastąpiła już podczas reakcyi organizmu, to sądzę, że dla tego tylko, iż ilość użytego chloroformu była za małą, ażeby bezpośredniem działaniem śmierć spowodzić.

(Dr. B.)

wanego sposobu myślenia. Cierpiący często na bezsenność, która przez żywy bieg myśli była podtrzymywana, używał już po wielekroć w małych ilościach chloroformu już to przez inhalacye już do wewnątrz, tak, że do używania go prawie się przyzwyczał i ustawicznie flaszczkę z sobą nosił. Pomimo to jednak był bardzo wrażliwym na działanie środka, gdyż razu jednego, z przyczyny mającego się wyrwać zęba, uspiłem go kompletnie zapomocą inhalacyi może $\frac{1}{8}$ drachmy chloroformu.

Jaką ilość chloroformu użył w owej nieszczęsnej nocy, trudno jest oznaczyć; znaleziona flaszcza mogła mieć $2\frac{1}{8}$ uncyj objętości. Żona twierdzi, że w ostatnich dniach widziała flaszczkę zawsze do połowy napełnioną; ja znalazłem resztkę około 1 drachmy wynoszącą; wiele zaś było wylanem przez żonę do nocnego naczynia, również trudno było oznaczyć.“

Dr. *Blum.*

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 Lipca 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza).

Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

Sekretarz stały (p. Szokalski) odczytał:

1) Projekt odezwy Towarzystwa do Redakcyi tutejszych gazet z przypomnieniem rozporządzenia zarządu służby cywilno-lekarskiej, mającego na celu zapobieżenie ogłaszaniu publicznych podziękowań dla tych lekarzy, którzy sobie takowych nie życzą; takż

2) Projekt odezwy Towarzystwa do Rady miejskiej miasta stołecznego Warszawy z przedstawieniem konieczności ustanowienia w mieście Warszawie Komitetu higienicznego, z lekarzy i różnych specjalnych uczonych i techników złożonego, którego pieczy powierzone byłyby sprawy dotyczące zdrowia publicznego miasta naszego.

Obydwie odezwy Towarzystwo uchwaliło po zrobieniu stosownych zmian, na właściwej drodze przesłać do swych przeznaczeń.

P. Langowski złożył: od Dra Hechles, 1) Zur Balneotherapie, mit bes: Berücksichtigung der Carlsbader Thermen Prag, 1861. 2) Der Schlossbrunn in seiner Wirksamkeit. Prag. 1862, i wspólnie z prezesem i Dr. Helbichem przedstawił autora na członka Towarzystwa (sprawozdawca p. Rozenblum).

P. Ł u c z k i e w i c z, wspomniawszy o niedawno zdarzonym przypadku pogwałcenia 5-letniej dziewczynki, przeszedł do kwestyi nierządu czyli prostytucyi w mieście naszym. Podawszy w treściwych wyrazach główną osnowę obowiązujących u nas od roku 1843 w tej mierze przepisów (przepisy policyjno-lekarskie do zapobieżenia szerzeniu się choroby syfilitycznej w mieście Warszawie. Warszawa, w drukarni Józefa U n g e r, 1843“ w 8ce, stron 82), opisał rodzaje tolerowanego u nas nierządu, klasy nierządnic, rodzaje domów nierządu, i sposób odbywania rewizyi kobiet publicznych. Dalej mówił o dziejących się uchybieniach przeciw tym przepisom. Wreście wystawił niektóre niedostatki tychże, wskazując w czem przepisy z roku 1843 wymagają uzupełnienia i poprawy, zwracając szczególną uwagę na nierząd pokątny gnieżdżący się po kawiarniach, restauracjach i bawarjach.

P. Stanisław J a n i k o w s k i, niektórymi cyframi statystycznymi poparł twierdzenia kol. Ł u c z k i e w i c z a, zwłaszcza dotyczące nierządu pokątnego.

P. S z o k a l s k i przemawiał za potrzebą ustanowienia po szpitalach ambulatorjów, dla osób z klasy ubogiej, dotkniętych chorobą syfilityczną.

P. L e B r u n kładł przycisk na zgorzenie publiczne wynikające ze zbytnej swobody zostawionej w naszym mieście nierzędnicom, swobody daleko większej niż w Paryżu, który za stolicę zepsucia uchodzi.

Wreście Towarzystwo uznając ważność kwestyi poruszonej przez kol. Ł u c z k i e w i c z a, na wniosek tegoż wyznaczyło do rozpatrzenia tego przedmiotu Komitet, złożony z pp. Ł u c z k i e w i c z a, Pawlikowskiego, Korzeniowskiego, Natansona, Rozenbluma, Stanisława Janikowskiego, tudzież postanowiło zaprosić p. Kwaśniewskiego, jako członka przybranego.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 5 Sierpnia 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza.)

Obecni jako goście: Dr. Sz e r b e l z Leszna i Dr. K u r o w s k i z Podola, członek korespondent Towarzystwa.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedzającego posiedzenia.

Sekretarz staty doniósł, że komitet zajmujący się kwestyą zapobiegania przypadkom nieszczęśliwym z machin rolniczych wynikającym, otrzymał w skutek uczynionej niedawno odezwy do lekarzy w królestwie, pisma od pp. Zagorówskiego z Rawy, Hamma z Łęczycy, Rosickiego ze Sterdyni, Pasiutowicza z Puław, Kozłowskiego z dóbr Międzyrzeczkich, Kurowicza z Dobrzynia, Mikulskiego z Lipca, Chołgasiewicza z Olkusza i Nowackiego z Włocławka; w których, razem wzięwszy mieści się opis 66ciu przypadków tego rodzaju.

Komitet wyznaczony z powodu kwestyi nierządu, odbył już jedno posiedzenie.

Złożono:

1) Od Dra G r e g o r o w i c z a: „Warszawa pod względem topograficznym, higienicznym i geologicznym. Warszawa 1862.“ (Sprawozdawca p. L i b c h e n).

2) Od Dra S w i d e r s k i e g o z Wilna, koresp. Towarzystwa „Opis wadliwej konstrukcyi pęcherza moczowego“ (sprawozdawca p. C h w a t).

3) Od Dra Ignacego Baranowskiego w Warszawie, pragnącego zostać członkiem Towarzystwa, rękopism pod napisem: „Uwagi o urządzeniach służby zdrowia w Królestwie Polskiem.“ (Sprawozdawca p. Szokalski).

P. Stanisław Janikowski odczytał: „Wiadomości historyczne o urządzeniach higieny publicznej we Francji.“

Następnie zabrał głos *Sekretarz stały* (p. Szokalski) w przedmiocie obliczenia porcyi żywności potrzebnej dla mieszkańców Warszawy na jeden dzień. W tym celu przypomniał najprzód, że według nowoczesnych fizyologów (Boussingault, Valentin, Barral, Bidder i Schmidt) ilość pokarmów potrzebna dla dorosłego człowieka wynosi dziennie około 1 kilograma chleba i około 300 gramów mięsa; że zaś ludność Warszawska wynosi obecnie 230,000 mieszkańców, a zatem Warszawa potrzebuje dziennie 230,000 kgr. chleba, i około 70,000 kgr. mięsa, co zredukowane na pojedyncze rodzaje pokarmów zwierzęcych wynosi dziennie około 100 wołów, 330 cieląt, 280 baranów, 50 wieprzy, tudzież około 15,000 funtów ryb, séra, drobiu, jaj.

W końcu, kładąc przycisk na ważność tego przedmiotu pod względem ekonomicznym, wyraził życzenie, aby władze miejskie, opierając się na naukowych danych, wglądały w zapatrywanie miasta, w usuwanie pośredników podwyższających cenę produktów i t. d.

P. Helbich wspomniał o przypadku cholery sporadycznej spostrzeganiej przez niego i przez kol. Stanisława Janikowskiego; po 3ch dniach niepewności nastąpiło wyzdrowienie.

P. Sciborowski opisał następujący przypadek:

Dnia 8go Lipca o godzinie 9 z rana przyniesiono do szpitala w Willanowie parobka lat 36 liczącego (nałogowego pijaka) pochodzącego z folwarku Palucha, należącego do dóbr Willanowskich, chorego od 26 godzin; podług opowiadania przed 3 tygodniami miał być pobitym, ale później był zdrow zupełnie, chodził do roboty. Dnia 6go po południu zjadł z apetytem wieszczkę złożoną z mięsa i znacznej ilości sałaty. Dnia 7go z rana poszedł do roboty, ale po godzinie 6ej dostał

dreszczów, bólu brzucha i biegunki, która przez cały dzień i noc trwając do 20 razy się powtarzała, później dołączył się ból głowy, oraz ból i łamanie w kończynach; ból głowy ku wieczorowi ustąpił zupełnie. Noc przepędził bezsennie, dnia 8go z rana, o godzinie 9 przyniesiono chorego do szpitala w następującym stanie:

Twarz i całe ciało mocno zaczerwienione, wyraz twarzy jakby osłupiały, spojówka obu oczu lekko nastrzykana krwią, brzuch nie wzdęty wcale. Chory przytomny zupełnie na pytanie odpowiadał, bólu głowy ani zawrotu wcale nie cierpiał. Badanie za pomocą obmacania wykazało ból za naciśnięciem w okolicy wątroby, oraz nadzwyczajną nadczułość w kończynach tak górnych jako i dolnych. Każde poruszenie, a nawet lekkie dotknięcie sprawia ból choremu.

Język i zęby obłożone mułem czarniawym podobnie jak to bywa 11go lub 12 dnia durzycy (tyfusu), lub w inne ciężkiej chorobie, brak apetytu zupełny, biegunka. Wokolicy żółdka przy pukaniu odgłos tępy, w okolicy okrężnicy i kiszki cienkich stłumiony; przy poruszeniu i naciskaniu czuło bulkotanie świadczące o obecności cieczy w przewodzie pokarmowym. Oddech przyspieszony, 42 razy na minutę i przy badaniu klatki piersiowej po stronie prawej tak z przodu po pod obojczykiem, jako i z tyłu w górnej części kl. p. odgłos tępy, oddech oskrzelowy z rżęże niami, w dolnej części płuca prawego i w płucu lewém oddech pęcherzykowy, odgłos jawny. Kaszlu ani plwocin nie ma wcale. Tętna niepodobna się domacać ani na tętnicy promieniowej ani w żadnej innej, badanie serca za pomocą przysłuchu dozwala odróżnić szmery, ale liczby uderzeń zliczyć nie podobna.

Z objawów opisanych w pierwszej chwili zwróciwszy uwagę na biegunkę, brak tętna i bole w kończynach, kol. S c i b o r o w s k i sądził, że ma przed sobą cholereę. Ale wypróżnienia stolcowe żółciowe, ciepłota ciała prawdziwa i głos wyraźny sprzeciwiał się temu. Jako pierwsze wskazanie uważał kol. S c i b o r o w s k i zatrzymanie biegunki, przywrócenie krążenia krwi i zniesienie bólów w kończynach. Zalecono kąpiel ciepłą, upuszczenie X uncyj krwi, powolne rozcieranie kończyn,

a do wewnątrz rozczyń dwuwęglanu sodowego z wymokiem makowca.

Około południa, gdy objawy cierpienia płuca prawego stawały się gróźniejszymi, przystawiono na prawą stronę klatki piersiowej 12 baniek. O godzinie 4 rzeżenia płucne mocne bardzo, bezdech, zadano $\frac{1}{2}$ drachmy ipekakuany w naparze, ale bez skutku.

O godzinie 6 widzieli chorego koledzy Helbeh i Braun, po wspólnej naradzie przystawiono jeszcze 20 baniek na plecy i klatkę piersiową, z powodu nawału ku głowie 2 pijawki do nosa, gorczycy na łydki, a dla wywołania wymiotów sol. cupri sulphurici z gr. X.

Pomimo tych środków objawy choroby nie ustąpiły, a chory o godzinie 1 po północy życie zakończył.

Otwarcie zwłok wykazało zgrubienie lekkie opon mózgowych i nacieczenie surowicze tychże w okolicy ciemienia, lekki nawał krwi do mózgu. Zapalenie górnego płata płuca prawego z obrzmieniem ostrym (oedema acutum) pozostałej jego części i płuca lewego. Obrzmienie ostre śledziony jak to miewa miejsce przy zimnicy, wyrodzenie tłuszczowe wątroby i nerek, jak to miewa miejsce u pijaków, rozszerzenie worka żółciowego, który był wypełniony wielką ilością żółci płynnej, niezbyt żołądka i jelit (w żołądku wielka ilość sałaty zupełnie nie strawionej). Ze zmian opisanych zdaniem kol. Sciborowskiego żadna nie było dostateczna do spowodowania śmierci, a przebieg choroby, anamnesis, zmiany po śmierci znalezione zdają się przemawiać za tem, że powodem śmierci było zatrucie krwi, jak tutaj podobno wyskokowe (Alkoholismus acutus), lubo to nie tłumaczy wszystkich objawów wspomnianych.

P. Łuczkiwicz sądził, że w tym przypadku niewytłomaczoną pozostała tylko nadczułość kończyn dolnych, pochodząca albo z zajęcia rdzenia, albo z zakażenia krwi wyskokowego.

P. Natanson przypuszczał, że może w tym przypadku był zator tętnicy płucnej (embolia art. pulmonalis), i to przeważnie w gałęzi prawej, z kąd poszła staza w prawym płucu.

P. Szerbel domyślał się ostrzej choroby Brighta.

P. Łuczkiwicz był zdania, że oedema meningum, alkoholismus, pneumonia i silna gostro-enteritis catarrhosa wystarczają w tym przypadku do wytlómaczenia przyczyny śmierci.

P. Langowski zapytał, czy oglądano łuk aorty i przypomniał z własnej praktyki szpitalnej przypadek, w którym mężczyzna silny, zdrowy, przybył do szpitala z nagłymi silnymi bólami w mięśniach i leczony był na reumatyzm. Nagle przyszedł napad zupełnego niemal braku tętna, który wkrótce śmiercią się zakończył. Przy otwarciu zwłok znaleziono w łuku aorty zakrzep $1\frac{1}{2}$ cala długości mający, tak, że światło aorty przepuszczało zaledwo piórko przez siebie.

P. Sciborski odpowiedział, że łuk aorty był badany przy sekcji i nic w nim nie znaleziono uderzającego.

W końcu posiedzenia p. Chwat opowiedział przypadek leczonej przez niego u czeladnika stolarskiego rany brzusznej poprzecznej pod ostatnimi żebrami lewej strony, przez którą wychodziła część sieci mająca 4 — 5 cali długości. Przywołany w 12 godzin kol. Chwat nie był w stanie odprowadzić sieci do brzucha, przystawione do brzucha bańki nic nie skutkowały. Wtedy podwiązawszy naczynia, odciął wypadniętą część sieci. W trzy dni odeszły nawiązki naczyń, a chory w zupełności wyzdrowiał.

P. Le Brun przypomniał, że podobną operacją skuteczną się czasami w przypadkach uwiązanej przepukliny.

OSTRE ZAPALENIE OSIERDZIA.

Opisał Dr. **Minkiewicz.**

Pierwsze wzmianki o zapaleniu serca w ogóle, znajdujemy już u starożytnych autorów **Galena** i **Celsa Aureliana** (*De locis affectis Lipsiae 1804, pag. 304. Acuti et chronici morbi Lib II, Cap 31 — 35*); szczególnie o zapaleniu osierdzia wspominają poraz pierwszy w szesnastym stuleciu p. **Salvus Diversus** i **Forestus**.

Kiedy w drugiej połowie ósmnastego stulecia, anatomija patologiczna odkryła nową drogę badań na polu medycyny, nieuszły uwagi ówczesnych lekarzy zmiany patologiczne, jakie w skutek zapalenia przedstawia osierdzie. Świeże lub stare plamy, ropa w osierdziu, zrosnięcie obydwóch błon składających osierdzie i t. p. zjawiska, stały się przedmiotem badań ówczesnych autorów, a prace **Morgagniego** (*De sedib. et caus. morb. Paris, 1821, T. III, p. 254*), **Lieutoda** (*Precis de med. pratique, Paris 1760*) **Stoerka** (*Anuus med. etc Vien. 1759*)

P. T. L. W. Tom XLVIII.

i P. Franka (De curand. hom. morb. T. II, p. 173, § 205 — 207) rzuciły nowe światło na pojęcie o zapaleniu osierdzia.

Rozpoznanie w mowie będącej choroby, przedstawiało do czasu Corvisarta i Lăëneka nieprzezwyciężone trudności; znamienity wynalazca perkussyi jako metody de diagnozy chorób, w dziele swém „Sur les maladies et les lesions du cœur et des gros vaisseaux, Paris 1806“ pierwszy rozpoznawanie zapaleniu osierdzia na wspomnionėj oparł metodzie.

Wsparci anatomią patologiczną i zastosowaniem do chorób serca téj nauki, której główne fundamenta położył Corvisart i Lăënek, znakomici lekarze nowszych czasów: Louis, Martin, Collin, Bouillaud, Hope, Stockes, Skoda, Eisenmann i inni ważne w nauce o zapaleniu osierdzia położyli zasługi. Odtąd rozpoznawanie téj choroby stało się stokroć łatwiejszém, leczenie na racjonalnych oparte zasadach, a rokowanie tak niekorzystne jeszcze za czasów Corvisarta, dziś względnie rzeczy biorąc, bardzo jest pomyślném.

Anatomia patologiczna. Zapalenie osierdzia zajmuje albo obydwie jego błony, albo też jedną z nich; rozprzestrzenia się na całej powierzchni, lub ogranicza się na niektórych miejscach; w pierwszym razie nazywa się zapaleniem rozlaném (pericarditis diffusa), w drugim ograniczoném (peric: circumscripta).

W rozwoju zapalenia dwa odróżniać należy perjody: 1) perjod przekrwienia; 2) perjod wysięku. Perjod pierwszy odznacza się czerwonością błony surowiczėj, pochodzącej z przekrwienia tkanki podsurowiczėj, czerwoność wspomniana przedstawia się w postaci krupek, smug, gwiazd, rozgałęzień i t. p., przy silném zapaleniu

jest rozlaną. W niektórych razach następuje zupełne wy-lanie krwi w tkankę podsurowiczą i tworzy nabiegi krwawe. Przy zapaleniu obu błon osierdzia i czerwoność wewnętrznej błony zawsze jest znaczniejsza. Do pa-tologicznych oznak tego peryodu należą: nabrzmienie, utra-ta przezroczystości i rozrywalność błony surowiczéj.

W drugim perjodzie zapalenia, po upływie sześciu godzin, do dwóch dni od początku choroby (Stokes Hand-buch der Krank. des Herzens und Aorte, pag 32) na-stępuje wysięk, poczem wzmiankowana wyżej czerwoność zmniejsza się, niekiedy nawet zupełnie znika. Wysięk bywa *włóknikowy, białkowy, surowiczy* lub *krwawy*.

a. Wysięk włóknikowy jest najpospolitszym, odkła-da się na swobodnej powierzchni błony surowiczéj, albo też w samą jéj substancję; przycém błona traci swój blask i przezroczystość. Wedle Læëneka w zapaleniu osierdzia ilość włóknista w wysięku równa się ilości su-rowicy w niém zawartéj, kiedy w zapaleniu oplucnej jest ona 20 do 30 razy mniejszą od téj ostatniej. Przy małej ilości włóknikowego wysięku, takowy pokrywa całą bło-ne surowiczą w postaci cienkiej warstwy, niekiedy w warstwach ograniczonych, z swobodnemi od wysięku przerwami; grubość warstw wynosi $1\frac{1}{2}$ — 3 linji. Jeśli wysięk był obfity, wtedy zwykle tworzą się kłaczk (floc-ci) żółtawego koloru, osiadłe na powierzchni surowi-czéj błony, ponad niemi pływa żółta surowica. Ilość wspomnionych kłaczków, bywa największa na błonie wewnętrznej przy podstawie serca, nadaje temu szczegól-ną postać, nazwaną przez autorów *cor villosum, v. hir-sutum v. hispidum*. W dalszym ciągu choroby wysięk włóknikowy albo ustraja się, albo ulega regressywnéj

metamorfozie, przechodząc w ropę lub posokę, rzadziej w masę chrząstkową lub krédową.

Przy ustrajaniu się wysięku, następujące zjawiska mają miejsce: wysięk włóknikowy przechodzi w płyn żółtawy jak ropowy, w płynie tym pojawiają się jądra, następnie komórki, z których powstają włókna, a z połączenia ostatnich błony rzekome z naczyniami, komunikującymi z naczyniami osierdzia.

Naczynia nowój formacyi słabe, łatwo rozrywalne, bywają często powodem krwotoku czyli tak zwanego powtórnego wysięku krwawego (exsudatum haemorrhagicum secundarium). Dalszém następstwem organizowanego wysięku jest zrosnięcie błon osierdzia, co ma miejsce, gdy ilość wysięku jak nieznaczną, lub gdy część jego płynna została wessaną. Zrosnięcie rozpoczyna się od podstawy serca; w tém bowiem miejscu ruchy sercowe są najslabsze, a więc najłatwiejszém też jest zetknięcie się błon osierdzia. Jeśli zrosnięcie długi czas trwało, wtedy przy pośmiertném badaniu oddzielenie błony surowiczej od serca tylko skalpelem da się uskutecznić. Przy ograniczoném wysięku, po wessaniu części płynnych, tworzą się plamy i wysięki różnej formy i wielkości; plamy te znajdują się albo na powierzchni osierdzia, albo też w samój substancyi jego.

b. Wysięk *białkowy* zawiera w znacznej ilości białko i surowicę, a tylko nieco włóknika, odznacza się silnym blaskiem i gęstością, jest galaretowatym, za działaniem kwasu saletrzanego lub dwuchlorku rtęci łatwo się ścina. Ilość białkowego wysięku niekiedy do kilkunastu funtów dochodzi; wysięk ten łatwo ulega wessaniu, rzadko ustraja się, najczęściej w ropę lub posokę przechodzi; to ostatnie szczególniej ma miejsce w zapaleniach bier-

nych, jak *np.* w skutek choroby Brighta. Jak to wyżej widzieliśmy, przejście w ropę lub posokę jest właściwe tak włóknikowemu jak białkowemu wysiękowi. Hasse utrzymuje, że ropa i posoka mogą stanowić pierwiastkowy wysięk, mianowicie przy silném w kilku dniach śmiercią kończącym się zapaleniu osierdzia. Tenże autor uważa za rzecz możliwą cząstkowe wessanie ropy, z pozostawieniem części jój stałych.

Kolor wysięku ropowego jest zielono-żółtawy i pod mikroskopem można w nim odróżnić jądra i komórki ropowe.

c) Wysięk *posokowy* jest płynny, rzadki, szaro-zielony, wydziela śmierdzące gazy. Tak ropowy, jak i posokowy wysięk spowodować mogą ropienie osierdzia i ropnie w tymże.

Niekiedy wysięk odkłada się w kształcie gruzełków, co wedle *Skody* i *Kolletschki* wtedy ma miejsce, gdy przy gruzełkowém zakażeniu krwi, w innych organach znajdują się złogi gruzełkowe.

d. Wysięk *surowiczny* w zapaleniu osierdzia, zawiera zawsze nieco włóknika; ogołocony zaś z plastycznych części krwi, nie jest nigdy wynikiem zapalenia. Części plastyczne pływają w postaci kłaczek, lub osiadają w formie cienkiej bardzo warstwy na powierzchni osierdzia. Przy silném zapaleniu ilość wysięku surowiczego jest w ogóle nieznaczną, jakkolwiek przeciwne przykłady przytacza *Corvisart* i *Louis*. W mowie będący wysięk zdarza się najczęściej u osób, których krew ubogą jest w plastyczne części.

e. Wysięk *krwawy* może być pierwotny lub następowy (*secundarium*); pierwszy ma miejsce przy rozrzedzeniu krwi, w skorbutcie, w tyfusie, w ostrych wysy-

pkach i t. p. W skład jego wchodzi białko, włóknik (w bardzo małej ilości) i barwik krwi; pod mikroskopem kulki krwi nigdy spostrzedz się nie dają. Kolor wysięku bywa czerwony, czerwono-brunatny, lub prawie czarny. *W następnym* krwawym wysięku znajdują się wszystkie części składowe i ciałka krwi; wysięk więc ten tylko przy rozerwaniu naczyń krwistych powstać może. Takiemu rozerwaniu ulegają słabe naczynia nowój formacyi w rzekomych błonach (Rokitansky: Handbuch der patholog. Anatomie. T. II, pag. 28). Surowiczny wysięk rzadko bardzo ulega wessaniu, niekiedy długi czas bez szkody dla chorego pozostaje w ustroju, częściej przechodzi w ropę lub posokę.

Ostre zapalenie osierdzia rzadko ogranicza się na tym organie, zwykle i wewnętrzna powierzchnia serca ciemniej jest zafarbowana, szczególnie koło zastawek. Na ścianach komórek sercowych często złożony jest wysięk włóknikowy w cienkich warstwach. Wedle doświadczeń p. Desillaux robionych na królikach, przy silném zapaleniu osierdzia zawsze ma miejsce zapalenie wewnętrznej powierzchni serca (endocarditis).

Mięśnie serca także przyjmują udział w zapaleniu osierdzia; stają się one miękkimi jakby zmacerowanemi; ulegają porażeniu, tracą swą elastyczność, łatwo się rozrywają i przybierają kolor brunatno-żółtawy. Porażone i rozmiękczone mięśnie łatwo się rozciągają, dla tego za życia, przy napływie krwi do serca następuje bierne tegoż rozszerzenie, co jednak znika po ustąpieniu zapalenia. Wedle *Rokitanskyego* rozszerzenie serca tém łatwiej następuje, im twardsze i obszerniejsze są rzekome błony otaczające serce. (Rokit. op. cit. T. II, pag 376).

Podobnemu rozszerzeniu ulegają także części przysercowe naczyń krwistych.

W płucach utrudniony obieg krwi powoduje przekrwienie, nadto wysięk osierdzia wywiera ciśnienie na przylegającą doń część płuc; ztąd w niektórych razach, zapalenie osierdzia przechodzi na opłucną i płuca. Ociek płuc i wodna puchlina stanowią niekiedy powikłanie w zapaleniu osierdzia, i pochodzą od utrudnionego w skutek téj choroby obiegu krwi.

Przekrwienie wątroby, śledziony i mózgowia, również jak zapalenie otrzewnej należą do rzadszych następstw zapalenia osierdzia.

Przyczyny choroby. Przyczyny zapalenia osierdzia rozdzielić można na: *usposabiające* i *wywołujące*. Do pierwszych należą: wiek, płeć, pora roku, wady organiczne serca.

Wedle Bednara, zapalenie osierdzia u dzieci najczęściej ma miejsce w pierwszych życia miesiącach. (Die Krankh. der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1851, T. III, pag. 113). Billard który widział siedm przypadków tego zapalenia u noworodków, uważa je za skutek zwiększonej czynności serca, przy tworzeniu się niezależnego obiegu krwi. (Bouchut Trait. de maladies de nouveaux nés. Paris 1855, pag. 424). Bouchut widział zapalenie osierdzia przy róży i zapaleniu otrzewnej u dziecięcia w pierwszym miesiącu życia. Najczęściej zapalenie osierdzia bywa w wieku od lat 10 do 30. Mężczyźni więcej są usposobieni do téj choroby niż kobiety; z obliczeń Louis (*) $\frac{3}{4}$ przypada na pierwszych. Je-

(*) Memoires ou recherches anat. pathol. Louis. 1826, pag. 253 etc.

sienna pora uspasabiając do przeziębień i ostrego reumatyzmu, za przyczynę uspasabiającą do zapalenia osierdzia uważaną być może.

Uszkodzenia i rany do osierdzia sięgające wywołują traumatyczne zapalenie tegoż. Przyczyny znacznie zwiększające czynność serca, jak: bieganie naprzeciw wiatru, skakanie, konna jazda, i wszelkiego rodzaju wysilenia, łatwo mogą wywołać zapalenie osierdzia u osób cierpiących poprzednio na tęż chorobę, lub z wadami organicznymi serca; toż samo powiedzieć można o rozgrzewających napojach i gwałtownych namiętnościach.

Przeziębienie pod wpływem zimno-mokrego powietrza, może albo bezpośrednio spowodować zapalenie osierdzia, alboliteż wywołać takowe jako komplikacją ostrego gośćca stawowego. M. C o r v i s a r t pierwszy zwrócił uwagę na zależność zapalenia osierdzia od reumatyzmu stawów, głównie jednak cześć badań w tym względzie należy się Cl. B o u i l l a u d. (*Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coincidence des inflammation du coeur avec cette maladie. Paris 1840*). Wedle tego autora połowa przypadków ostrego reumatyzmu stawowego komplikuje się z zapaleniem osierdzia, lub wewnętrznej błony serca, alboteż jedném i drugim zapaleniem razem. Trudno zgodzić się z zdaniem, jakoby zapalenie osierdzia przy reumatyzmie stawów było, meta-stazą ostatniego. B o u i l l a u d i B a m b e r g e r (*Virch. Archiv. 1856 B. IX, Heft. 3*) jednakowością (homogenitas) błon, współczesne pojawienie się obydwóch wyżej wzmiankowanych chorób objaśniają. E i s e n m a n n najbliższą przyczynę reumatyzmu kładzie w rdzeniu pa-

cierzowym i wywodzi ztąd błędzenie reumatyzmu (rheum: vagus) i reumatyczne zapalenie organów wewnętrznych.

W rzadkich bardzo wypadkach chronicznego reumatyzmu stawów, komplikuje się zapalenie osierdzia wyjątkowo z reumatyzmem mięśni. W 1857 roku w terapeutycznej klinice Prof. W a r w i ń s k i e g o w Moskwie, widziałem zapalenie osierdzia towarzyszące reumatyzmowi łądźwi; pierwsze przypadłości choroby osierdzia dostrzeżono na 5ty dzień reumatyzmu.

Do przyczyn wywołujących ostre zapalenie osierdzia, odnieść należy różne choroby, w skutek których może powstać tak zwane symptomatyczne zapalenie osierdzia (pericarditis deuteropatica v. symptomatica); tu należą: gruźlica, choroba Brighta, ropowe zakażenie krwi (ropnica), gorączka połogowa (puerperalis). Wedle B a m b e r g e r a (loc. cit. pag. 365) w 57 przypadkach gruźlicy, w 1m na 8m to jest 14⁰/₀, przyczyną zapalenia osierdzia była wzmiankowana choroba. Najczęściej znajdujemy równocześnie gruźelki w płucach, niekiedy płuca nie są zajęte, a złogi gruźelkowe w innych znajdują się organach, taki przykład przytacza B a m b e r g e r, gdzie wspomniane złogi miały miejsce w gruczołach oskrzelowych i kości mostkowej.

Błony osierdzia ulegają w chorobie Brighta rzadziej niż inne błony surowicze, przyczém najczęściej istnieją współcześnie wady organiczne serca (Die Brightische Nierenkrank: und deren Behandlung v. D. F. T. Frerichs, Braunschweig 1851, pag. 131); koniec choroby bywa tu zawsze śmiertelny.

Ropowe zakażenie krwi, gorączka połogowa, tyfus, gorączkowe wysypki, wywołują niekiedy zapalenie osierdzia, podobnie jak i innych błon surowicznych.

Objawy choroby. Początek choroby jest niekiedy raptowny, w innych razach zaczyna się od lekkiego ziębienia, po którym następuje ból w okolicy serca i różne zбочenia w ruchach jego, następnie podwyższa się ciepło przedmiotowe (c. subiectivus); dalej występują inne objawy stanu gorączkowego i zapalnej sprawie osierdzia właściwe. W ogóle objawy te podzielić można na *fizjologiczne*, to jest funkcjonalne, i *fizyczne*.

Ból towarzyszący zapaleniu najczęściej ma miejsce w okolicy lewej brodawki, w innych razach zajmuje okolicę dołka sercowego; niekiedy po całej lewej połowie piersi, a nawet lewém ramieniu się rozchodzi. Co do charakteru swego, bywa on albo ostry, kłujący, albo tępy, wyrażający się uczuciem ciężaru i palenia w stronie bolącej. *Andral* przytacza przykłady bólu przestankowego (*intermittens*, *Clinique medical*. T. III, pag. 15). Nadmienić jednak należy, że w niektórych razach zapalenia osierdzia chorzy na ból wcale się nie żalą. Po złożeniu wysięku ból zwykle się zmniejsza, i ostry zamienia się na uczucie ucisku. *Bouillaud* (*Traité clinique des maladies du coeur*. T. I, pag 451) utrzymuje, iż w prostém zapaleniu osierdzia ból albo jest bardzo mały, albo go brak zupełny, przy ostrém reumatyzmie stawów także jest nieznaczny, i tylko przy powikłaniu z zapaleniem opłucnej, szczególnie jój części brzuszno-przeponowej staje się silnym. Zdaniem tu wspomnionego autora, ból przy zapaleniu osierdzia pochodzi raczej od współczesnego zapalenia opłucnej.

Uderzenia serca w zapaleniu osierdzia stają się hałaśliwe (*tumultueux*), niekiedy przepuszczające; palpita-cyje częste i długie, przy silném zapaleniu powtarzają się do dziesięciu i więcej razy na dzień. Siła uderzeń serca

w pierwszym peryodzie zapalenia jest znacznie zwiększona; — w drugim, szczególnie przy znacznym wysięku uderzenia stają się słabe, nieregularne, zaledwie czuć się dające. Tętno, z początku choroby prędkie, częste, twarde, małe ale regularne, nie odpowiadają silnym uderzeniom serca, — w drugim peryodzie zmienia się na słabe, miękkie, drżące i przepuszczające.

W początkach choroby oddech zwykle jest przyspieszony i powierzchowny, przy głębszym wdychaniu ból w okolicy serca nie zwiększa się — w dalszym zaś rozwoju zapalenia oddech staje się trudnym, co zależy: 1) od utrudnionego obiegu krwi w płucach, 2) od ciśnienia wywartego na płuca przez wysięk w osierdziu, 3) od tworzenia się skrzepów wewnątrz serca, 4) od chorób komplikujących zapalenie osierdzia, np. zapalenia opłucnej, płuc lub oskrzeli, od ocięku płuc i t. p. Trudność oddechu najdolegliwszą jest przy leżącym położeniu chorego na krzyżu, zmniejsza się gdy chory siedzi, lub w naprzód zgiętej znajduje się pozycji. Kaszel nie jest stałym zjawiskiem zapalenia osierdzia, najczęściej zależy od równoczesnego zapalenia oskrzeli lub płuc. *Louis* wyprowadza go od ciśnienia wywartego przez wysięk osierdzia na lewe płuco; *Pegiaux* od sympatycznego rozdrażnienia błędnego nerwu.

Stan gorączkowy towarzyszący zapaleniu osierdzia, w różnej przedstawia się formie; — niekiedy po silnym ziębieniu, następuje palące gorąco; w innych razach gorączka przerywaną bywa dreszczami. Stan gorączkowy w ogóle jest umiarkowany; skóra to ciepła i wilgotna, to rozpalona i sucha. Język suchy, pragnienie znaczne, sen niespokojny, strasznymi widzeniami przerywany; chory zrywa się i wpada w obłąd. Wymioty, nudności,

ból gardła, trudności połykania, lubo występują w parze innych objawów choroby, do stałych jednak zjawisk zapalenia osierdzia policzone być nie mogą.

Krew wedle *Andralla* (*Essai d'Hematologie pathologique. Bruxelles, 1843 pag. 82*) zawiera w zapaleniu osierdzia więcej włókniaka niż w stanie prawidłowym, plewka zapalna jest twardą i z zagiętymi brzegami.

Wszystkie dotąd wyliczone objawy należą do zjawisk fizjologicznych choroby, nie są patognomoniczne w zapaleniu osierdzia i tylko przy oznakach fizycznych mają pewną wartość; nie należy ich jednak lekceważyć, podają one pierwszą myśl o miejscu cierpienia i do fizycznych wiodą badań.

Oznaki fizyczne, potrzebujące fizycznej exploracji, wielkiej są wagi w zapaleniu osierdzia, one głównie charakteryzują chorobę, na nich wspiera się jej rozpoznanie. Tu należą: zwiększenie wypukłości okolicy serca, ruch bałwanowy, oznaki przy obmacaniu, pukaniu i przysłuchaniu okolicy serca.

Zwiększona wypukłość okolicy serca zależy od znacznej ilości wysięku, którego ciśnieniu ustępują mięśnie międzyżebrowe; wypukłość szczególnie jest widoczną u dzieci i osób młodych, u których klatka piersiowa więcej jest elastyczną. Inne choroby, jak: przerost serca, aneurysma aorty, mogą także spowodować zwiększenie wypukłości sercowej okolicy, dla tego też oznaka ta nie jest patognomoniczną w zapaleniu osierdzia, jak to niektórzy autorowie mieć chcieli.

Ruch bałwanowy (*motus undulatorius*), postępujący z dołu do góry w miejscu 2go lub 3go lewego międzyżebra, wedle *Bambergera*, wtedy tylko ma miejsce, gdy zapaleniu osierdzia towarzyszy przerost serca.

W początkach choroby, gdy ilość wysięku jest jeszcze nieznaczna, za przyłożeniem ręki w okolicy serca, uderzenia jego choć regularne, są mocniejsze i częstsze niż w stanie normalnym. Później zmieniają się zjawiska po nastąpieniu wysięku, uderzenia sercowe słabieją, przy obfitym wysięku stają się nieregularnymi, drżącymi a niekiedy nikną zupełnie. Miejsce uderzeń sercowych znajduje się w niektórych razach więcej ku dołowi i na lewo, niż w zwykłym stanie, co objaśnia Bamberger zmianą położenia serca ku linii poziomój.

Jeśli w osierdziu znajdują się błony rzekome, a ilość wysięku jest nieznaczną, wtedy za przyłożeniem ręki w okolicy serca, czuć się daje szelest tarcia, zależący od ścierania się nierównych powierzchni błon. Szelest ten, silniejszym jest przy skurczu niż przy rozskurczu, a po zgładzeniu błon niknie zupełnie. Przy zapaleniu błony wewnętrznej serca, powstaje szelest podobny do poprzedniego, czuć go jednak można na ograniczonóm tylko miejscu, gdy tymczasem szmer poprzedni czuć się daje na całej okolicy serca.

W zwykłym stanie podstawa serca leży po za ciałem kości mostkowej między 4—5 prawem żebrem, w równej wysokości z ciałem szóstego pacierza; średnica podłużna serca czyni z osią prostopadłą piersi kąt 55, wierzchołek odpowiada 6 — 7 lewej żebrowej chrząstki; na téj to przestrzeni zajętej przez serce w zwykłym stanie, przy postukiwaniu słycać ton tępy. W pierwszym peryodzie zapalenia osierdzia obszerność tonu tępego nie zmienia się, w drugim zaś z powodu rozciągnięcia osierdzia i naciśnienia płuc przez wysięk, tępy ton dochodzi niekiedy aż do drugiego żebra w górze i do okolicy dołka sercowego w dole; na lewo do środka przedniej po-

wierzchni klatki piersiowej, na prawo do prawego brzegu tejże klatki. Ton tępy organicza się z obydwóch stron jasnym tonem płuc, a z dołu tonem bębnowym (t. tympanicus) żołądka. Przestrzeń jaką tępy ton zajmuje, ma formę ostrosłupa, którego podstawa odpowiada prawie przeponie, a wierzchołek rękojeści mostku (manubrium sterni); zależy to od tej okoliczności, że serce gaunkowo cięższe w dolnej części wysięku się pomieszcza. Opór przy wystukiwaniu zwiększa się, stosownie do rozległości tępego tonu.

Jeśli ilość wysięku jest bardzo znaczną, wtedy z powodu ciśnienia płuc, w tylnej dolnej części piersi, słychać przy wystukiwaniu ton tępy, który za zawisły od wysięku opłucnej uważaćby można; w tym ostatnim razie, brak jednak vibracyi za przyłożeniem ręki. Przerost serca, a u dzieci przerost gruczołu piersiowego (gl. thymus) przy wystukiwaniu za wysięk w osierdziu wzięty być może. Wedle Piorrego przy zmianie położenia chorego zmienia się także i miejsce tępego tonu, jeśli takowy od wysięku w osierdziu zależy, i tak, jeśli chory leży na prawym boku, ton tępy z prawej strony rozleglejszą przestrzeń zajmuje niż na stronie lewej i na odwrót.

W pierwszym peryodzie zapalenia osierdzia, dźwięki uderzeń serca z powodu zwiększonej jego czynności, przybierają odgłos metaliczny, co i w innych chorobach miejsce mieć może. W drugim perjodzie, kiedy powierzchnie błon osierdzia stają się nierównymi, chropowatymi, powstaje przy ruchach serca szmer (strepitus), zależący od tarcia wzmiankowych błon. Skrzyp tarcia podany najprzód przez Laeneka, dziś od wszystkich za charakterystyczny znak zapalenia osierdzia jest uważany. Przy systoli skrzyp jest głośniejszym aniżeli przy diastoli,

znika na chwilę i znów wraca, zagłusza często dźwięki normalne serca, a niekiedy sam chory go czuje. Stosownie do objętości zapalenia, skrzyp tarcia na ograniczonym miejscu lub na całej okolicy serca słyszeć można. Mniejsza lub większa wyrazistość szmeru, jego siła, zależy: 1) od peryodu zapalenia, 2) od ilości i jakości wysięku, 3) od silniejszego lub słabszego naprężenia w ruchach serca. Przy obfitym wysięku, kiedy powierzchnie błon osierdzia nie mogą przyjść w zetknięcie, tylko po wessaniu wysięku, lub części jego, da się słyszeć szmer tarcia. Przy surowicznym wysięku, tarcie nie ma miejsca.

Przy zupełnym wessaniu płynnych i stałych części wysięku, również jak po zrośnięciu błon osierdzia, tarcie znika zupełnie. Autorowie opisują kilka odmian tarcia: 1) szmer pocierania (*strepitus stringens*, *bruit de frottement*) naśladuje tarcie sukna, lub rękawic, 2) szmer trzeszczący (*strepitus crepitans*, *bruit de froissement*) odpowiada tarciu jedwabnych materyi; wedle *H o p p e g o* bywa przy miękkich i mokrych pseudobłonach, 3) szmer skrobania (*strepitus scalpens*, *bruit de raclement*) podobny do poprzedniego, tylko mocniejszy, oznacza błony rzekome twarde i szorstkie, 4) szmer surowej skóry (*crepitus cori recentis*, *bruit de cuir neuf*), najprzód przez *A n d r a l a* i *B o u i l l a u d a* wzmiankowany, zdarza się najrzadziej i wskazuje znaczną twardość błon rzekomych. *B o u i l l a u d*, *H o p p e*, *S t o c k e s* i inni, w zapaleniach osierdzia, od powyższych rodzajów szmeru odróżniają szum miechowy (*bruit de souffle*, *Blasebalggeräusch*). Szum ten słyhać najwyraźniej przy podstawie lub wierzchołku serca, to jest tam, gdzie tony zastawek aorty są najwyraźniejsze. Przyczyną tego szczególnego

szumu, wedle Bouillauda jest zapalenie wewnętrznej błony serca równocześnie z zapaleniem osierdzia, albo też skrzepy (coagula) tworzące się w wnętrzu serca. (Bouillaud op: cit. T. I, pag. 459). Gendrin odnosi go do funkcjonalnych szumów spowodowanych zbyt obfitem puszczaniem krwi. C. Bamberger (Die Krank. des Herzens, Würzb. 1858) takie szumu miechowego daje objaśnienia: jeśli szum ten słycać przy wierzchołku serca, wtedy zależy on 1) albo od równoczesnej wady zastawek dwukończystych, 2) albo winien być odniesiony do szumów przypadkowych, które pochodzą od zmiany liczby drgań zastawek; jeśli szum ma miejsce przy podstawie serca, wtedy zależy 1) albo od rozszerzenia się zapalenia na początek większych naczyń krwistych, w skutek czego zmniejsza się elastyczność ścian tychże naczyń, a z nią i zdolność wibracyi, przez co w miejscu zwykłego dźwięku powstaje dźwięk rozlany, szum miechowy, 2) albo od ruchu podstawy serca pokrytej plastycznym wysiękiem, 3) albo od chorób zastawek i zapalenia wewnętrznej błony serca.

Przebieg i zejście choroby. Ostre zapalenie osierdzia może się skończyć *wyzdrowieniem, przejściem w stan chroniczny, przejściem w inną chorobę, nakoniec śmiercią.*

Wyzdrowienie przez wessanie wysięku, jest najczęstszem zakończeniem tak gróźnej choroby; wedle Louisa z 6ściu wypadków zapalenia osierdzia, 5 kończy się zupełnem, lub częściowem wyzdrowieniem. Skoda i Kollatzka utrzymują, że wyzdrowienie przez wessanie wysięku, możliwem jest wtenczas nawet, gdy wysięk jest obfity, zawiera dużo surowicy, a wodna puchliwa, upa-

dek sił i wychudnienie lat kilka już trwają; trzeba tylko aby krew wolna była od wszelkiego skażenia.

Skoro choroba chyli się ku wyzdrowieniu, wszystkie jej objawy tracą swą siłę, *puls* staje się powolniejszym i pełnym, twarz przyjmuje naturalny wyraz, powstają obfite poty, a w urynie tworzy się osad; sen chorego spokojny. Zwolna znikają i fizyczne oznaki choroby, a po zupełném wessaniu wyśięku, wszystko do zwykłego przychodzi stanu. Wyzdrowienie dopiero po zniknięciu fizycznych oznak zapalenia osierdzia, kiedy chory po nabraniu sił, może odbywać ruchy ciała i bez palpacji serca, za zupełne uważać można. Nieostrożne antihygieniczne zachowanie się łatwo recydywę spowodować może.

Całkowite lub cząstkowe zrosnięcie błon osierdzia, należy do dość częstych następstw zapalenia. Zrosnięcie nie pociąga za sobą żadnych złych skutków, skoro na małą ogranicza się powierzchnię i ruchów serca nie tamuje, w przeciwnym razie stać się może przyczyną wad organicznych serca. Przy zrosnięciu całkowitem lub na znacznej przestrzeni, ton tępy przy opukaniu nie zmienia swych granic w czasie wdéchania, jak to w stanie zdrowym ma miejsce. Jeśli zrosnięcie zajmuje przednią ścianę serca, wtedy w czasie skurczu tworzy się na pierśsiach wklęsnięcie odpowiadające zrosnięciu.

W skutek ostrego zapalenia osierdzia powstaje niekiedy przerost serca; przyczynę tego szukać należy w zmianie struktury mięśni serca, jak również w wadach zastawek towarzyszących zapaleniu lub będących jego następstwem. Woda osierdzia (hydrops pericardii), cząstkowe rozszerzenie serca (aneurysma partialis cordis),

wyrodzenie jego chrząstkowe lub włókniste, do rzadszych następstw zapalenia osierdzia policzone być może.

Przejęcie ostrego zapalenia w stan chroniczny, zdarza się najczęściej u osób słabiej budowy ze skażoną krwią.

Śmierć od ostrego zapalenia osierdzia następuje niekiedy bardzo szybko; Andrzej przytacza przykład takiego zakończenia choroby po upływie 17 godzin od jej początku (Clinique medical Obs. I.). W większej liczbie śmiertelnych wypadków, choroba trwa dłuższy przeciąg czasu, objawy jej z dnia na dzień stają się groźniejsze, wzrasta trudność oddechu i niespokój, puls robi się nitkowatym (filiformis), za ledwie czuć go można, twarz przybiera wyraz *faciei Hippocraticae*, stygną członki, ciało pokrywa się lepkiem, zimnym potem i gaśnie życie. Najbliższą przyczyną śmierci bywa porażenie serca, wstrzymany obieg krwi, lub uduszenie z powodu obfitego wysięku. Średni czas trwania choroby wynosi 7 — 14 dni.

Rozpoznanie. Z różnych objawów zapalenia worka sercowego, tylko *tarcie* za patognomoniczną oznakę uważane być może, jakkolwiek i inne oznaki w wzajemnym ich związku rozpoznanie wielce ułatwiają, a nawet w braku tarcia, na nich jedynie rozpoznanie opierać się może.

Zapalenie wewnętrznej błony serca (endocarditis) i zapalenie opłucnej, w objawach swych najwięcej się zbliżają do zapalenia osierdzia. Szmer tarcia powstający przy zapaleniu opłucnej, różni się od tarcia w osierdziu tem, że pierwszy znika przy zatrzymaniu oddechu, kiedy drugi od tego żadnej nieulega zmianie; skrzyp od zapalenia wewnętrznej błony serca trudniej jest rozróżnić od skrzyphu osierdzia; że jednak leczenie w obudwóch

razach jest prawie jednakowe, to też i błąd nie jest tak niebezpiecznym, jak to na pozór sądzić by można. Wielu autorów odróżnia skrzyp wewnętrzno-sercowy od zewnętrzno-sercowego tém, że pierwszy słychać w pewnym oddaleniu od wysłuchującego ucha, drugi zaś zupełnie powierzchownie. O bliskości jednak lub oddaleniu, słowem o odległości między uchem i ciałem szmer wydającym, wtedy tylko dokładnie sądzić można, gdy szmer przez powietrze się rozszerza (*Skoda: Abhandlung über Perkussion und Auskultation 3 Aufl. Wien 1843, pag. 205*), co jednak nie ma miejsca w szmerach sercowych.

Daleko pewniejszym w odróżnieniu dwóch wyżej wzmiankowanych skrzypów jest to, że wewnętrzno-sercowy jest równoczesny z dźwiękami serca, a zewnętrzno-sercowy po nich następuje. Zapalenie wewnętrznej błony serca różni się jeszcze od zapalenia osierdzia w następujących punktach:

Zapalenie osierdzia.

1. Ból prawie zawsze.
2. Trudność oddechu przy siedzącym położeniu zmniejsza się.
3. Wyraz trwogi i niespokojności na twarzy.
4. Wypukłość okolicy serca.
5. Uderzenia serca za położeniem ręki słabe.
6. Ton tępy przy pukaniu na większej przestrzeni.

Zapalenie wewnętrznej błony serca.

1. Ból rzadko.
2. Trudność oddechu w każdym położeniu jednakowa.
3. Nic podobnego nie ma miejsca.
4. Brak jój.
5. Uderzenie serca wyraźne, dość silne.
6. Ton tępy, jak w stanie zwykłym.

U noworodków trudnym jest bardzo rozpoznanie zapalenia osierdzia, nie przedstawia bowiem ono za-

dnym charakterystycznych oznak przy pukaniu lub przysłuchu (Bouchut lo. cit. pag. 424).

Ważną jest rzeczą w rozpoznawaniu zapalenia osierdzia, jakoś wysięku; *Skoda* i *Kolletschka* następujące do tego podają prawidła:

I. Odróżnienie wysięku plastycznego od surowiczego.

Wysięk plastyczny.

1. Znaczne osłabienie.
2. Szmer tarcia.
3. Dźwięki serca tępe, ale słyszeć je można.
4. Uderzenia serca mocne
5. Ton tępy przy pukaniu na małej przestrzeni.
6. Mała wypukłość okolicy sercowej.

Wysięk surowiczy.

1. Osłabienie nieznaczne.
2. Brak szmeru.
3. Dźwięki serca tak słabe, że ich prawie niesłychać.
4. Uderzenia serca słabe.
5. Ton tępy na obszerniej przestrzeni.
6. Znaczna wypukłość okolicy sercowej.

Wysięk ropiasty lub posokowy charakteryzują następujące oznaki:

1. Wielkie osłabienie, ziębienie i gorączka, wymioty, omdlewanie.
2. Puls z samego początku choroby prędko, mały drżący, nie regularny.
3. Oddech krótki, przyspieszony.
4. Szmeru tarcia niesłychać.
5. Tępy ton serca na małej rozciąga się przestrzeni, wysięk bowiem zwykle bywa skąpy.
6. Po kilku godzinach, najdalej po dwóch dniach, traci chory przytomność, następują drgania mięśni twarzy, przekrzywiania oczu i t. p.

Rokowanie. Zapalenie osierdzia uważano jeszcze za czasów *C o r v i s a r t a* za chorobę absolutnie śmiertel-

na, w nowszych dopiero czasach, statystycznymi dowodami zdanie to obaloném zostało, i choroba wspomniona do wyleczalnych zaliczoną.

Rokowanie w każdym razie warunkuje się tu różnymi okolicznościami; korzystniejszém jest u osób młodych, silnej budowy, aniżeli u starców i osób wyniszczonych, ze skażeniami krwi. U tych ostatnich albo z samego początku tworzy się wysięk ropiasty lub posokowy, albo też w takowe przechodzi wysięk plastyczny, w jednym lub drugim razie choroba groźny przyjmuje charakter. Zapalenia osierdzia pierwotne, mniej są niebezpieczne niż następne (symptomatyczne); gdy chorobie towarzyszą wady organiczne serca, rokowanie jest bardzo wątpliwém. Zapalenia cząstkowe, ograniczone, mniej są ważne, aniżeli zapalenia całego osierdzia. Ilość i jakość wysięku znaczny wywiera wpływ na bieg i zakończenie choroby, mała ilość wysięku prędzej zostaje wessaną, szybszym też krokiem następuje wyzdrowienie; przy plastycznym wysięku choroba najczęściej pomyślnie się kończy, najniebezpieczniejszy jest wysięk ropiasty i posokowy. Trudny oddech, znaczną niespokojność, nieregularny puls, niżenie ciepła ciała i silną gorączkę, do złowróźbnych oznak policzyć należy; chory w największém znajduje się niebezpieczeństwie, jeśli gorączka z samego początku ma charakter adynamiczny. Zapalenie płuc, opłucnej, gruźlica, choroba Brighta, tyfus, ostre gorączkowe wysypki, ropowe skażenie krwi, gorączka połogowa, bardzo zły wpływ wywierają na chorobę, i mała w tych razach jest nadzieja wyzdrowienia.

Leczenie. Główném zadaniem lekarza w początkach zapalenia osierdzia jest przytłumić toż zapalenie; w dru-

gim okresie choroby, gdy nastąpił wysięk, leczenie skierowane być winno na wessanie wysięku.

Pomiędzy środkami przeciwzapalnymi, ogólny lub miejscowy upust krwi pierwsze zajmuje miejsce. Właściwie użyty znaczną ulgę chorym przynosi, i do uleczenia wiele dopomaga; B o u i l l a u d przyjmuje za ogólne prawidło w zapaleniu osierdzia, że choremu w sile wieku, należy w ciągu 3 — 4 pierwszych dni choroby upuścić trzy lub czterokrotnie po 150 do 500 gramów krwi, i postawić 25 do 50 pijawek lub baniek w okolicy serca, a postępowanie to ma być najwłaściwszém i dostateczném do szybkiego przywrócenia zdrowia. Metoda wspomnionego autora (*coup sûr coup*) tak w zapaleniu osierdzia, jak i w innych chorobach, mało ma zwolenników. U osób słabych, ze skażeniem krwi, w zapaleniach osierdzia symptomatycznych z oznakami upadku sił, ogólny upust krwi jest przeciwwskazany.

Chlorek rtęci używa się w zapaleniu osierdzia bądź przy ogólnym upuście krwi, bądź też bez niego. T a y l o r środek powyższy uważa za specyficzny w zapaleniu osierdzia i powstaje przeciwko francuzkim lekarzom, uporzędkiwie obstającym za ogromnemi upustami krwi. (*Por. med. Journ. 1843, Nr. 136*). Naparstnica, osłabiająca zbytnie rozdrażnienie serca, ważne w zapaleniu osierdzia ma zastosowanie; w użyciu jój należy jednak być ostróžnym, aby przez zbyteczne osłabienie czynności serca, i tak znacznie zmniejszonej przez wysięk, nie spowodować porażenia serca. Najwłaściwsze zastosowanie naparstnicy jest w pierwszym okresie choroby. H o p e w celu równoczesnego działania na serce i system nerwowy, używa naparstnicę z lulkiem (*hyoscyamus*), zewnątrz wcierania w okolice serca maści merkurialnej.

Makowiec, tłumiący ból, używa się jako środek palia-
tywny.

Makowiec z emetykiem, przy komplikacji zapalenia osierdzia z reumatyzmem, najwłaściwiej będzie użyty. Woda wawrzynosiłkowa i kwas pruski, używają się w zapaleniu osierdzia dla uśmierzania przypadłości nerwowych téj choroby. *A r a n* (*Manuel pratique des maladies du coeur*, pag. 101) nadzwyczaj wychwala użycie saletry w zapaleniu osierdzia; środek ten, sam przez się ma być dostatecznym do uleczenia choroby; zdanie to jednak, nie popiera się dostatecznymi dowodami.

Risdon-Bennett (*Med. Times* 1851) czytał w Londyńskim Towarzystwie lekarzy rozprawę o zapaleniu osierdzia reumatyczném. Opierając się na tożsamości pochodzenia choroby, dowodzi on, że przeciw zapaleniu osierdzia powinny być użyte ze skutkiem środki, które się używają w ostrym reumatyzmie stawów. Sok cytrynowy, ma być wedle wspomnionego autora najskuteczniejszym lekiem w reumatyzmie; używa go też i w zapaleniu osierdzia natury reumatycznej, po pół uncyi co cztery godziny. Na dowód słuszności swego zdania, przytacza cztery przykłady zupełnego uzdrowienia, przy pomocy wspomnionego leczenia.

Dla przyspieszenia absorbcyi wysięku, używają się leki rozwalniające, pędzące urynę, i wodojodan potażu. Powyższemu celowi czynią także zadosyć środki zewnętrzne: wezykatoryie, wcierania szarój maści, lub dwuchlorku rtęci, wodojodanu potażu w maści lub wymoku jodyny, ciepłe kataplazma i t. p. *M o r a n d* wychwala użycie wezykatoryi przenośnych. Środki przeciwzapalne użyte w początku choroby, przyczyniają się również do wessania wysięku.

Gdy stan chorego pokazuje wielkie osłabienie, tak zwaną adynamią, użyć należy środków wzmacniających i pobudzających, jak odwar chin, wino i t. p.

Skoro zapalenie zupełnie ustało, a wysięk po długim leczeniu nie ulega wessaniu, możebnym jest jeszcze uleczenie przez wypuszczenie wysięku na zewnątrz za pomocą operacji *nakłucia, paracentesis thoracis* (Shuh i Skoda Oester. med. Jahrb. B. XXIV, H. 2 i 3 1841). Trausseau uważa powyższą operację jako środek ostateczny, który winien być użyty tylko w przypadku, gdy obfity wysięk wyraźnie życiu chorego zagraża (Arch. generales de medicine, Novembr 1856).

Dieta w pierwszym okresie zapalenia, winna być ściśle przeciwzapalna, spokój ciała i umysłu przede wszystkim utrzymanym być winien; w drugim peryodzie, szczególnie przy upadku sił, wskazaną jest dyeta więciej posilna.

Kończąc tę krótką monografię, zwracamy szczególnie uwagę czytelnika na anatomię patologiczną i fizyczną diagnostykę opisaney choroby. Pierwsza, nigdzie tak jasno jak tu nie objaśnia zjawisk za życia obserwowanych; druga, skarb nauki lekarskiej nowych czasów, w całym swym blasku tu występuje.

Choroba, o której L ä ë n e k przemawiał, że ją można podejrzewać, ale rozpoznać nie można, dziś, dzięki właśnie postępowi fizycznej diagnostyki, należy do chorób łatwo rozpoznać się dających.

Dr. Minkiewicz.

UWAGI NAD URZĄDZENIAMI SŁUŻBY ZDROWIA w Królestwie Polskiem.

(przedstawione Komitetowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego do rozpatrywania tychże urządzeń ustanowionemu)

przez Dr. Ignacego Baranowskiego.

III. Trzecią instancję administracji publiczno-lekarskiej stanowi Inspektor Główny Służby Zdrowia, mający przy sobie Pomocnika i Radę Lekarską. Inspektor Główny Służby Zdrowia, mianowany przez Najjaśniejszego Pana na przedstawienie Namiestnika, jest stałym członkiem Kommissyi Rządu. Spraw Wewnętrznych i zarazem prezesem Rady lekarskiej (Ustawa o Zarządzie Cyw. Lek. Służby art. 6 i 10). Wnosi on osobiście na posiedzeniach Kommissyi interesa dotyczące się zarządu lekarskiego i wymagające kollegjalnego roztrząsania (art. 91).

Do zakresu czynności Głównego Inspektora Służby Zdrowia należą między innymi:

a) Pod względem naukowym:

1. Rozporządzenia dotyczące się udoskonalenia sztuki lekarskiej, oraz wprowadzenia w użycie i rozpowszechnienia wszystkich sposobów, które przez Radę lekarską za użyteczne przyznane zostaną.

2. Examina na stopnie lekarskie naukowe i administracyjne (obecnie przeniesione do obowiązków Akademji Medyko-Chirurgicznój).

3. Wreszcie „interesa odnoszące się do organizacyi naukowo-lekarskiej“ (art. 14).

b) Pod względem policyjno-lekarskim (artyk. 15). Jest on naczelną instancją w najrozmaitszych kwestyach bygieny publicznej, jak to już z tego wszystkiego, co poprzedza, wynika. Do niego między innymi obowiązkami należy:

4) Główny zarząd kwarantannami.

5) Upowszechnienie szczepienia ospy ochronnej.

6) Nadzór nad lekarską służbą we wszystkich szpitalach cywilnych.

7) Wydawanie pozwolenia na wolną praktykę osobom, któreby z usposobienia swojego za ukwalifikowane do tego uznane zostały.

8) Roztrząsanie przedstawień o zakładaniu nowych aptek lub przeniesieniu już istniejących.

9) Nadzór nad rewizją aptek.

10) Dozór nad składami materyałów aptecznych.

11) Nadzór nad wodami mineralnymi.

c) Pod względem urzędzeń lekarskich.

12) Układanie i rozstrząsanie projektów o ulepszeniu służby lekarskiej.

13) Rozpoznawanie przedstawień o zakładaniu szpitali.

14) Wybór i przedstawianie kandydatów do posad cywilno-lekarskich.

15) Przedstawianie do nagród urzędników lekarskich.

16) Pociąganie do odpowiedzialności wykraczających i opieszałych w służbie.

17) Udzielanie opinii o lekarzach i innych osobach do części lekarskiej należących na żądanie władzy (tamże, art. 17).

Wszystkie sprawy załatwiają się w Zarządzie Głównym Inspek. Służby Zdrowia, bezpośrednio przez niego samego, lub za pośrednictwem zażądaniem opinii Rady Lekarskiej zgodnie z obowiązkami tejże Rady (art. 18).

Inspektor Główny sam rozstrzyga, jakie kwestye mają być bezpośrednio w Zarządzie jego, a zatem bez współdziałania Rady lekarskiej załatwiane, albowiem na każdej expedycji powinna być własnoręczna dekretacya Głównego Inspektora, a w razie nieobecności jego, Pomocnika, podług której interesa, albo oddawane są na rozpoznanie, albo też stosownie do dekretacyi w biurze załatwione zostają (Przepis porządku załatwiania interesów w zarządzie Głównym Inspektora Służby Zdrowia, § 4 i 5).

Interesa Zarządu Głównego Inspektora rozstrzyga:

1) Dyrektor Główny prezydujący w Kommissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych.

2) Kommissya na posiedzeniach w zwykłym porządku lub:

3) Nakoniec sam Główny Inspektor Służby Zdrowia (Ustawa o zarządzie cywilno-lekarskiej służby 1840 roku art. 19 do 22).

Rada Lekarska pod prezydencją Głównego Inspek. Służby Zdrowia, składa się oprócz pomocnika tegoż z 4ch etatowych członków lekarskich i z Igo Rady farmaceutycznego, prócz tego ustanawiają się także w Radzie lekarskiej i członkowie honorowi z grona lekarzy.

Członkowie Rady lekarskiej tak etatowi jak honorowi mianowani są przez Radę Administracyjną na przedstawienie Dyrektora Głównego prezydującego w Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych z jego własnego uznania, lub z wyboru Rady lekarskiej (Ustawa i t. d. z r. 1840, art. 28 i 29).

Do obowiązków Rady lekarskiej odnoszą się:

a) Pod względem naukowym (art. 32).

1) Examinowanie na stopnie naukowe i na posady cywilno-lekarskie.

2) Badania naukowe w kwestyach farmakologii, farmagnozy, balneologii krajowej i t. d.

3) Ułożenie dyspensatoryi i poprawienie takowych w miarę postępu nauki.

4) Stastyka lekarska i opisy topograficzne kraju.

b) Pod względem policyi lekarskiej (art. 33).

5) Zgłębianie przyczyn miejscowych chorób.

6) Śledzenie przyczyn chorób zaraźliwych tak między ludźmi jako i zwierzętami domowymi w razie okazania się tychże.

7) Dochodzenie, w jakim stopniu mogą stać się szkodliwemi zdrowiu mieszkańców różne miejscowe wpływy.

8) Dawanie opinii pod względem dozwoleń wolnej praktyki we wszystkich gałęziach sztuki lekarskiej.

9) Układanie taxy aptekarskiej.

10) Rozstrząsanie protokołów rewizyi aptek.

c. Pod względem lekarsko-sądowym (art. 34).

11) Dawanie opinii lekarskiej w ostatniej instancyi.

d) Pod względem służby lekarskiej (art. 35).

12) Rozstrząsanie i przedstawianie projektów, mających na celu ulepszenie służby lekarskiej.

13) Układanie instrukcyi dla urzędników cywilno-lekarskich.

14) Udzielanie opinji, co do wykroczeń i stopnia winy urzędników cywilno-lekarskich pod względem uchybienia prawidłom sztuki lekarskiej.

Interesa do Rady lekarskiej przychodzą przez Zarząd Inspektora Główn. Służby Zdrowia, do którego odnosić się mają wszelkie władze Królestwa Polskiego, w przypadkach wymagających poszukiwań lekarskich lub opinji, (art. 44).

Prezydujący w Radzie lekarskiej, to jest: Inspektor Główny Służby Zdrowia ustanawia porządek, według którego interesa mają być wnoszone pod rozstrząsanie Rady lekarskiej i rozdziela czynności pomiędzy członków (art. 45).

Tak w treściwych rysach podane instytucye służby zdrowia pokazują nam, że budowa ich jest i misterna i pozory wszelkie składości po sobie mająca. I zdałoby się, że w obec nich ludziom bezpiecznie jest żyć, a jednak jeśli się powołamy na świadectwa, jakie 20 letnie istnienie tych urzędzeń o owém bezpieczeństwie dało, znajdziemy, że to bezpieczeństwo jest więcej niż wątpliwe, że raczej niewątpliwem jest niebezpieczeństwo.

Wpatrując się bliżej w budowę instytucji, dojrzymy bez trudu siedlisko złego; złe to leży w za słabych fundamentach i w przeciążeniu wierzchołka budowy. Owym fundamentem, od którego zawisła cała dzielność budowy są instancye najniższe, to są te instancye, które w najbliższem znajdują się zetknięciu ze sprawami szczegółowymi, ze sprawami, jak się te różnorodnie wśród rozmaitych miejscowych warunków wyrażają.

Od spoju w ich działaniu, spoju, który jednak nie ma krępować ruchliwości, zależy zaokrąglenie działań w jedną zgodną, niesprzeczącą się z sobą całość. Od zabezpieczonej ruchliwości, takiej jednak, iżby spoju nie naruszała, zależy energia, dosadność działań. Instancje te, te jedne, są kompetentne w rozwiązywaniu tysiącznych drobnych spraw, które tylko dla oka bliskiego nich są wyraźne i w wartości swój względnej ocenić się dają. Kompetencya więc w tych sprawach drobnych, miejscowych, im z konieczności pozostawioną być powinna. Przeniesienie kompetencyi z instancji najniższych na wyższe, lub co gorzej najwyższe u wierzchołka budowy hierarchicznej postawione, to tyle, co odsuwanie wzroku od spraw tych, to zmniejszanie dla oka oceniającego je ich rozmiarów, to poddawanie spraw tych pod miarę ogólną, odsuwanie ich od skali miejscowej, która jedna w mierzeniu ich względnej wartości jest słuszna.

Badającemu z wysokości te sprawy poziomu, wszystkie one, prawem fizyczném patrzenia, za drobne się wydają lub nikną.

Otoż nieważnienie, lub co najmniej wielkie ograniczenie instancji najniższych, wielkie odcięcie ich od niekrępowanej działalności i przeniesienie téj ujętej im swobody działania na władzę zwierzchności, oto treść i istota złego.

A jeszcze niedość na tem: Instancje te najniższe jeszcze drugostronnie są skrepowane w działaniu, ta bowiem część ich działalności, która im niezostała odjęta na rzecz władzy lekarskiej najwyższej, ta przez wadliwe spojenie instancji lekarskich z równoległymi im władzami administracyjnymi, przez te ostatnie i na rzecz tych ostatnich pochłoniętą została. Instancje lekarskie naj-

nizsze zamiast działania zgodnie z równoległymi im instancjami administracyjnymi, działać są dziś zmuszone zależnie od tych ostatnich.

Przychodzi nakoniec w pomoc złemu wielka nieokreśloność zadań, tém uciążliwsza, że w parze ze skrepowaniem idąca.

Co do lekarzy miejskich i powiatowych, w włożonych na nich obowiązkach uderza:

1. Wielki nawał prac i różnorodność tychże; mają oni bowiem wykonywać wszystkie najważniejsze dochodzenia na miejscu (lekarz powiatowy zaś na różnych miejscach całego powiatu), w celu wykrywania przyczyny złego w warunkach zdrowia powszechnego. Mają oni włożone na siebie czynności wymagające wielostronnego wykształcenia i których nawałowi zaledwo ciała zbiorowe mogłyby podolać. Do wielorakich czynności przychodzi jeszcze obowiązek leczenia chorych wojskowych, gdzie niema lekarza wojskowego i chorych więźniów, gdzie niema lekarza więziennego.

2. Nieokreśloność stanowiska w obec zadań i ściśnienie w stosunku do władz, co jedno i drugie sprawia, że działanie urzędnika lekarskiego, co najwyżej bywa symptomatyczne, zwrócone ku nagłym i gwałtownym potrzebom. Nieokreśloność stanowiska lekarza rządowego wobec zadań polityki lekarskiej polega z jednej strony na samém brzmieniu instrukcyi, a z drugiej strony na tém, że wobec tak ważnych zadań postawiony jest sam, bez pomocy znawców (inżynierów, budowniczych, chemików i t. d., i t. d.), owszem takowych częstokroć musi kontrolować (np. przy dozorze nad kanałami, domami nowo-zbudowanymi i t. d.). (Patrz Instr. dla lekarzy

miejskich, str. 7, 9 i t. d. Instrukcyja dla lekarzy obwodowych, str. 29—31 i t. d.)

Stanowisko względem władzy wyższej lekarskiej redukuje się do ciągłego raportowania i zapytywania o zdanie, z daną sobie możliwością działania tylko tymczasowego, co musi mieć częstokroć ten skutek, że ostateczna decyzja, co do postąpienia, nadchodzi wtedy, gdy potrzeba już minęła.

Stanowisko wreszcie względem władz administracyjnych tém się cechuje, że władze te w brew zdaniu lekarza mogą rozstrzygać w kwestyach policyjno-lekarskich spornych między urzędnikami lekarskimi i administracyjnymi.

A z tego wszystkiego wypływa, przy wielkim zachodzie, działalność lekarzy rządowych prawie żadna, tak, że złe złém pozostaje i jeszcze bardziej narasta.

Przy wielkim nawale czynności, którym wszystkim zadość uczynić lekarz nie może, a z których z powodu swego stanowiska względem władz nie jest zawsze w stanie podnosić najważniejsze, lekarz zredukowany jest do chwytania się nieraz drobnych tylko szczegółów swego zadania, często z pobudek li tylko przypadkowych.

Z mnóstwa szczegółów na działanie lekarzowi pierwszej instancyi przez instrukcyą rządową wyznaczonych i przez tę samą instrukcyą na wpół lub całkiem na korzyść innych władz mu odjętych, pomijamy te, które nie należą do zakresu lekarza, które go czynią sędzią spraw do osądzenia technicznych i wielorakich wiadomości wymagających; a podejmiemy tylko niektóre z tych, które pośrednio lub bezpośrednio ze specjalnością lekarza się wiążą.

Otoż jedna z tych spraw, która bardziej niż inne w atrybucyach jego, bo bardziej niż inne w granicach znawstwa jego leży, to jest kontrola aptek najmniej mu jest powierzona na zupełną działalność. Wprawdzie powiedziano jest w instrukcyach, iż lekarz rządowy ma doglądać aptek, ale właściwe ściśle kontrolowanie takowych (rewizya), w całym Królestwie może się odbywać tylko na polecenie Inspektora Głównego Służby Zdrowia. (Instrukcyja dla Inspektora Guber. Lek. str. 31. Instrukcyja dla lekarza obwodowego, str. 35, urządzenie służby policyjno-lekarskiej, z r. 1842. str. 13).

Co do szpitali atrybucya lekarza pierwszej instancji ogranicza się do kontrolowania: czy instrukcye Rady Głównej Opiekuńczej Zakład. Dobroczynnych są wykonywane? (Instr. dla lekarza obwodowego, str. 41).

Co do więzień i aresztów, przepis Instrukcyi jest jeden z najelastyczniejszych i bezwład lekarza powiatowego najwięcej przedstawiający. Instrukcyja bowiem opiewa, że lekarz „po zniesieniu się z właściwą zwierzchnością miejscową“ może zwiedzać więzienia i miejsca aresztów, a dostrzegłszy szczególnie ważne niedogodności pod względem policyjno-lekarskim, powinien o takowych wprost donieść nietylko urzędowi lekarskiemu, lecz oraz Insp. Główn. Służby Zdrowia. (Instr. dla lek. obwodowego, str. 41—43).

Wobec naglących potrzeb (przy wybuchu epidemji i t. p.) lekarz powiatowy zostawiony jest prawie bez środków, rozporządza prawie tylko sobą, nie ma do pomocy znawców i może do pomocy wezwać tylko siły obce zadaniu, to jest urzędników administracyjnych. Jednak i ta pomoc niebiegłych i obcych zadaniu jest wątpliwa, albowiem ilość i jakość tej pomocy zależną jest

od ich uznania. Ustawa przewiduje sprzeczność urzędników lekarskich i urzędników administracyjnych. Decyzja władz administracyjnych (Rządu Guber., Naczelnika powiatu), choćby uznana przez kompetentnego (to jest lekarza) za szkodliwą zdrowiu ogólnemu, wchodzi w wykonanie i obowiązuje, dopóki Inspektor Główny na mocy raportu otrzymanego od podwładnego Urzędu nie spowoduje na drodze właściwej, zmiany takowego rozporządzenia (patrz urządzenie służby policyjno-lekarskiej, str. 24 do 27). To samo dotyczy stosunku lekarza powiatowego do Naczelnika powiatu (tamże str. 43).

Nielepij rzecz się ma z urzędami lekarskimi, choć te już hierarchicznie wyżej są postawione. Attrybucje przyznane im, więcej im są dane na skrepowanie instancji niższych, niż na ich (to jest urzędów) bezpośrednią działalność.

Tak jak urzędnikowi najniższemu lekarskiemu jednemu powierzone są prace wielorakich kwalifikacji wymagające, przez niego jednego objąć się nie dające, tak też urzędowi lekarskiemu te same wielorakie, i poza granice znawstwa lekarza wychodzące prace w udziale przypadły, i urząd lekarski na zasadzie składu swego nie wiele więcej może w tych pracach mu poleconych nad to, co lekarz pierwszej instancji, chociaż większa możliwość z konieczności mu się należała, przez wzgląd na większy obszar działania. W skład urzędu lekarskiego wchodzi prócz lekarzy, farmaceuta i weterynarz; inżynierów, budowniczych i innych techników i tutaj do czynności nie powołują.

Samoistna działalność urzędów lekarskich ogranicza się do następujących punktów:

- 1) Wprowadzenie w użycie środków lekarskich przez Radę lekarską za użyteczne uznanych.
- 2) Sprawdzanie rachunków aptecznych.
- 3) Cenzura artykułów lekarskich w pismach peryodycznych.
- 4) Przeznaczanie akuszerok i felczerów.
- 5) Wydawanie świadectw dla otrzymania pensji emerytalnej.

Te są bowiem interesa, które (i to co do 5go nie w zupełności) załatwiają ostatecznie urzędy lekarskie bez wszelkiego udziału Rządu Gubernialnego (urządzenie służby policyjno-lekarskiej z r. 1842, str. 13 do 15tój). Interesa te ze wszystkich zadań na lekarza publicznego włożonych są, jakby z umysłu, najpodrzędniejsze i granice działalności bezpośredniej urzędu niewiele poza zero rozszerzają.

Jeżeli po Guberniach Królestwa Polskiego Inspektor Główny w największej liczbie przypadków zastrzegł sobie prawo decydowania i decyduje, choćby po fakcie, to w mieście Warszawie rozstrzyga on w niemal wszystkich, nawet drobiazgowych sprawach, a urzędnicy lekarscy miasta Warszawy są prawie tylko wykonawcami jego poleceń.

RADA LEKARSKA.

a. W kwestyach naukowych jest ostatecznie kompetentną; zakres tych działań jednakże od czasu założenia w Warszawie Akademii Medyko Chirurgicznej znacznie został uszczuplony, do téj ostatniej bowiem przeniesione zostały wszelkie examina. Z liczby też zadań tak zwanych naukowych, włożonych na Inspektora Główn. Służby Zdrowia pod względem „interesów odnoszących się do

organizacyi naukowo-lekarskiej“ (ustawa o zarządzie cywil. lek. służby z r. 1840, art. 14) odpadło wprawdzie zawiadywanie Szkołą farmaceutyczną, która wcielona została do Akad. Medyko-Chirurgicznej, ale z drugiej strony dotychczas zostają pod przewodnictwem Główn. Insp. Służby Zdrowia: szkoła felerów i szkoła Weterynarzy, chociaż właściwie stosowniej by było je oddać pod zwierzchnictwo akademiji.

Również wszelkie kwestye farmakologii, farmakognozji, balneologii i t. d. (artyk. 32, d. e. 7) przechodzą możność administracyi lekarskiej i powinny być potostawione ciałom naukowym i uczącym lekarskim.

b. W kwestyach sądowo-lekarskich, Rada lekarska jest najwyższą opiniującą instancją.

c. W kwestyach policyjno-lekarskich i służby lekarskiej jest ona tylko ciałem doradczym udzielającym opinię tam, gdzie takowej potrzebę uzna Insp. Główny, który nadto jako prezydujący w Radzie porządek obrad stanowi (Ustawa o zarządzie służby Cywil. lekar. z r. 1840, art. 18, 44, 45. Przepis porządku, załatwianie interesów w Zarządzie Insp. Główn. Służby Zdrowia, § 4 i 5).

Wylczenie przedmiotów podchodzących pod opinię Rady lekarskiej obejmuje niemal wszystkie ważniejsze kwestye higieny publicznej (Ustawa i t. d. art. 33), które jednakże w rzeczywistości podchodzą pod opinię tej Rady, jak już powiedzieliśmy, o tyle tylko, o ile Główny Inspektor uzna to za stosowne. Granice więc działań Rady lekarskiej nie są ścisłe, są albo szersze, albo też sprowadzone być mogą do zakresu bardzo cięsnego, według uznania Insp. Głównego, tak, że w ocenia-

niu instytucji lekarskich z tém ciałem, choć poważną i składem swoim i zadaniami, jakieby podj c mogło, liczy  się jako z ważną cz sci  składową tych instytucji, nie można. Cała powaga i waga tego ciała idzie tylko na zmno enie ciężaru stanowiska Insp. G wnego, z uszczerbkiem si  samejze instytucji, slab j niejednostajnym i nieodpowiednim rozk dem si , slab j ciężarem wielkim z góry na niéj ci żącym.

Inspektor G wny jest prezesem Rady lekarskiej, stanowi porządek dzienny spraw, wyrzeka o przedmiocie narad, (art. 45) odgradza Radę od wszelkich innych Władz lekarskich i administracyjnych, które z Radą wejśc mog  w zetknięcie, tylko za pośrednictwem Insp. G wnego (art. 44) i tylko o tyle, o ile ten im t  drogę otworem zostawi .

Owoce prac zadanych przez Insp. G wnego Radzie Lekarskiej, choćby do życia odnośne, w życie wejśc, bytu danego w formie przepisów, postanowień r adowych mieć nie mog , jak tylko w granicach uznania Inspektora G wnego, który o tyle je spo ytkowa  może, o ile je chce spo ytkowa , bo jako pośrednik między Rad  lekarską, a Kommissy  Spraw Wewn . i jako ze sw j ręki decyzje Rady lekarskiej, Dyrektorowi G wnemu, lub Kommissyi R adowej przedstawiający, może te decyzje dowolnie zmienic  lub uniewa nic , (art. 9).

Interesa dotyczące zdrowia publicznego całego kraju, wszystkie prawie zlewają się po ostateczną decyzy  w biurze G wnego Inspektora Służby Zdrowia, wszystkie prawie tam po ostateczną decyzy  si  schodz , jacto jest widoczne z poprzedzającego szczegółowego wyluszczenia.

Otoż z summy téj ogólnej interesów zdrowia powszechnego

1) Część jedną rozstrzyga na własną rękę sam Insp. Główny.

2) Część zaś, albo Dyrektor Główny Prezydujący albo Kommissya Rządowa Spraw Wewnętrznych, obie te zaś władze na przedstawienie osobiste Inspektora Głównego. (Ustawa i t. d. art. 19 — 22).

Ale i w tych ostatnich razach decyzya zwykle w gruncie zawisła od Inspektora Głównego, bo ten powagą swego zdania kompetentnego musi przeważać zdania osób niespecjalnych.

W kwestyach dyscyplinarnych lekarskich uderza władza nieograniczona Inspektora Głównego, który i kandydatów na posady cywilno-lekarskie wybiera, i do nagród przedstawia, i do odpowiedzialności wykraczających, lub opieszalych w służbie pociąga, i o lekarzach, lub o innych osobach do służby lekarskiej należących opinią udziela. (Ustawa i t. d. z roku 1840, art. 17). Szczegółowe określenie przepisów téj rubryki odbija od nieokreśloności innych przepisów, a atrybucye władz podrzędnych lekarskich w niczym nie uszczuplają pod tym względem dyskrecjonalnej władzy Inspektora Głównego.

Podnosimy tu jeszcze sprawę szczegółową, sprawę topografji lekarskiej. (Patrz Instrukcyja dla l. k. obwod. str. 3—7, Instr. dla Inspektora Gub. str. 9. Ustawa i t. d. z r. 1840, art. 32, lit. H.)

Topografja lekarska z zadań włożonych na lekarza rządowego, tém jest ważną i tém najważniejszą, że w niej wyczytuje się obraz warunków zdrowia kraju i pojedynczych jego miejscowości, że z niej wywnioskowuje

się całość potrzeb zdrowia ogólnego kraju, a tém samém całość i szczegół każdy zadań służby zdrowia odnośnie do pojedynczych lokalności i całego kraju.

Otóż topografia lekarska kraju naszego przy obecnym biegu służby i działań lekarskich jest niemożliwą. Niemożliwość tę widzi się z owoców prac administracy lekarskiej od czasu jój ustanowienia. Dotąd bowiem 20 lat czynności téj administracyi nie przysporzyły znajomości kraju i jego potrzeb, i prócz opisu topograficzno-lekarskiego powiatu Czerskiego przez Kazimierza W r o c z y ń s k i e g o (ogłoszonego w roku 1843 i 1844, w tomie X. tym str. 26—81, i tomie XII, str. 161—195 Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego), nie mamy ani jednego raportu ujawnionego, tém bardziej niemamy lepszego znawstwa warunków zdrowia kraju. Z drugiej strony niemożność ta układania topografji i statystyki lekarskiej kraju, usprawiedliwia się doskonale warunkami, pod jakimi ta część pracy urzędników lekarskich dziać się ma: Lekarz powiatowy, na którym ciąży obowiązek zbierania dat szczegółów i summowania ich w obraz miejscowości, do zbierania takowych niema i mieć nie może, sam przez się, dosyć wielostronnego znawstwa technicznych szczegółów, które tylko ciało z wielu specjalnie i w różnych kierunkach uzdolnionych ludzi (geologów, naturalistów, inżynierów, chemików, przemysłowców i t. d.) wyrazić w osobie może; więc jako niebędący naraz inżynierem, architekta, technikiem i t. d. i sam własnym siłom, bez pomocy odpowiedniej, zostawiony, zadaniu temu najważniejszemu sprostać nie może. Wszędzie, gdzie układanie topografji lekarskiej skutecznie podjęte zostało, miało to miejsce przez powierzenie

tęj czynności władzom złożonym z ludzi rozmaitych specjalności.

A dla lekarza powiatowego ten ciężar z istoty swojej przechodzący jego siły, tém niemożliwszy jest do dźwignięcia, ile że topografia lekarska to nie jedyne zadanie, to jedno z wielu zadań i jedno wśród wielu naglejszych, nagłością swoją od prac topograficznych go odrywających. Przy rozproszeniu działań lekarza powiatu, w jakie go rzuca wielość i różnorodność zadań, potrzebą chwili wywoływanych, jakoto: sądowych, policyjnych bieżących i t. d. utrudnionych jeszcze nieokreślonością granic samoistnej działalności i zawistością kroku każdego, już to od instancyi wyższych lekarskich, już to od władz administracyjnych miejscowych, nie dziwne jest, bo nieuniknione i konieczne zaniedbanie pracy lekarza rządowego, która z przyniesieniem lepszej znajomości warunków zdrowia obecnych, ma lepszą przyszłość tym warunkom zdrowia zapewnić, która zatem jest płacą dla przyszłości, a tém samém mniej nagłącą.

Wszelkie prace topograficzno-lekarskie, podejmo wane czy to przez Urzędy lekarskie, czy też przez Inspektora Głównego, wprost już żadne być muszą, przy braku zupełnym materiałów do tej pracy, które tylko przez lekarzy najniższej instancyi podane być mogą wyższej instancyi do zesummowania i urobienia w całość. Więc i to niedziwne, bo nieuniknione i konieczne, że dotąd żadnej statystyki, ani topografji kraju pod względem lekarskim nie mamy.

Wreszcie, co się tyczy stosunku urzędników lekarskich do władz wykonawczych, to z tego cośmy dotąd przedstawili, pokazuje się, że zamiast ciał złożonych ze

znawców, któreby swe opinie przez znawcę kommu-
kowały władzom administracyjnym dla wykonania, są
tylko urzędnicy lekarscy, których przedstawienia mogą
być uwzględnione lub nie.

Nadto z powyższego wyłożenia atrybucyi władz po-
licyjno-lekarskich, ich stosunku między sobą, tudzież sto-
sunku do władz administracyjnych, pokazuję się, że cała
czynność administracyi lekarskiej w kwestyach policyj-
no-lekarskich zawisła treścią swoją:

1) z jednej strony od decyzyi Inspektora Głównego
Służby Zdrowia, któremu przysłuża prawo decydowania
nieodwołalnie w kwestyach nawet lokalnych, nawet naj-
bardziej szczegółowych, który więc interesa higieny pu-
blicznej całego kraju, nawet najszczegółowsze wzrokiem
obejmować winien;

2) z drugiej strony od decyzyi władz administracyj-
nych w pewnych granicach stanowczo rozstrzygających,
choć niekompetentnych, i to tak dalece niekompeten-
tnych, iż sama Instrukcyja, przewiduje jako możliwość
kollizyą zdania urzędnika lekarskiego (kompetentnego)
z władzą administracyjną (niekompetentną) i decyzją
władzy administracyjnej w wykonaniu szkodliwą dla
zdrowia ogólnego (patrz: Urządzenie służby policyjno-le-
karskiej w Guberniach Królestwa Polskiego z roku 1842,
str. 25 — 27 i 43 do 45). Przewidywanie to, będące
ciężką krytyką instytucyi, powoduje prawodawcę do do-
puszczenia pośrednictwa Inspektora Głównego w razach
takiej kollizyi (Urządzenie służby policyjno-lekarskiej w
Guberniach Królestwa Polskiego z roku 1842, str. 27
i 45). Pośrednictwo to jednak, na drodze, na której
przyjść może, przychodzi za późno, ażeby zapobiedz złym

skutkom, wynikającym z nieodpowiednich rozporządzeń władz administracyjnych, a znaczenie takiego pośrednictwa, gdzie ono staje po stronie opinii przez lekarza wypowiedzianej, a przez władzę administracyjną nieuznaną, jest żadnym w obec interesów pokrzywdzonych i wartość ma tylko dla lekarza, którego opinii słusność jest wyrządzona.

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE Z CZYNNOŚCI

Szpitala Sgo Ducha

PP. MARCINKANEK ZA ROK 1860.

ODDZIAŁ GORĄCZKOWYCH KOBIET.

Dr. Kwaśniewski.

Rok upłyniony, co do liczby chorych stosunkowo uboższy, natomiast w szczegółowe wypadki, ciekawe pod względem patologicznym, obfitszym był, jak lat ostatnio ubiegłych.

Z chorób epidemicznych, kilka wypadków durzycy i dwa ospy u osób dorosłych, w dzieciństwie krowianką szeszepionych, szczęśliwie się zakończyły. Z pomiędzy chorób najczęściej po szpitalach wydarzających się, jak Gastritis, Febris intermittens, Rheumatismus, Bronchitis, Catarrhus pulmonum, Tuberculosis et Diarrhöea, których jednak przebieg i leczenie nic szczegółowego nie przedstawia, jako takie pominię.

Z chorób zapalnych, najczęściej zajętemi były płuca, już jako pojedyncze, samoistne zapalenie płuc, już też z zajęciem opłucnej połączone, w których wewnątrz winian antymonu w większych dawkach po dwa lub trzy grana na dobę, nadto octan morfiny w roztworze wodnym (Gr. 5 na 4 unc. wody) na ukojenie bólu i zmniejszenie kaszlu, z dobrym skutkiem podawane były. Zewnętrznie na miejsce cierpiące, bańki, wezykatorye, wcieranie maści z sublimatu, lub połączonej z wodorodanem potażu, osobliwie w razach, w których opłucna zajęta była, wessanie wypocin w większej połowie wypadków zupełne powodowało. Unikałem zawsze krwi upustu, mając na uwadze, że przez takowy, tylko chwilową ulgę choremu przy-

noszę, ułatwiając krążenie krwi mechanicznie, bynajmniej zaś sprawy zapalnej w przebiegu swym nie przerywam, a w skutkach powoduje długą rekonwalesencyją lub bez-albo wodokrwiistość.

Między wieloma najważniejsze wypadki przytoczę: Salomea Bielanowska, lat 45 licząca, wyrobnica, wątłej budowy ciała, w szóstym dniu choroby, przybyła do Szpitala Sgo Ducha, to jest: dnia 27go Listopada, i przedstawiła stan następujący:

Skóra sucha, ciepłoty podwyższonej, język czerwony, suchy, bolesność brzucha, osobiwie w okolicy żołądka i kiszki ślepej, pragnienie podwyższone, klucie pod łopatką prawą, przysłuch w tém miejscu wskazał brak szmerów oddechowych, trzeszczenie wilgotne (crepitatio) i głos beczący (aegophonia), pukanie dawało odgłos tępy, stłumiony, puls 112, miękki, stolca od dni trzech nie oddawała. Mocz oddziaływał kwaśno, ciężar gatunkowy 21, chlorki rozlewają się, barwiki mianowicie urodyna i uroxantyna powiększone. Zaleciłem do wewnątrz Ol. Ricini unc. 1 na unc. V naparu siemienia lnianego z 2 granami winniku antymonu. Zewnętrznie pod łopatkę 15 baniek, za napój siemie lniane.

Dnia następnego zastałem zwolnienie przypadków podmiotowych, mianowicie: oddech cokolwiek swobodniejszy, bezdech zmniejszony, kaszel jednak męczący, odpluwanie trudne śluzu zbitego, krwi prążkami przepełnionego, nie ustąpiło, trzeszczenie toż w płucu i głos beczący utrzymują się, język wilgotny, pragnienie zmniejszone. Lekarstwo dalej brać i przystawienie wezykatoryi na łopatkę poleciłem.

Dnia 29go Listopada. Przypadłości piersiowe w swęj mocy pozostały, chora niespokojna, silnym kaszlem trapiąca, odpluwanie trudne, plwociny mocniej krwią zabarwione, puls 124 mały, miękki; do powyższych środków, wewnątrz zapisałem 3 proszki po $\frac{1}{2}$ grana octanu morfiny, miejsce po wezykatoryi maścią z przyszczawek drażnić poleciłem.

Dnia 30 Listopada, oddech cokolwiek swobodniejszy i w nocy kaszel nie tak męczył chorą, trzeszczenie i głos beczący-

cy utrzymują się, tętno sprychowe 104 miękkie; leki powtórzono.

Dnia 1go Grudnia, wyraz twarzy chorój swobodniejszy, oddech wolny, kaszel znacznie się zmniejszył, plwociny krwią mniej zabarwione, oddech pęcherzykowy jakby zdaleka, włąbi słyhać, trzeszczenie zmniejszone, podobnie i głos beczący, tętno 96 uderzeń; a że od dwóch dni stolca nie oddawała, prócz powyżej używanych środków, oleju kleszczowiny uncyją zapisałem.

Dnia 2go Grudnia, stan chorój widocznie pod każdym względem polepszył się, bezdech zupełnie ustąpił, kaszel słaby, rzadko przychodzi, odpluwanie łatwe plwocin rdzawych, trzeszczenie zupełnie znikło, głos tylko beczący pozostał, język wilgotny, pragnienie zmniejszone, nawet chora upomina się o pożywienie, środki te same pozostały.

Nie zmieniając lekarstwa, tylko zagojenie ran po wezykatoryi poleciwszy, stan chorój z każdym dniem widocznie polepszał się, tak, że w dniu 24 Grudnia jako zupełnie zdrowa, wypisaną została.

Wypadek bardzo ciężki zapalenia płuc i opłucnej (pleuropneumonia), przedstawiła Katarzyna Roszkowska lat 60 licząca, wyrobnica, przybyła do Szpitala dnia 4 Kwietnia r. b.

Już przed 10 dniami, po przepędzeniu nocy na dworze, uczuła kłucie pod obydwoma łopatkami, które jój nie pozwalało głębszego oddechu, a użycie środków domowych żadnej ulgi nieprzynosiło. Twarz rumiana potem okryta, ciało rozpalone, język suchy czerwony, kaszel ciągły, odpluwanie dosyć obfite śluzu zbitego, ciągłego, ze znaczną ilością krwi 'pomieszanego. Przystuch wykazał trzeszczenie pod obydwoma łopatkami i głos beczący, nadto w témże miejscu, tarcie opłucnej znaczne (affricus pleuriticus), szmery oddechowe zupełnie znikły, tętno sprychowe 140 dosyć pełne, miękkie, chora na żadnym boku leżeć nie może, siedzące położenie jest jój najdogodniejszém, brak zupełny apetytu, pragnienie zwiększone, stolce wodniste często oddaje. Zaleciłem bańki na podżebrza z powodu bolesności brzucha, wezykatoryję na łopatki obszer-

ne. Do wewnątrz: Emuls. Canab. unc. VI c. Tartar. stib. Gr. 1. Kataplazmy na brzuch, a ślazu odwar za napój.

Dnia 5go Kwietnia, stan chorój w niczém się nie zmienił co do przypadków piersiowych, rozwolnienie jest tylko częstszém, leki też same.

Dnia 6go Kwietnia, trzeszczenie w obydwóch płucach z tarcie m opłucnej w całej swój mocy trwa, bezdech silny, złączony z kaszlem nieustającym i plwocinami krwistemi, tętno 132 małe, miękkie, stolec pod siebie oddaje; leki też same, poleciłem wcieranie na łopatki sublimatu dr. I na unc. I tłuszczu, co 2 godziny wielkości orzecha tureckiego na jedną stronę, lewatywa z krochmalu i kataplazm.

Dnia 7go Kwietnia. W nocy chora bredziła, niespokojna, kaszlem i rozwolnieniem męczona, oddech ciężki chrapiący, trzeszczenie i głos beczący, nadto tarcie utrzymują się, plwociny krwiste z trudnością odrywają się, tętno 132 nitkowate. Zaleciłem Infu. Ipecacua. ex gr. VI, pti. un. VI, Morph. acetici Gr. s. S. Co 2 godz. łyżkę, wcierania powtórzono, podobnie kataplazmy i Clysmata ex amylo.

Dnia 8go kwietnia. Chora noc cokolwiek spokojniej przepędziła, przesyiała się. tarcie nie tak mocne, kaszel mniej częsty, odpluwanie łatwiejsze, trzeszczenie słabsze, głos beczący utrzymuje się, język wilgotny, pragnienie zmniejszone, tętno 124, rozwolnienie trwa wodniste, smierdzące, leki też same pozostawiłem.

Dnia 9go Kwietnia. Stan choroby w ogóle pomyślniejszy, mianowicie tarcie znakomicie mniejsze, oddech pęcherzykowy przebija, bezdech téż i kaszel nie tak męczące, tętno 112 silniejsze; środki używane powtórzyłem, wcierać zaś maści z sublimatu zaniechałem, już że wybujałość nadrostru była znaczną, już téż, że stan płuc znakomicie się polepszył.

Od téj chwili stan chorój codziennie widocznie był pomyślniejszym, wessanie wypocin postępowało, rozwolnienie ustawało i siły przybywały, i jako zupełnie zdrowa byłaby wczesniej opuściła Szpital, gdybyśmy nie czekali na zupełne wygojenie ran, po wcieraniu sublimatu pozostałych; dopiero w dniu 28 Kwietnia jako zdrową wypisałem.

Gościec stawowy ostry (Rheumatismus articulorum acutus) u Franciszki Gładkiewicz, przybyłej dnia 3 Października, przedstawia nam wypadek dosyć ciężki w swoim rodzaju. Chora uskarżała się na bole silne we wszystkich stawach, osobliwie jednak w ramionach, które nie pozwalają najmniejszego ruchu; przy dokładném obejrzeniu i obmacaniu, lekkie obrzmienie, a ból wzrastający towarzyszy. Ciała ciepłota w ogóle podwyższona, język suchy, czerwony, żadnego apetytu, pragnienie zwiększone, brzuch w okolicy kiszki ślepej bolesny, gdzie są nieczystości nagromadzone; tętno sprychowe 124, dosyć pełne, płuca zdrowe, serce w wymiarach bardzo mało powiększone, tony jego osobliwie drugi rozlane. Mocz oddziaływa słabo alkalicznie, chlorki dobrze się skupiają, siarkany powiększone, w moczu osad dosyć znaczny, a rozebrany chemicznie wskazał w większej ilości moczan amonii. Zaleciłem Ol. Ricini unc. 1, nadto sulph. Chinini scrup. I, na 4 un. wody et Acid. sulph. q. s. co miała na dwa razy użyć, stawy zaś wymoczem jodowym smarować.

Dnia 3go Października. Stan chorój nie polepszył się, środki też same powtórzono.

Dnia 4go Października. Bole w stawach zmniejszone, dozwoliły chorój przesypiać się w nocy, ruch dotąd niemożliwy, osobliwie w barku prawym, leki też same.

Przez pięć dni następne, bole coraz mniejszemi i ruch swobodniejszym się stawał, w szóstym dniu jednak, z niewiadomiej przyczyny, bole pierwotne znacznie się spotęgowały z większém obrzmieniem stawów połączone. Przepisałem siarczan chinu dr. semis w roztworze 5 un., który co 2 godziny po łyżce używać poleciłem, i wcieranie wymoczem jodowym powtórzyłem, skutek był jak najlepszy, gdyż zaraz w trzecim dniu bole zmniejszały, następnie też używając w mniejszych dawkach chininę, w 17 dniu takowe zupełnie ustały; wspomnieć tu wypada, że przy drugim ataku gościa, osierdzie było znacznie powiększone, jak o tém przy perkussji z Kol. Wrotnowskim dowodnie przekonaliśmy się.

Chora ta po przebytej chorobie, jako rekonwalescentka, pozostawała w Szpitalu, i wśród tego to czasu dostała regu-

laności, która z niewiadomej przyczyny, przeszła w krwotok maciczny nadzwyczaj gwałtowny, któremu nudności, wymioty, a nawet mdłości towarzyszyły. Użycie odwaru ex Secal. cornut: (dr. II ad Coll. unc. VI) cum Elix. acid. Halleri drach I. pożądanego skutku nie sprowadziło, dopiero Liq. sesquichlorati ferri (dr. I, na unc. V) i przestrzykiwania ałunem w rozczynie słabym, w trzech dniach krwotok zupełnie wstrzymały. W skutek tak gwałtownej i znacznej utraty krwi, chora znacznie pobladła i na siłach opadła, użycie jednak dłuższe przetworów żelaza i siły przywróciło i ciału czerstwości nadało; jako zupełnie zdrową wypisałem ze Szpitala na dniu 21 Grudnia.

Róża (Erysipelas), po większej części na twarzy i nogach wydarzająca się, wewnątrz tylko środkami przeczyszczającymi leczoną była, zewnątrz zaś wymoczem jodowym dwa lub trzy razy dniem część zajętą smarować zalecałem, dopóki pogarbienie skóry nie następowało. Uwagę tu jednak robię, o której już w roku zeszłym wspomniałem, że ile kroć razy użytym był wymocz jodowy u osób wątłych, osłabionych, czy to poprzednio odbytemi chorobami lub niedostatkiem w życiu, zawsze kończyła się róża ropniami, przez długi czas zagoić się niedającymi, w takich więc razach, wolałem użyć albo Ol. Camphoratum, albo też część zajętą sucho, obwinąwszy watą utrzymywać.

Bezład i porażenie (Paralysis et Paresis) leczone były wewnątrz, stosownie do przyczyny, po większej części albo pobudzającymi i wzmacniającymi środkami, mianowicie chiną i żelazem, lub wessanie ułatwiającymi, to jest jodyną, zewnątrz zaś prądu elektrycznego z Kol. Wrotnowskim używaliśmy; w niektórych razach, osobliwie w świeżych wypadkach, skutek był bardzo pomyślny, gdyż władza w odnogach powracała.

Nerwobole (Neuralgiae) szczególnież twarzowy i kulszowy wielce w niektórych razach usmierzały się, w innych zupełnie ustawały, gdzie używałem wstrzykiwań podskórnych zapomocą strzykawki przez p. P r a v a ż a wynalezionój, a przez pana Aleksandra Wood w podobnych razach skutecznie

używanój, wstrzykiwania te robiłem z siarczanu Atropiny, biorąc stosunek, iżby dwa grana takowój rozpuszczonemi były w 100 kroplach wody; na raz jeden wkraplałem po cztery krople; jeśli bole nie ustawały i w swój sile trwały, zwiększałem ilość do 7 najwięcej 8 kropli. I tu używałem prądu elektrycznego, któren szczególnie w zastarzałych wypadkach skutecznie działał. Jeśli bole gwałtownemi były i chorój snu nie-dozwalały, użycie Octanu morfiny pół grana na dobę, tę przykrość usuwały.

W końcu wypada mi wspomnieć o wypadku nieszczęśliwym, śmiercią zakończonym, z otrucia gazem kwasem węglowym (*Intoxicatio c. acido subcarbonico*) który się wydarzył w dniu 26 Grudnia, na Katarzynie Mańkowskiej, 34 lat mającej, żonie stróża kamienicznego, który podobnie otruty natychmiast życie utracił. Z chwilą przybycia chorój do Szpitala, podano środek wymiotny i bańki na krzyż przystawić polecono; dnia następnego, zapisałem *Liq. amonii caustici gutt. 50* w pięciu uncjach wody rozpuszczonej, okłady z zimnej wody na głowę, i cztery pijawki do nosa; w dniu trzecim oprócz powyższego środka, zalecono magnezją paloną po łyżeczce od kawy i kwasy mineralne w napoju, wszystko jednak bezskutecznie; czwartego dnia z rana, wśród ciężkiego i głośnego charczenia i toczenia w dużej ilości piany z ust chora życie zakończyła.

Oddział Kobiet Chirurgicznych.

Dr. Wrotnowski.

Największą liczbę łóżek zajmowały chore noszące wrzody (Ulcera) na nogach; przebieg takowych, jakkolwiek od gatunku ran zależący, po większej części bardzo był chronicznym, najpospoliciej napotykanym u skrofulicznych, u których jednocześnie ze środkami zewnętrznymi, należało wpływać na pomyślną zmianę mieszaniny krwi (dyscrasia sanguinis scrophulosa). Do utrudniania i odwlekania kuracy przyczyniała się również dość często, jako komplikacja, róża. Razy kilka zajmowała znaczne przestrzenie, żadnej jednak śmiertelności nie była powodem.

Następnie co do liczby, idą obrażenia zewnętrzne i potłuczenia przypadkowo nabyte; okłady z zimnej wody, a w razach gwałtowniejszych połączone z odciągnięciem krwi miejscowem, stanowiły po największej części kurację.

Wspomnieliśmy powyżej o róży jako komplikacji, oprócz tego naliczyliśmy 16 wypadków róży samoistnej. Z tych w 15 używaliśmy z pomyślnym skutkiem wymoczu jodyny, w jednym zaś, w którym róża rozciągała się po całej twarzy i głowie (Karolina Szrójter) z obrzęknięciem gruczołów podszczękowych, silną kongestją do głowy, ciepłotą całej skóry powiększoną, prędkością pulsu i w ogóle z symptomatami bar-

dzo groźnemi, przy stosownych środkach wewnętrznych, uważaliśmy za konieczne użyć topiku silniejszego: pomady saletrzanu srebra w stosunku $\frac{1}{4}$ do tłuszczu. Nad podziw ograniczenie się róży nastąpiło i uważamy środek powyższy na wzór Professora J o b e r t de L a m b a l l e za bardzo skuteczny. Jedna tylko zachodzi niedogodność w zastosowaniu saletrzanu srebra na częściach odkrytych, to jest, że czerni nadskórek, i jak w powyższym wypadku tak pospolicie i w innych, do 3 tygodni potrzebuje do zupełnego zejścia.

Zwichnienia (luxatio) nie przedstawiały nic szczególnego. Co się tyczy złamań, były nierównie częstsze od zwichnień. Sposób leczenia takowych zasadzał się głównie (pominąwszy wewnętrzne wskazania) na położeniu, o ile się dało, przechodzącym nawet poziome, dla ułatwienia cyrkulacji żylnéj, a następnie po zapewnieniu się że nabrzmienie ustało, ku czemu zimnych okładów używaliśmy, na założeniu bandaża krochmalowego, z tekturowemi łupkami. Powyższy opatrunek zwykły od 6 do 8 tygodni pozostawiać na miejscu, a to stosownie do grubości kości złamanéj i do wieku chorego. Tu właśnie nastąpiła się nam sposobność sprawdzenia dowodnie przyczyny kruchości kości, przypisywanéj przez wielu uczonych, wpływowi fosforu. Maryanna J a s i ń s k a lat 30, pozoru zdrowego, pracuje od lat kilku w fabryce zapalek, bawiąc się w dniu 20 Lipca 1860 roku ze swą towarzyszką, upadłszy na równéj podłodze, sama podnieść się nie była w stanie, a po przywiezieniu jéj do szpitala znaleźliśmy kość udową prawą złamaną w wysokości $\frac{1}{4}$ od góry, a $\frac{3}{4}$ od dołu. Leczenie nie przedstawiało nic niezwykłego. Mimo rady zmienienia zatrudnienia, po wyjściu ze szpitala, Jasińska wróciła do dawniejszéj pracy. W kilka tygodni później przywieziono ją powtórnie ze złamaną kością udową nogi lewéj, w tejsze saméj wysokości co i w prawéj. Złamanie to nastąpiło w skutek poślizgnięcia się i upadnięcia na ulicy.

Zważywszy wszelakoż, że śnieg był świeży, jeszcze nie ubity i więcéj dwóch stóp wysokości, łatwość tę złamania przypisać raczéj należy podobnie jak i w pierwszym wypadku, szczególniejszéj kruchości kości, aniżeli silnemu uderzeniu.

Ropnie (phlegmone et abscessus), skoro tylko chełbotanie (fluaktuacja) czuć się dawało, były nożem otwierane. W wypadkach niedobrego pozoru ropy, wielkiej obfitości lub za długiego płynienia tejże, używaliśmy wstrzykiwań z jodu; niekiedy wymocz w różnych stosunkach z wodą, w innych razach służyła nam w tym celu jodyna z odpowiednią ilością wodojodanu potażu dla rozpuszczenia pierwszej.

W nerwobolach (neuralgiae) używaliśmy wstrzykiwań pod skórnych siarczanu Atropiny (Wood et Behier) i jakkolwiek unikaliśmy troskliwie przesylenia (saturatio), rezultaty były zachęcające; nawet w przypadkach, w których znaczne dozy narkotyków wewnątrz przyjęte, żadnego miejscowego polepszenia nawet chwilowo nie dawały, kilka kropel sol. ($\frac{1}{30}$ wstrzyknięta serężką Pravaż'a), najmniej kilkogodzinną ulgę zapewniały.

Niekiedy w tychże samych cierpieniach używaliśmy elektryczności według pana Becquerel, to jest elektryczności hypostenizującej. Metoda ta, wnosząc z kilkunastu obserwacji z praktyki po za szpitalnej, zdaje się nam daleko skuteczniejszą od wstrzykiwań podskórnych, to jest, że zapewnia w nie równie krótszym czasie, zupełne pozbycie się cierpień. Zważywszy jednak znaczne powiększenie bólu w pierwszych kilku minutach zastosowania prądu, a ztąd większe rozdrażnienie nerwów, nie należy odrzucać pierwszego środka, ale owszem zachować takowy dla osób wątłych, nerwowych. Dodać tu jeszcze winniśmy na obronę wstrzykiwań podskórnych, że przynajmniej na 80 wstrzykwań, jakie osobiście praktykowaliśmy tak w Szpitalu jak i po za obrębem, ani razu niena- potkaliśmy komplikacji, dla jakiej James Henry Bennet potępia takowe utrzymując, że przyczyniają się do formacji ropni w tkance komórkowej.

Nieczułość skórną (anestesia) lub też powiększenie tejże (hyperestesia) zwalczaliśmy po kilku posiedzeniach właściwego zastosowania elektryczności. Co się tyczy sparaliżowań, obserwacji szpitalnych kompletnych niemamy i mieć jeszcze nie mogliśmy. Trzy jednakże, w których elektryczność zastosowuje, to jest: w sparaliżowaniu obustronném (paraplegia), po-

łowiczném (hemiplegia), i mięśni twarzowych (paresis musculorum faciei) widoczne już po dziś dzień polepszenie stanu elektryzowanych, pozwalają spodziewać się pomyślnego skutku.

Wypada mi nakoniec wspomnieć o głuchocie: Berini Barbara, lat 60 licząca wyrobница przybyła do szpitala z lekką bronchitis. W kilka dni czuła się zupełnie zdrową, uskarżając się jedynie na głuchotę, nabytą jak twierdziła przed 4ma tygodniami. Przypisywała ową głuchotę, jak również ból i darcie w karku, łopatkach i ramionach, przewiewom przy otwartém oknie. Raptowna głuchota z bólami jój towarzyszącemi nie mogła być innéj natury jak reumatycznój, i dla tego podług Fourcroy, Duchenne de Boulogne i Henryka Van Holsbeck, należało zastosować prąd elektryczny. Wezwawszy kol. Kwaśniewskiego, po wybadaniu przekonaliśmy się, że słuch z lewéj strony zupełnie był stracony, z prawéj zaś do tego stopnia przytępiony, że dalej nad półtora cala słaba nie słyszała wcale łykotania kieszonkowego zegarka. Cztery posiedzenia pięciominutowe wystarczały do zupełnego usunięcia głuchoty, do tego stopnia, że kiedy przedtém należało udawać się do znaków i pantomin dla porozumienia się i badania choréj, po ostatniem zastosowaniu prądu, Berini żądała wypisania dla przyjęcia służby posługaczki szpitalnéj, ciesząc się powrotem do zdrowia, a głównie odzyskanym słuchem.

Nie podaję powyższego środka jako panaceum, tém bardziej, że raz zawiódł mnie w głuchocie z zaziębienia, a zatem z téj saméj natury co i w powyższéj obserwacyi, pochodzącéj, zachodziła tylko różnica, że w tym razie głuchota trwała od siedmiu miesięcy, i że słaby poprzestał na 12 posiedzeniach. Wyznaję jednakże, że po kilku pierwszych niewidząc najmniejszego polepszenia, sam zwątpiłem o właściwości środka, a przynajmniej o niewczesności onego. Sądzę niemniej, że w głuchocie natury reumatycznój, przedewszystkiem należy próbować prądu elektrycznego, który podług wyżéj przytoczonych naukowych powag, tém jest skuteczniejszym im wcześniéj jest zastosowanym.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 19 Sierpnia 1862 r.

(Prezes p. Kulesza).

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

Złożono:

1) Od Dra Wilh. Lubelskiego: „Małżeństwo pod względem fizylogii i higieny. Warszawa 1862 r.“ (Sprawozdawca: p. Stanisław Janikowski).

2) Od Dra Londyńskiego, Lekarza powiatu Radzyńskiego, pragnącego zostać członkiem korespondentem Towarzystwa, rękopis p. n. „O błoniastém zapaleniu gardła i krtani (diphtheritis) w mieście Radzyniu 1859 r. panującym.“ (Sprawozdawca: p. Apte).

P. Rosenblum odczytał sprawozdanie o dwóch broszurach balneologicznych Dra Fleckles z Karlsbadu i wspólnie z kol. Langowskim przedstawił autora na członka Towarzystwa.

Przy téj sposobności mówił p. Rosenblum o wodach mineralnych mogących być wskazanemi w chorobie syfilitycznej, i wspomniał, że jedne tylko wody ciepłe siarczanne Akwizgrańskie (Aix-La-Chapelle) mogą być pomocne i to w razach powikłania choroby syfilitycznej ze skrofułami, z artrytyzmem lub z przypadłościami wynikającemi z nieregularnego lub zbyt częstego użycia kuracyi merkuryalnej.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 2 Września 1862 r.

(Prezes p. Kulesza.)

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia

P. Sciborowski odczytał sprawozdanie z rozpraw Dra Klopsch z Wrocławia p. n. 1) Prolegomena od historiam physiologiae in Schola Boerhavia; 2) Mikroskopische u. chemische Untersuchung eines Lithopädion; 3) Orthoped. Studien u. Erfahrungen. Breslau 1861, i wraz z kol. Konitzem przedstawił autora na członka korespondenta Towarzystwa.

Złożono od Dra Karola Kaczkowskiego, pragnącego zostać członkiem Towarzystwa, rękopism p. n. „O rzeźączce u kobiet“ (sprowozdawca p. Konitz).

P. Apte odczytał sprawozdanie o rozprawie Dra Romana Londyńskiego, lekarza powiatu Radzyńskiego „O błoniastém zapaleniu gardła i krtani (diphthertis) w mieście Radzyniu 1859 r. panującym“ i wspólnie z kol. Langowskim przedstawił autora na członka korespondenta Towarzystwa.

W końcu posiedzenia załatwiano bieżący interes administracyjny.

SPRAWOZDANIE

z czynności kliniki chirurgicznój przy Cesarsko-Królewskiej
Warszawskiej Medyko-Chirurgicznój Akademii
w roku 18⁶⁰/₆₁.

skreślił Dr. Le Brun,
Professor kliniki chirurgicznój, Naczelnny Lekarz Szpitala
Dzieciątka Jezus, etc. etc.

(Dokończenie).

Do rozpoznawania różnych form *raka*, posłużyło nam sześciu chorych; 4ch mężczyzn, a 2ie kobiet.

Ta straszliwa niemoc, tak częsta i nie ustępująca nigdy z widowni praktycznego pola, lubo w ostatnich czasach dokładniej rozpoznana została z anatomicznego i fizyologicznego stanowiska, najgrawa się jednak dotąd z wszelkich naszych środków do zwalczenia jój zastosowanych. Podrzedną także pomoc daje operacya, a ilekroć tak wykonaną być może, że zrakowaciałą część w zupełności usunąć zdoła, jest jeszcze do dziś dnia najpewniejszym środkiem oswobadzającym chorych od okropnych bólów i oddalającym je na czas mniej więcej długi, niekiedy na miesiące i lata. Leczenie się środka

P. T. L. W. Tom XLVIII.

tego, ma także swoje granice. Są okoliczności nakażące niemal chirurgowi wzięcie się do noża i w takich razach operacją wykonać powinien; są inne przypadki mniej dobrze wróżące, niestawiające jednak przeszkody do działania operacyjnego, które zatem i w tych razach wykonane być może; lecz są nakoniec tak smutne położenia rzeczy, że operacja nie przedstawia najmniejszej dobrej strony, a nawet wyraźnie wystawiłaby chorego na okropne cierpienia i przyspieszyłaby skon jego. W takich już operacji robić się niegodzi.

Otóż u chorych naszych rakiem dotkniętych, zasad tych trzymaliśmy się ściśle i wyluszczyliśmy zawsze studentom powody, które nas do chirurgicznego działania skłoniły. Rak sutki, rak kuli oczowej, rak powtórnie rozwinięty w oczodole po poprzednio wyluszczonej zrakowaciałem oku, ogromny polip rakowaty rozrośnięty w jamach nosa i zatocy czołowej, rak gruczoła zauszne-go (Parotis), służyły nam za przykłady różnych form téj choroby i wskazań chirurgicznych.

Chory z *wodną puchliną jądra* (hydrocele), uleczony był przez wypuszczenie płynu i nastrzykanie rozcieńczonej tynktury jodowej.

Trzy wypadki *zweżeń cewki moczowej* obeznały studentów z niemocą, z którą często mieć będą do walczenia. Jedno z tych zweżeń połączone było z przetokami moczowemi w międzykroczu. Użyliśmy głównie do leczenia tych zweżeń zrazu świeczek woskowych i elastycznych. Pierwsze przyrządzone były podług sposobu Prof. J o b e r t, to jest, w końcu powleczone roztworem ałunu. Doprowadzone do miejsca zweżenia pozostawały w zetknięciu ze ścianami kanału przez pół godziny lub dłużej. Powstawał z tąd większy przyływ

śluzu do części podrażnionej, to jest do miejsca zwężenia, poczem po dniach dwóch lub trzech, świeczka już przez zwężenie przeprowadzić się dawała. W innych wypadkach, do przejścia przez miejsce zwężone dobrze nam posłużyły świeczki z oliwkowym łepkiem, a do stanowczego rozszerzenia zwężeń, używaliśmy zgłębników metalowych Benekiego, stopniowo coraz grubszych.

Kamień pęcherza moczowego, chorobę tak rzadką w kraju naszym, napotkaliśmy raz tylko jeden w tym roku, u statecznego nauczyciela, który od dawna dręczony cierpieniami z nią połączonemi, przybył do Kliniki naszej ze stałą wolą pozbycia się ich materyalnej przyczyny. Niezbywało u tego chorego na żadnych znakach obecności kamienia w pęcherzu, a nawet zdawał się być dość sporym i niezbyt twardym. Obok obszerności cewki moczowej i łatwości zaprowadzenia zgłębnika do pęcherza, operacya kamienia tego była wskazaną przez skruszenie go w pęcherzu, tém bardziej, że chory życzył sobie być tym sposobem operowanym. Stosownie zatem do tych okoliczności, po należytem przygotowaniu chorego, wzięliśmy się do skruszenia tego kamienia za pomocą narzędzia *Heurteloup*.

Zaprowadzenie narzędzia tego łatwo dało się uskutecznić, lecz pomimo dobrze oddalonych ścian pęcherza przez poprzednie wypełnienie go wodą, usiłowania nasze ujęcia kamienia spełzły na niczém. Z obawy spowodowania zapalenia pęcherza i groźnych jego następstw, niechcieliśmy zbyt długo i gwałtownie obstawać przy tém działaniu, zwłaszcza, żeśmy mieli przekonanie, że do osiągnięcia tą drogą pożądanego celu należało mieć szczególną wprawę, której przy nader rzadko wydarzających się u nas kamieniach pęcherzowych, nabyć jest nie

podobna. Jakoż kruszenie kamieni w pęcherzu, w niektórych krajach jest wyłącznym zajęciem specjalistów.

Obawiając się zatem narażać chorego naszego na nowe niepotrzebne cierpienia i nowe niebezpieczeństwa, przez powtarzanie próby kruszenia kamienia w jego pęcherzu, staraliśmy się skłonić go do operacji przez cięcie, operacji, którą w praktyce naszej robiliśmy tak często i tak szczęśliwie. Chory zgodził się na nią. Zrobiliśmy ją cięciem bocznym, litotomem Brata Kosmy, po poprzednim zachloroformowaniu chorego.

Wszystkie czasy operacji odbyły się spiesźnie i gładko; doszliśmy do pęcherza, powiększyliśmy w nim ranę litotomem i z łatwością wprowadzonemi kleszczami ujęliśmy kamień. Lecz kamień ten był tak kruchy, że pod najumiarkowańszym naciskiem kleszczy tylko do przytrzymania go koniecznym, rozpadł się w drobne kawałki i pod postacią okruchów wyjętym i spłókanym został. O ile z jednej strony przykro nam było, żeśmy kamienia takiego w pęcherzu skruszyć nie zdołali, z drugiej strony, gdy cała operacja odbyła się prędko, bez wywarcia najmniejszego gwałtu na pęcherz i na szyję jego, gdy nadto mieliśmy przed sobą chorego, który zdawał się być w dobrych warunkach zdrowia, wszystko to pocieszało nas i robiło nadzieję, że działanie operacyjne pomyślnym skutkiem uwieńczone zostanie. Atoli z naszym największym utrapieniem, rzeczy wzięły najgorszy obrót; kilkakrotnie powtarzały się krwotoki, rana przeszła w zgorzel i chory skutkiem zakażenia ropiastego w kilka dni po operacji zakończył życie. Student p. S t a n k i e w i c z zajmował się tym chorym, skreślił rzetelny opis téj choroby i zmiany patologiczne w ciele jego po śmierci znalezione, mianowicie do wysokiego stopnia posunięte zni-

szczenie nérek, przy którém chorego życie już tylko krótko trwać mogło.

Wiele przedstawiły korzyści dla nauki trzy przypadki *przepuklin*; wszystkie u kobiet, lecz każda innego rodzaju. Jedna z tych przepuklin była bardzo dawną i już przed kilką laty operowaną. Połączona była z przetoką kiszgową (*fistula intestinalis*), albo raczej tak zwanym otworem odbytowym przypadkowym (*anus accidentalis*). Był to przypadek z wielu względów ciekawy i nauczający. Druga chora przybyła zbyt późno do kliniki, by operowaną być mogła; trzewy w przepuklinie zawarte przeszły już w zgorzelinę, tętno upadło, ciało wystygło i po kilku godzinach chora żyć przestała. Na koniec trzecia chora odesłana do kliniki z przepukliną pachwinową uwieczoną, dla naglących symptomatów i w przekonaniu, że operacja jedynie w właściwej porze wykonana skuteczną bywa, bez zwłoki takowej poddana została. Operacja uskutecznioną była pod wpływem chloroformu i przy świetle świec. Powiodła się w zupełności.

Zasługuje tu jeszcze na wzmiankę *zwężenie pochwy macicznej* u młodej kobiety po ciężkim porodzie. Zamierzaliśmy rozszerzyć pochwę przez stosowne nacięcia; gdy jednak na takowe chora zezwolić nie chciała, przestaliśmy na zaprowadzaniu coraz grubszych czopków, które mało co skutku sprowadziły.

Dawno trwające *opadnięcie macicy* u czterdziesto-kilkoletniej kobiety, staraliśmy się radykalnie uleczyć przez tak zwaną Episorafią. Operacja tylko w części się powiodła.

Z wad ukształcenia mieliśmy *wargę zajęczą* i *stopę końską*. W obu tych razach, stosowne operacje wykonane zostały.

Na zakończenie uwag naszych o chorobach chirurgicznych leczonych w klinice naszej, wspomniemy jeszcze o *zapaleniu żył* (Phlebitis), którego przedmiotem był jeden ze studentów naszej Akademii. Nieszczęśliwy ten młodzieniec, po trzydniowym pobycie w klinice zakończył życie.

W Y K A Z

*operacji wykonanych w klinice chirurgicznej Ces.-Król.
War. Med. Chir. Akad. w ciągu roku 18⁶⁰/61.*

R o d z a j o p e r a c y i	Mężczyz.	Kobiet	Razem
1. Otworzenie większych ropni w różnych częściach ciała na piersiach, na udach w pachwinie i t. d.	3	2	5
2. Cięcia większe przetok podskórnych...	2	2	4
3. Cięcia dla wydobywania odszczepów kostnych lub sekwestrów	4	1	5
4. Przecięcie podskórne ścięgna Achillesa i rościęgny stopowej	—	2	2
5. Wyluszczenie członków palcy	1	1	2
6. Wyluszczenie palcy rąk i nóg	5	4	9
7. Amputacja pierwszego członka palca wielkiego ręki	—	1	1
8. Wypiłowanie (resectio) kości jarzmowej	1	—	1
9. Odpiłowanie główki kości dłoniowej..	—	1	1
10. Odpiłowanie dolnego końca kości goleniowej	1	—	1

Rodzaj operacyi	Mężczyzn.	Kobiet	Razem
11. Odpiłowanie dolnego końca kości łokciowej	1	—	1
12. Częściowe odjęcie stopy podług Pirogowa	1	—	1
13. Częściowe odjęcie stopy podług Choparta	1	—	—
14. Częściowe odjęcie ręki w stawie dłoniowo-napiętkowym	1	—	1
15. Odjęcie uda jednopłatowe	1	—	1
16. Odjęcie goleni	3	1	4
17. Odjęcie ramienia	1	—	1
18. Trepanacja czaszki	1	—	1
19. Wyłuszczenie zrakowaciałej kuli oka	1	—	1
20. Wyłuszczenie bardzo wielkiego polipa rakowatego z jamy nosa	1	—	1
21. Wyłuszczenie guza rakowatego szczęki górnej	—	1	1
22. Założenie szwów supełkowatych	—	3	3
23. „ Okręcanego przy wardze zajęczyj	—	1	—
24. „ Podwójnego i na wałkach w episorafii	—	1	1
25. Przebicie brzucha	—	1	1
26. Wyłuszczenie raka piersi	—	1	1
27. Wyłuszczenie raka z oczodołu	—	1	1
28. Operacya wodnej puchliny jądra	1	—	1
29. Wycięcie migdałów	2	—	2
30. Operacya przetoki odbytovej	1	—	1
31. Operacya kamienia moczowego	1	—	1
32. Gwałtowne sprostowanie skurzonej kończyny	1	—	1
33. Operacya wrośniętego paznokcia	—	1	1
Razem...	35	25	60

O niektórych z tych operacji wspomnieliśmy wyżej, mówiąc o chorobach, które je wskazały; lecz do uzupełnienia pracy naszej potrzebujemy dodać jeszcze niektóre objaśnienia.

Do szwów chirurgicznych używaliśmy nitek jedwabnych. W jednym razie dla wzmocnienia szwu po epiziorafii użyliśmy druta srebrnego, zaprowadzając go za pomocą dowcipnych igieł *Sympsona*.

Wypiłowanie kości jarzmowej wykonaliśmy na silnym mężczyźnie, którego koń całą siłą kopyta uderzył w okolice zewnętrzną i dolną oczodołu. Głęboka rana, połączona z pęknięciem kości jarzmowej, wymagała oddalenia ruchomych jej kawałków, przyczem wypiłowanie całej kości koniecznym się okazało. Co gdy uskuteczniłem zostało za pomocą stosownej, do wypadku tego zostosowanej operacji, oko pozostało nienaruszone i znalazło jeszcze dostateczne oparcie na powierzchni dolnej oczodołu kości szczękowej górnej. Nie mieliśmy jednak pociechy uratowania tego chorego. Zjawiska mózgowe stawały się codziennie groźniejszymi, chory był ocieężały, ospały i wymiotował. Okazało się później, że pęknięcie czaszki rozciągało się na część skroniową kości czołowej. Chory poźółkł jak cytryna i po dniach kilku żyć przestał. Ciekawe szczegóły dotyczące tej choroby, wraz z wypadkami śledztwa pośmiertnego, opisał dokładnie student p. **S i k o r s k i**.

Trepanacją czaszki wykonaliśmy na młodym chłopcu, z powodu zakłęśnięcia zgruchotanej kości bocznej głowy i wywartego ztąd nacisku na mózg. Gdy wyważenie kości tej było niepodobnym, a symptomata nacisku mózgowego stawały się coraz groźniejszymi, wzięliśmy się do działania operacyjnego. Atoli wydobyć zakłę-

śniętych kawałków kości, znosząc nacisk, nie zniosło jego skutków i chory ten umarł na zapalenie mózgu i błon mózgowych, i następne zebranie się ropy w mózgu.

Do odjęcia kończyn w różnych miejscach ich ciągu, dały nam wskazania obrażenia ich, połączone ze złamaniem i zgruchotaniem kości i ze zniszczeniem części miękkich.

Taki smutny obraz przedstawił nam szesnastoletni chłopiec ze zgruchotaną kością udową i poszarpanymi mięśniami od strony wewnętrznej. Tylko metodą jednopłatową, mianowicie płatem zewnętrznym, odjęcie udało się skutecznym być mogło. Stan chorego nie cierpiał żadnej zwłoki; lecz operacja już w tym razie jako ostateczny środek wykonana, niezdolała ocalić chorego. Natura nie mogła ożywić się odczynem organizmu, chory szybko upadł na siłach i przed ukończeniem drugiej doby po operacji żyć przestał. Śledztwo pośmiertne nie wykryło żadnej organicznej przyczyny śmierci, która zapewne nastąpiła skutkiem gwałtownego wstrząśnienia układu nerwowego, a może i skutkiem krwi utraty przed operacją.

Złamanie dolnego końca kości ramieniowej, połączone ze zgruchotaniem obu górnych końców przedramienia, z otwarciem i poszarpaniem stawu, skłoniło nas do odjęcia choremu kończyny ponad stawem łokciowym. Chory ten wyzdrowiał w krótkim czasie.

Rzadką operacją Pirogowa, tak zwaną osteoplastyczną, odjęcia nogi w stawie stopowo-napiętkowym, z zachowaniem części kości piętowej, nastąpił nam wypadek pewnego nadleśnego. Cała jego stopa poprzednio zniszczona przez odmrożenie i pozbawiona palcy, uległa po kilku latach przeistoczeniu tłuszczowemu. Kości stopy

rozmiękczone, pokrywała skóra owrzodzona i zniszczona od strony podeszwy; kość piętowa, skokowa i goleniowa zdawały się być zupełnie zdrowymi. Uważaliśmy w tym razie za wskazane odjęcie częściowe stopy sposobem *Pi-rogowa* i wykonaliśmy tę operacją podług jego przepisów. Płat piętowy obejmujący w sobie część przepiłowanej kości piętowej, starannie szwami i plastrami przszyty i przytwierdzony został. Nie nastąpiło jednak przyrośnięcie jego, a ogromna rana powstała po jego odklejeniu się, przybrała złe wejście i przeszła w zgorzel. Chory w kilka dni po operacji skutkiem zakażenia ropiastego zakończył życie; Student p. Kosiewicz opisał starannie historią jego choroby.

Przeciwnie najpomysłniejszy wzięło skutek częściowe odjęcie stopy, czyli tak zwana amputacja Choparta. Prezydent Akademii przy operacji téj był obecny. Pożądaný obrót rzeczy spowodowało bezpośrednio zrośnięcie się wielkiego płata z podeszwy wyciętego z górną powierzchnią rany. Niepamiętam tak prędkiego i tak dokładnego zrośnięcia się tak obszernych powierzchni, z różnorodnych tkanin złożonych, bo rzeczywiście żadne tu ropienie nie miało miejsca. Chora niesłychanie prędko przyszła do zdrowia i miała obszerną podstawę piętową do podpierania ciała. Aby jednak zrośnienie części świeżo z sobą połączonych było silnym, trwałym, aby blizna nabrała należytej mocy, pomimo całkiem zagojonej rany, kazaliśmy choréj przez kilka tygodni zachować się spokojnie i tylko przy pomocy kuli przechadzać się z miejsca na miejsce.

Te dwa przypadki nastęrczyły mi sposobność mówienia o częściowych amputacjach stopy. Staralem się obeznać słuchaczy ze wskazaniem przeważającemi szale

za tym lub za owym sposobem operacyjnym, niepuszczając z uwagi okoliczności, które w danych razach dają pierwszeństwo całkowitemu odjęciu kończyny nad ich odjęciem częściowém. Obszerniej rozwodziłem się nad tym przedmiotem u pierwszego z tych chorych, i wyznać muszę, że głównie pragnąc dogodzić jego życzeniu skłoniłem się do operowania go sposobem Pirogowa; bo gdybym chciał iść wyłącznie za głosem mego przekonania, byłbym mu odjął goleń pod kolaniem. Przy rodzaju zatrudnienia tego chorego, jako leśniczego, szcudło dobrze osadzone na kolanie, zapewniało mu wszelki grubszy użytek z kończyny, lepszy chód i daleko pewniejszy punkt podpory, jakiegoby nigdy nie znalazł na pieńku najlepiej zabliznionym po operacji Pirogowa. Dodajmy do tego, że niebezpieczeństwo amputacji w ciągu kości jest zawsze mniejsze, niż po ich wypiłowaniach i wyluszczeniach ze stawów. Lecz wola chorego przy wątpliwym wyborze sposobu operacyjnego, ma także swoje prawa, i nieraz uleść jój trzeba; a gdy ztąd smutny wypadek nastąpi, będzie on dla nas mniej dotkliwym.

UWAGI NAD ZBOCZENIEM RUCHÓW

w chorobach mózgu.

podał Dr. Stummer.

Jeden z ostatnich dzienników medycznych paryzkich, między innymi lekkimi pracami zamieścił artykuł pana Mesnet, pod tytułem: *Guz znacznej objętości w mózgu; Zboczenia czynności ruchowych, ruchy kołowrotowe*. Rzadkość wypadku, zbyt pobieżnie może na francuzki sposób przytoczonego, rzecz istotnie wzbudzająca zajęcie dla historii patologii mózgowej, mianowicie:

co do szczególnego zboczenia ruchów (kołowrotowych), chęć zrobienia nad tym wypadkiem kilka uwag, jak również zamiar opowiedzenia również ciekawego zboczenia czynności ruchowych są powodem, że podnoszę artykuł p. Mesnet, do szczegółowego rozbioru.

Chory p. Mesnet, człowiek około 40 lat mający, przybywa do szpitala w celu leczenia się na chorobę już 2 $\frac{1}{2}$ roku trwającą. Pierwszemi oznakami miały być bóle głowy, z mniej więcej częstymi pogorszeniami. W najgwałtowniejszych atakach, ból zwyczajnie zdawał się umiejscowiać w przedniej prawej stronie głowy. Co do stanu władz umysłowych, uważano tylko nadzwyczajnie

czajną trudność zebrania myśli; od rzeczy nie mówił wcale, pamięć znacznie miał osłabioną; czułość mocno podniesiona; skłonność do płaczu bez powodu, twarz smutna, wzrok bez wyrazu, rodzaj osłupienia. Co się tyczy czynności ruchowych, zmiana najprzód dawała się poznać przez stopniową utratę sił, następnie w skutek tego ociężałość w chodzie, niemożebność prawie absolutną dojścia do zamierzonego miejsca. Niema żadnego porażenia czucia lub ruchu ze strony lewój, lecz summa cała ruchu i siły, którą włada chory, zdaje się na prawą połowę ciała obróconą. Jeżeli chory chce się unieść, chcąc wyjść *np.* na łóżko, robi to prawą nogą, chcąc toż samo zrobić lewą, upada; źrenice równo rozszerzone w obydwu oczach.

Najbardziej uderzającą jest zupełna niemożebność, w jakiej znajduje się chory, iść wprost przed sobą linii. Siła jakaś niezwyceżona zdaje się ciągnąć go z lewój ku prawój stronie, a postępowanie odbywa się zawsze po linii krzywój; w tym kierunku kilka razy znaleziono chorego leżącego na ziemi z rana, zawsze jednak zlatywał na prawą stronę łóżka.

W ostatnich tygodniach, chory dostaje kilka napadów jakby epileptycznych, które w końcu stają się coraz częstszymi i charakter chorego zmienia się, staje się jeszcze więcej ponurym i milczącym; jeżeli kto odezwie się do niego, zaczyna płakać, odpowiada na pytanie dobrze, niesłuchanie jednak wolno. Wpada nakoniec w stan ogólnego osłabienia i umiera, straciwszy w ostatnich dniach świadomość o wszystkiém, co go otaczało.

Cóż pokazała sekcyja? każdy z nas ciekawie zapyta! Otóż za mało ścisłości znajduję w tym najważniejszym rozdziale

dla nas; znaleziono nowotwór znacznej objętości w półkuli prawej, w części prawie w płacie przednim, w części w jamie komórki bocznej; guz ten, wielkości billarowej kuli, na zewnątrz nie odznacza się ani zmianą w błonach, ani nawet warstw substancji mózgowej ją otaczających. Zwoje mózgowie (gyri) znikły, rozumie się, w tej okolicy; lecz niema ani zrośnień, ni śladów kongestji lub rozmiękczenia, nic, jak tylko nabrzmienie twarde, białe jak perłowa macica, trzeszczące pod nożem, o naturze którego wiadomości dostarczane przez mikroskop nic stanowczego nie oznaczają. Płuca, wątroba, śledziona, nérki i jądra, nie przedstawiają żadnych złogów gruźelkowych lub rakowatych. Kości czaszki są cieńsze, szczególniej po stronie prawej, tak dalece, że w okolicy guza czołowego została tylko blaszka zewnętrzna.

Uwagi, jakimi fakt ten natchnął p. Mesnet są bardzo ważne, z dwojakiego punktu widzenia: fizjologicznego i patologicznego.

Przytoczymy tu z nich najważniejsze:

Jedna z kwestji najważniejszych, podniesiona przy tej sposobności przez p. Mesnet, jest odnosząca się do kierunku przymusowego ruchów, czyli tego, co autor nazywa zjawiskiem de l'entraînement. P. Mesnet wspominając o studiach, jakie robione były do dziś dnia co do tych ruchów nieprawidłowych, odróżniając ruchy przodowe (propulsio), ruchy wsteczne (retroversio) i obrotowe (circulatorii), robi uwagę, że zapomniano tu o ruchach skośnych (obliqui), którychto ciekawy przykład właśnie przedstawia nam chory jego.

Prawda, powiada on, że rodzaj ten mógłby być połączony pod pewnym względem pod ruch obrotowy,

lecz pytanie to tym sposobem nie uprościłoby się tak dalece, ani też wyświeciło, gdyż dziś jeszcze dalecy jesteśmy od zgody, co do sposobu pojawiania się tego ostatniego zjawiska, i co do związku ze zboczeniem mózgowym, do którego on się odnosi.

Bądź co bądź, z dyskusji zdań różnych patologów, którzy kwestyą tę studjowali, p. M e s n e t wnosi, że jeżeli ruchy obrotowe są wywoływane przez różne obrażenia mózgowe, to ruch odbywa się zawsze prawie ku stronie obrażenia, szczególnie, gdy to się znajduje w warstwach wyższych mózgu.

Ruch jednak taki nie koniecznie musi być następstwem istnienia guza, lub obrażenia materyalnego, mniej lub więcej ciężkiego ośrodków nerwowych, bo widziało przecież ruchy podobne bardzo wyraźnie wtedy, gdy nie istniała jak tylko prosta kongestia.

P. M e s n e t przedsięwziął zbadać, jaka mogłaby być przyczyna tego mimowolnego pociągu do ruchów w zakreślonej linii. Czy szukać jej należy, mówi on, w niedokładnym widzeniu, w osłabieniu jednej połowy ciała, czy też w zbyt niem naprężeniu mięśni jednej połowy. Łatwo dowieść było, że przyczyna ta nie leży ani w niedokładności widzenia, której nie było u chorego o którym mowa, ani w osłabieniu połowiczem, czego widzimy tak częste przykłady bez zboczenia tak szczególnego w kierunku przy chodzeniu. Co zaś do 3go przypuszczenia, tej niepohamowanej czynności mięśni, przyznamy, że to nas bardzo mało zadawalniać może, jest to tłómaczenie faktu faktem. Na jednoby wyszło, ograniczyć się na prostej wzmiance o niem.

Jakkolwiek jednak rzecz się ma z tém wyjaśnieniem trudnym, a które często zastosować się nieda, spo-

strzeżenia kliniczne, które p. Mesnet rozwinął na tle tego zajmującego wypadku, dały mu powód do następujących ostatecznych uwag, które notujemy:

1. Że ruch zbaczający, którego tak charakterystyczny przykład chory przedstawia, piętnuje się niepohamowanym pociąganiem zbaczania w pewnym, zawsze jednym kierunku.

2. Że najprawdopodobniej jest on związany z istnieniem obrzękłości chronicznych mózgu, i że służyć może do rozjaśnienia rozpoznania tego rodzaju cierpienia.

3. Że ruch ten niezwykle objawia się najczęściej (zwykłej) ze strony obrażenia, którego siedlisko, zdaje się należeć przeważnie do części wyższych mózgu: płatów przednich, komórek bocznych, płatów tylnych. (1)

4. Że przedstawia nakoniec największą analogią z ruchami wirowymi przy motylicy, z różnicą naturalnie istoty specjalnej tej choroby, której istnienia nie stwierdzono jeszcze nigdy u człowieka.

Wiadomo nam, że mózg, ten najzawikłańszy, a tak interesujący organ ustroju zwierzęcego, mimo tysiącznych badań i doświadczeń, zawsze, powiedzieć można, do dziś dnia znanym jest tylko w najgrubszych zarysach. Różnorodne elementa składające go, przeznaczenie ich ruchowych i czulnych własności, są bardzo niedokładne, a czynności wielu części mózgu pełne jeszcze tajemnic. Dla tego też korzystamy z każdego wydarzającego się ważniejszego wypadku, aby na coraz liczniejszych danych klinicznych, wraz z pomocniczymi badaniami i hipoteza-

(1) Magendie przypisuje ruch obrotowy obrażeniu piramid przednich.

mi fizyologów oprzeć najprawdopodobniejsze tłumaczenie niewyjaśnionych do dziś dnia pytań z patologii chorób mózgu. P. Mesnet nie daje nam kategorycznego zdania, prawdopodobnej przyczyny tego mimowolnego zбочenia z zamierzonego kierunku, nie tłumaczy nam: jaki związek ma szczególny ten objaw z siedliskiem choroby, zostawiając te kwestye prawie nietknięte, a przecież dzisiaj już niepowinniśmy tak po omacku chodzić, mając tylu uczonych fizyologów skrzętnie pracujących na tém polu doświadczenia.

Guz mózgowy u chorego p. Mesnet, wielkości kuli bilarowej, zajmował w połowie część płata przedniego prawej półkuli mózgu, w drugiej połowie zajmował komórkę boczną prawą; i jakkolwiek nie uważał pan Mesnet zmian w substancyi mózgowej, nowotwór ten otaczającej, wywierał on jednak koniecznie znaczny ucisk na ważne części mózgowe, w których tkwił.

Otóż zastanowiwszy się jakie tu części koniecznie wystawione być musiały na to drażnienie i ucisk, dojdziemy do możliwego dziś wyjaśnienia powodu tego zjawiska. Część płata przedniego mózgu przyległa komórce bocznej, wzgórkowa wzrokowa, jakoteż prążkowana, najwięcej tu wystawione były na ucisk.

Rozbierzmy jaki mieć może w danym wypadku związek twór tkwiący w tém miejscu, z objawami nieprawidłowego zбочenia chodu pacjenta p. Mesnet.

Już to wiemy, (doświadczenia p. Longeta i Magendiego pokazały), że fizjologiczny stosunek wzgórków wzrokowych do czucia światła i widzenia, bardzo jest wątpliwy, tak dalece, że zdaje się, iż przeznaczenie ich całkiem nie usprawiedliwia nadanego im nazwiska. Zniszczywszy wzgórki wzrokowe przy działaniu mocnego

światła, źrenice się ściągają, gdy tymczasem inaczej się rzecz ma po zniszczeniu wyniosłości czworaczych. Co ważniejsza dla nas jednak, że dowiedzioném jest, jako wzgórki wzrokowe mają niezaprzeczony wpływ na ruch odnóg, mianowicie dolnych. Odjąwszy bowiem półkule mózgowe, następnie wzgórki prążkowane, zwierzęta mogą jeszcze stać i chodzić, jeżeli się zaś wzgórki wzrokowe zniszczy, choćby tylko jeden, zwierze słabnie, upada, chociaż porażenie nie bywa zupełne.

Skaleczywszy jeden ze wzgórków wzrokowych, bez odjęcia półkuli mózgowych, zwierzę wykonywa ruch kołowy, na podobieństwo konia w ujeżdżalni. Kierunek ruchu i wielkość opisywanego kola ma być w związku z uszkodzoną częścią pagórka wzrokowego; mianowicie przy uszkodzeniu w $\frac{3}{4}$ częściach od przodu, obrót odbywa się w stronę uszkodzoną, przy skaleczeniu 4ej części od tyłu, w stronę przeciwną. Albo zatem w części przedkowej wzgórków wzrokowych znajdują się włókna, które nigdzie się jeszcze nie skrzyżowały, albo też skrzyżowane poprzednio, powtórném skrzyżowaniem niszczą skutek pierwszego, co zdaniem niektórych ma się dziać w przedkowej części średniej istoty dziurkowatej.

Szczegóły dotyczące tego ruchu kołowego przy uszkodzeniu jednego wzgórka wzrokowego, podane zostały na zasadzie wypadku doświadczeń Schiffa (de vi motoria baseos encephali), tudzież Rosera i Wunderlicha, opisane w Med. Vierteljahrschrift z ostatnich czasów.

Zdaniem jego ruch nadmieniony u zwierząt, nie pochodzi z zupełnego lub niezupełnego porażenia całej połowy ciała, lecz jedynie z porażenia nóg przednich w ten sposób, że w jednej porażone są mięśnie odwodzące, w

drugiej przywodzące, skutkiem czego nogi te zbaczają w kierunku przeciwnym względem kierunku kołowania.

Co do wzgórków prążkowanych, to jakkolwiek zdania są podzielone, wiele doświadczeń, a między niemi Magendiego, powoduje tego ostatniego do przypisywania wzgórkom prążkowym mniemaną siłę, mającą nadawać popęd ruchom na boki i ku tyłowi.

Odnosnie do własności w tym razie półkuli mózgowych, przypomnieć bym mógł, że robione doświadczenia na psach okazały, że po wyjęciu półkuli mózgowych następowało osłabienie chodu, lub porażenie cząstkowe pojedynczych członków. Czyby to było skutkiem cierpienia samej półkuli, czy też innej części bezpośrednio na ruch wpływającej, która półkule łatwiej pociąga do spółciepienia u człowieka, niż u innych zwierząt? w obecnym stanie nauk ściśle odpowiedzieć na to nieumiemy.

Daliej wiemy, że głównym narzędziem woli są półkule mózgowe. Według robionych doświadczeń mamy prawo przypuszczać, że znajduje się w półkulach osobny układ cewek, przesyłający do włókien nerwowych te tylko wrażenia, które odbiera od woli, na inne zaś całkiem obojętny. To przypuściwszy, nadmieniony wyżej przypadek słabego porażenia, obok ograniczonego cierpienia półkuli mózgowój, może dałby się pojąć tym sposobem, że to nie jest porażenie, czyli zniesienie władz ruchu w ścisłym znaczeniu, lecz że z powodu uszkodzenia pewnej części cewek owego oddzielnego układu, wpływ woli objawić się niemoże (1).

(1) Majer: Fiziol. ukł. nerw. 290.

Otóż zdaje mi się, że ucisk silny i następowe porażenie częściowe, przy powyższych zestawionych spostrzeżeniach znakomitych fizjologów, łatwo wytlómaczyć może zajmujące zjawisko obserwowane przez p. M e s n e t; i niewiemy, dla czego tenże wolał niezadawać sobie téj pracy.

W obserwacji p. M e s n e t, zwraca także uwagę, że pacjent jego przy tak ogromném nabrzmieniu w mózgu, słabe ledwie znaki porażenia lewego okazywał.

Otóż wypadki takie nie rzadko się przytrafiają. Przypominam sobie wypadek opowiedziany przez R o m b e r g a, sekcyi odbytej na 54 letniej kobiecie, która również lat parę cierpiąc na bole głowy, w ostatnich miesiącach na amaurose, a w ostatnich tygodniach na epilepsję w połączeniu z niedoświetlaniem, u której także małe ledwo osłabienie było odnóg, a sekcyja pokazała nowotwór wielkości małego jabłka, tkwiącego na tylnej części *lamin cribrosae ossis ethmoidei*, i na siodle tureckim. Guz wazący około 4 uncyi, również z mocnej, prawie napół chrząstkowatej tkanki złożony, białymi i żółtawymi smugami poprzegradzany. Części sąsiednie prawie niezmiennione, nieco tylko spłaszczone i z miejsca wypchnięte.

Również podobny wypadek widziałem przed lat 6 na klinice Wiedeńskiej: raka wielkości kurzego jaja w prawym przodowym płacie wielkiego mózgu, gdzie żadnego znaku porażenia nie było. Mowa trudna, drgania odnóg. Chory ten po kilku napadach konwulsyjnych nagle umarł.

Te uwagi nasunęły mi się czytając artykuł p. M e s n e t a. Szkoda, że nie podał dokładniejszego opisu choroby, dokładniejszego protokołu sekcyi. Wypadki takie nie codzien nawijają się lekarzowi, a niesłychanie są

ważne dla wytłómaczenia, a chociażby tylko gromadzenia materiału do wyjaśnienia ciemnej jeszcze i zawikłanej mechaniki tego zagadkowego organu.

Od roku prawie obserwuję tu z wielką ciekawością dziewczynę 13 letnią, córkę officialisty górniczego, cierpiącą pomieszanie zmysłów, dziwnym popędem (patrzac na nią) zdaje się mimowolnie ją porywającym do bezustannego biegu. Napada ją to niejako paroksyzmami. Z błędnym wyrazem twarzy, biegnie z otwartemi rękoma z wielką szybkością na przestrzeni dużego podwórca, omijając z niesłychaną zręcznością w ostatniej chwili trafiające się przeszkody; bieg ten zawsze skierowany równo, jakby mimowolnie od prawej do lewej. I bieganie to trwa godzinę i więcej. Widać zmęczenie na jej twarzy spoconej i krwią nabiegłej, upada z umęczenia i w tej chwili się porywa, by znowu dalsze robić ekskursye.

I pytam się sam siebie nieraz, jaka u tej nieszczęśliwej może być wada budowy mózgowej?

Dziewczyna ta odbywać może wszelkie ruchy, chód ma szybki, do biegu podobny, ruch głowy niespokojny. Pamięć, mowa, prawie normalne.

Że tu również zboczenie być musi i ucisk na pagórki wzrokowe, piramidy przednie i pedunculi cerebri, nie podlega wątpliwości. Dr. Roth przytacza wypadek podobnie zanotowany przez Hufelanda: chłopczyna młody w skutek silnego uderzenia batem w głowę, staje się niezdolnym do wszelkiej pracy i przedstawia następnie różne zboczenia funkcji nerwowych, między innemi skłonność niepowstrzymaną do biegu bezustannego, czy to w prostym kierunku, czy ku stronie prawej, czy też w koło. Gdy go gwałtem utrzymano i pytano go

czemu tak biega? odpowiada, że uczucie jakiegoś ogólnego niepokoju opanowywa go i wtedy już nie jest w stanie oprzeć się. Nastąpiły napady konwulsyjne, zrobiono trepanacyą i chłopiec ten wyzdrowiał. Oto wszystko, co nam podaje Dr. R o t h.

Pytanie zachodzi, czy bieg naprzód, nie jest tém samym co zboczenie z linii w kierunku jednym, czyli to nie jest bieg po obwodzie koła o wielkich rozmiarach?

Wiadomo nam, że barany przy kołowaciznie w miarę jak choroba powiększa się, zmniejszają obwód koła, po którym ciągle drepcą. Czy i u człowieka nie są to dwie modyfikacje jednego i tego samego zboczenia?

Nauka niema jeszcze na to odpowiedzi.—

W każdym razie, kilka tych uwag uważałem sobie za obowiązek podać czytelnikom do dalszego zastanowienia się nad tym ważnym przedmiotem.

Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise par Paul Topinard,
Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, ancien
Interne des Hôpitaux. Paris (A. Coccoz) 1860, (w 4ce,
134 str.)

Sprawozdawca Stanisław Janikowski.

Rozprawa powyższa jest owocem kilku-miesięcznego uczęszczania autora do szpitali angielskich, szczególnie londyńskich.

Rozkłada się ona na trzy części:

W pierwszej, czyli na wstępie (str. 7 — 25) podaje autor wiadomości o studiach lekarskich w Anglii, o urządzeniu szpitalów angielskich, ich higienie i t. d. Z tego właśnie wstępu zamierzam zdać tutaj szczegółową sprawę.

W drugiej części (str. 26—92) mówi autor obszernie o sposobach opatrywania ran, używanych w Anglii.

Trzecia wreszcie (str. 93 — 132) zawiera liczne tablice statystyczne mające na celu wykazać stosunek śmiertelności po różnych operacjach w szpitalach angielskich.

Z tych dwóch ostatnich części podam tu tylko takie szczegóły, które pod względem higieny publicznej mogą być ciekawe, w nadziei, że który z kolegów, specjalnie chirurgią zajmujących się, zechce też ze swego stanowiska rozebrać pracę pana T. i zaznajomić nas z tém, co pod względem opatrunku ran z doświadczenia angielskich chirurgów u nas by się zastosować dało.

I. Organizacya lekarska w Anglii.

Do roku 1858 praktyka lekarska w Anglii nie miała najmniejszej prawnej ochrony przeciwko szarlatanizmowi i fuszerstwu.

Dnia 12 Sierpnia 1858, parlament uchwalił *prawo o praktyce lekarskiej* (New medical Act), mocą którego ustanowiono Radę główną nauk lekarskich i wpisu (registration) pod prezydencją Sir Benjam. G. Brodie. Główną czynnością tego bióra jest utrzymywanie spisu osób wykwalifikowanych do praktyki lekarskiej przez pewne ciała upoważnione. Tylko osoby wpisane do tych list, mają prawo do praktyki w królestwach zjednoczonych. W epoce tej, wpisano przedwstępnie do tych spisów wszystkie osoby nie posiadające wprawdzie tytułów naukowych, ale praktykujące od 1 Sierpnia 1815 r.; nie wiele się pewno takich znalazło. Artykuł 32 opiewa, że nikt nie wpisany do tych list, nie ma w sądach prawa żądać wynagrodzenia za wizyty, operacye, lub sprzedaż lekarstw; o karach jednakże nie ma mowy.

Ciała, upoważnione do wydawania dyplomów czyli licencyi, są:

Uniwersytety w 1) Londynie; 2) Oxfordzie; 3) Cambridge; 4) Durham; 5) Edimburgh; 6) Glasgow;

7) Aberdeen; 8) St. Andrews i 9) Dublin, (1 — 4 angielskie, 5 — 8 szkockie, 9, irlandzki);

Królewskie kollegia lekarzy (Physicians) w Londynie, Edynburgu i Dublinie;

Królewskie kollegia chirurgów tychże miast;

Wydział lekarski w Glasgow;

Towarzystwa aptekarskie w Londynie i Dublinie.

Ciała te udzielają różne tytuły, które wszystkie, począwszy od stopnia *bakałarza medycyny* (Bachelor of Medicine, przez skrócenie B. M.) i licencyata położnictwa lub farmacyi, upoważniają do praktyki lekarskiej.

Stopnie naukowe w Londynie. Uniwersytet udziela głównie dwa następujące stopnie lekarskie, bakałarza medycyny i doktora medycyny.

Na stopień *bakałarza medycyny* potrzeba mieć stopień wpisowy, czyli Bakałarza sztuk wyzwolonych (Bachelor of Arts) i złożyć dwa egzamina. *Do pierwszego egzaminu* trzeba dwóch lat nauki, w pewnych wyszczególnionych zakładach, a mianowicie 4ch kursów półrocznych medyko-chirurgicznych z zaświadczeniem profesora o uczęszczaniu, 9cio miesięcznego ćwiczenia się w preparowaniu na trupie i niektórych ćwiczeń w chemii i farmacyi; przedmioty egzaminu są: anatomia, fizjologia, chemia, botanika, materya lekarska i farmacya. Za nim uczeń może przystąpić do *drugiego egzaminu*, musi po pierwszym, preparować na trupie jeszcze przez 6 miesięcy, poprowadzić 6 porodów, pochodzić przez dwa półrocza na klinikę chirurgiczną, przez dwa półrocza na terapeutyczną i t. d.; egzamin ten składa się z patologii i terapii ogólnej, z higieny, chirurgii, medycyny, położnictwa i medycyny sądowej.

Stopień *doktora medycyny* (Doctor of Medicine=D, M.) przyznawać mogą wyłącznie tylko uniwersytety. Warunki, w Londynie, są następujące: 1) stopień bakałarza medycyny; 2) od nabycia rzonego stopnia dwuletnie uczęszczanie do oddziałów chirurgicznych i wewnętrznych ważniejszych szpitali, albo rok tylko i trzy lata praktyki prywatnej, albo wręście pięć lat praktyki; 3) egzamin z różnych gałęzi nauk *filozoficznych* i *lekar-skich*.

Królewskie kolegium chirurgów w Londynie oddziela tytuł: członka (Member), towarzysza (Fellow), i licencyata w położnictwie.

Tytuł członka kolegium (M. R. C. S. Member of the Royal College of Surgeons) nabywa się w skutek dwóch egzaminów, złożonych w przerwie dwuletniej, z których pierwszy z anatomii opisowej i fizyologii, — drugi z anatomii chirurgicznej, patologii zewnętrznej i chirurgii operacyjnej; wymaga się dowód 4ch lat studjów przez odpowiednie świadectwa.

Tytuł *towarzysza* (F. R. C. S.) nabywa się przez wybór, gdy się już jest 15 lat członkiem. Niezbędny jest dowód, że kandydat nie dostarczał ani sprzedawał żadnego lekarstwa, chyba że jest licencyatem Towarzystwa Farmaceutycznego. *Towarzysze* należą do Rady zarządzającej kolegium.

Królewskie kolegium lekarzy (Physicians) również wydaje dyplomy na członków i towarzyszów. (M. R. C. P. i F. R. C. P.)

Towarzystwo aptekarzy udziela stopień licencyata (L. S. A. = Licentiate of the Society of Apothecaries) kandydatom mającym przynajmniej lat 21 skończonych, po 3ch egzaminach: z klasyków, z matematyki, anato-

mii, fizyologii, chemii, botaniki, materji lekarskiej, farmacyi, medycyny, położnictwa, toksykologii i medycyny sądowej; kandydat powinien nadto przedstawić dowód 5-letniej praktyki aptekarskiej, 3ch lat kursów lekarskich i 18 miesięcy kliniki. Widzimy przeto, że farmaceuta angielski ma dość rozległą naukę lekarską, z kąd znowu wypływa upoważnienie do praktyki lekarskiej.

II. Nauczanie lekarskie w Londynie.

W uniwersytecie odbywają się wykłady teoretyczne z medycyny, chirurgii i nauk pomocniczych; przy nim są nadto sale do preparowania na trupach, biblioteka, zbiór anatomiczny, a nawet mały szpital (o 120 łózkach). W ogóle jednak nauczanie *kliniki*, tak lekarskiej jak chirurgicznej i położniczej, rozrzucone jest po całej stolicy w kilkunastu szpitalach, z których jeden od drugiego całkiem jest niezależny. Każdy szpital w nadziei zmnożenia swych dochodów, stara się założyć szkołę. Chirurgowie i lekarze rozdzielają między siebie główne wykłady, przyłącza się kilku ludzi specjalnych w téj lub owéj gałęzi nauk lekarskich lub pomocniczych, powstaje z wolna księgozbiór, gabinety, i zakład stopniowo się rozwija; drukowane ogłoszenia uwiadamiają corocznie o rozmaitości wykładów, przystępności opłat i t. d. Liczba tych zakładów ograniczona jest przez to, że statuta zgromadzeń upoważnionych do wydawania dyplomów, wymagają świadectwa pochodzącego ze szpitala, w którym jest przynajmniej 100 łózek; są jednakże i takie szkoły prywatne, które nie mając własnych klinik, poprzestają na tém, że zalecają swym uczniom najbliższy szpital.

III. Organizacja szpitalów londyńskich.

W Londynie istnieje około 200 zakładów dobroczynnych, szpitalów, infirmeryi; główne z nich są:

St. Bartholomew's Hospital, na 650 łóżek, z których 420 poświęconych wypadkom chirurgicznym: założony w roku 1102. Ozdobami jego byli: Harvey, Abernethy, Pitcairn, A. Cooper, Pott, i inni, dziś p. Lawrence; 40 uczniów mieszka w gmachu.

St. George's, na 550 łóżek, z których 200 na chirurgią.

Guy's Hosp. na 550 łóżek; do szpitala tego należy dom dla przychodzących do zdrowia, położony na wsi.

Uniwersytecki szpital, na 120 łóżek, którego chlubą był niegdyś Liston, obecnie zaś p. Erichsen.

London Hospital, na 445 łóżek (z tych 310 chirurgicznych); założony w 1741 r.

King's College, na 120 łóżek; p. Fergusson wykładami swemi ściąga tu licznych słuchaczy.

Middlesex, na 320 łóżek; *Westminster*, 175 łóżek; *St. Thomas*, 520 łóżek; *St. Mary*, 150 łóżek; *Charing Cross*, 100 łóżek; *Maryle-Bone*, 320 łóżek; *Sick Children* (dla chorych dzieci); *Metropolitau Free Hosp.*; wreszcie:

Dreadnought (czytaj: Drednowt, znaczy: nie lękający się niczego); jest to dawny statek *Caledonia*, o 120 armatach, z kotwicą zarzuconą stale na Tamizie i zamieniony w szpital dla marynarzy wszystkich narodów.

Są prócz tego szczegółowe szpitale dla obłąkanych, dla chorych ocznych, piersiowych, rakowatych, dla potrzebujących leczenia ortopedycznego, i t. d.; oddziały

położnicze, chorób syfilitycznych, skórnych, rozrzucone są po trosze po różnych szpitalach.

Guy's Hospital (czytaj: Gajs), założony w 1721 r. w skutek nadania księgarza Th. Guy, wynoszącego przeszło 6 milionów franków, mieści 550 łóżek, podzielonych na oddziały: chirurgii w ogólności, przypadków chirurgicznych, róży, chorób ocznych, macicznych, syfilitycznych i wewnętrznych. Służba lekarska składa się z 4 lekarzy naczelnych i 3ch chirurgów naczelnych, którzy odbywają wizytę dwa razy na tydzień, o godzinie w pół do drugiej, z 9 lekarzy i chirurgów asystentów, którym po kolei poruczony bywa ambulans, wręście z chirurga mieszkającego na miejscu (*house surgeon*), który w dzień robi wizytę ogólną.

Urząd fclczcrów nie jest znany w Anglii.

Liczba uczniów, którzy po części pełnią czynności lekarza, po części fclczera według naszych pojęć, w jednym szpitalu Gaja wynosiła w r. 1859, 300, którzy podzieleni są na pomocników w chirurgii (*dressers*, dosłownie: opatrujący), na pomocników kliniki wewnętrznej, położnictwa i sekeyi, na sprawozdawców i wręście uczniów wolno słuchających. Najwyżej w hierarchii stoją sprawozdawcy, których obowiązkiem jest prowadzenie historyi chorób na karcie wizytowej. Pomocników chirurgii wypada 4ch na każdego chirurga naczelnego. Chirurg miejscowy (*house surgeon*) zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy uczniami, a przełożonemi; w szpitalu Gaja wybierany jest na 6 miesięcy przez Radę szpitalną z pomiędzy najlepszych uczniów posiadających tytuł członka kollegium chirurgów; dostaje on mieszkanie i żywność w szpitalu. Jeden pomocnik chirurgii, jeden pomocnik kliniki i 1 położnictwa, odbywają téż po

kolei dyżury, mieszkając po 8 dni z rzędu w szpitalu. W końcu roku rozdają się nagrody i pochwały w skutek konkursów na dane temata z nauk nie tylko lekarskich ale i innych, nawet czasami teologicznych (1).

W niektórych szpitalach jest zwyczaj godny uwagi. I tak, w szpitalu *St. George* chirurdzy i lekarzy schodzą się co tydzień w amfiteatrze i rozprawiają w obecności uczniów o ważniejszych przypadkach ze swych oddziałów i o stosowności lub niezbędności proponowanych operacji.

IV. Stosunek śmiertelności po operacjach chirurgicznych.

W szpitalach angielskich jest znacznie mniejszy, aniżeli w szpitalach francuzkich.

I tak, według obliczeń p. *Malgaigne*.

Śmiertelność po operacji przepukliny uwięzionej:

(Wzięta z 220 przypadków) w szpitalach paryzkich wynosi	60%
W szpitalach londyńskich (obliczona przez p. <i>Topinard</i> ze 175 przypadków)	45%

(1) W szpitalu św. Bartłomieja *np.* były między innymi dwa następujące zadania konkursowe: 1, zebrać powagę miejsc z pisma św. na korzyść nauk lekarskich i chirurgicznych i 2, dać rozbiór dzieła biskupa *Butter* p. n. *Analogia pomiędzy religią naturalną, a religią objawioną.*

Śmiertelność po wielkich amputacjach.

(Obliczona z 509 przypadków) w szpitalach paryzkich (2)	55 1/2 %
W szpitalach londyńskich (wzięta z 555 przypadków)	27 1/2 %

Czemuż należy przypisać tę wyższość szpitalów angielskich? Według wielu znakomitych lekarzy, jak pp. Malgaigne, Gosselin i t. d. lepszym higienicznym warunkom szpitalów angielskich.

P. Topinard zdanie swoje pod tym względem streszcza w następujących mniej więcej wyrazach: Korzystne wypadki operacyi chirurgicznych w Anglii przypisują głównie lepszej higienie sal, użyciu środków wewnętrznych wzmacniających i pobudzających i zaniechaniu użycia skubanki.

V. Hygiena szpitalów angielskich.

1. Większa część szpitalów londyńskich otoczone są wolnym miejscem, lub drzewami zasadzonym.

2. *Łóżka*, bez firanek i wielkich napiętrzonych pościeli, *rozłożone są daleko przestrzeni* niż w szpitalach francuzkich, i w pojedynczych salach nie bywa więcej nad kilkanaście łóżek, (w London Hosp. po 12 — 14 łóżek).

(2) Słuszność wymaga, abyśmy nadmienili, że statystyki angielskie są z lat ostatnich, zaś obliczenia p. Malgaigne odnoszą się do lat od 1842; późniejszej statystyki śmiertelności po operacjach, administracya szpitalów paryzkich nie ogłosiła.

3. Oddzielne są sale dla operowanych, dla mających różę i. t. d.

4. Wentylacja z dobrym skutkiem wykonywa się za pomocą kominków, na których niemal bezustannie palą się węgle. Urządzenie to z równie dobrym skutkiem naśladował w Paryżu Dr. Bazin (1), w niektórych salach szpitala św. Ludwika,

(W Warszawie podobno tym samym sposobem przewietrzany jest szpital Ujazdowski. — S. J.).

5. W kilku szpitalach londyńskich konwalescenci przepędzają dzień w oddzielnych salach (zwykle jadalniach), podczas gdy ich sypialnie i pościele się wietrzą.

6. Na każdym piętrze jest umywalnia, to jest: salka, w której chorzy mogący wstawać, myją się, czeszą i t. d. pod okiem kobiet dozorujących.

7. Wychodki są wzorowej czystości.

8. Liczba kobiet dozorujących i posługujących jest stosunkowo większa niż w szpitalach paryzkich.

9. Od 25ciu lat, z popędu Macortneya i Liston a, w szpitalach angielskich przy opatrywaniu ran całkiem wykluczone są: skubanka, ugt. ceratum i inne maście, tudzież liczne opaski i kompresy. Do opatrunku ran służą tylko: a) t. zw. szarpia angielska czyli *lint* (2) jest to tkanina lniana, po jednej stronie nieco kosmata, jak gdyby wata, z której wykrawa się kawałek odpowiedni wielkości rany, i przed przyłożeniem do rany naparza się b) *wodą* czystą lub mającą w roztworze

(1) Porów. L'Union. méd. 1861, str. 150.

(2) Według obliczeń pana Topinard opatrunek ran za pomocą *lintu* jest mniej kosztowny niż za pomocą skubanki.

pewne ciała ściągające i t. p. stosownie do szczegółowych wskazań przypadku. W ogóle woda rozmaitej ciepłoty i w rozmaity sposób użyta, bardzo rozległe ma zastosowanie w chirurgii angielskiej; c) Trzeciém wręście ciałem potrzebném do opatrunku rany, jest jaka materya wodotrwała, *np.* 1, kitajka nagumowana; 2, listki gutaperkowe; 3, papier pokostowany wymyślony przez Dr. Mac Ghie; jest to zwykły papier napojony następującą mieszaniną i wysuszony na wolném powietrzu:

Oleju lnianego gotowanego malarskiego, 4½ kwar.

Głajty czyli tlenku ołowiu, 1 do 2 uncyi.

Wosku białego i terpentyny, trochę.

Gotuj przez godzinę.

Z tak prostego opatrunku wynika daleko mniejsze ropienie; nie ma więc, jak w Paryżu, owych stosów biełizny i skubanki ropą nasiąkłej i zanieczyszczającej powietrze. Przytém ustęp przepisów szpitalnych, przybity w każdej sali, nakazuje pod surową karą natychmiastowe oddalenie z sali przedmiotów, które służyły do opatrunku, a nieraz natychmiastowe tychże spalenie.

10. Nakoniec dyeta chorych w szpitalach angielskich, daleko jest pożywniejsza niż w szpitalach francuzkich.

Tak *np.* w szpitalu św. Bartłomieja, kobiety dostają przy tak zwany całej porcyi i pół porcyi, na śniadanie i na kolację herbatę i chleb z masłem; mężczyźni na śniadanie zupełną mleczną i chleb z masłem, na kolację piwo i chleb z masłem. Na obiad przy całej porcyi chory dostaje codziennie ½ funta mięsa pieczonego, ½ funta ziemniaków i chleb z masłem; przy pół porcyi ¼ funta mięsa, ½ funta ziemniaków i chleb z masłem.

W ogóle dzienna ilość pokarmów przeznaczonych na jednego chorego wynosi:

	przy całej porcyi	przy pół porcyi	przy dyccie rosołowej	przy dyccie mlécznej	przy dyccie ścisłej
Zupy mlecznej	$\frac{1}{2}$ kw. (m)	$\frac{1}{2}$ kw. (m)	$\frac{1}{2}$ kw. (m)	$\frac{1}{2}$ kwarty (m)	
Herbaty	1 kwa. (k)	1 kw. (k)	1 kw. (k)	1 kwarta (k)	
Chleba	14 uncyi	12 uncyi	12 uncyi	12 uncyi	
Mięsa już przyprawion.	$\frac{1}{2}$ funta	$\frac{1}{4}$ funta	3 kwaterki	3 kwaterki mle-	
Rosółu	$\frac{1}{2}$ funta	$\frac{1}{2}$ funta	$\frac{1}{4}$ funta	ka lub $\frac{1}{2}$ kwar.	
Ziemiaków	1 (m); $\frac{1}{2}$ (k)	$\frac{1}{2}$ funta	$\frac{1}{2}$ kwar.	wleka z ryżem,	
Piwa kwart	1 uncya	$\frac{3}{4}$ uncyi	$\frac{3}{4}$ uncyi	arow-rootem lub	trochę chle.
Masła			kaszka	sago.	
Kaszka				$\frac{3}{4}$ uncyi	kaszka lub
				kaszka	klejek ows.

NB. W powyższej tablicy (m) znaczy: dla mężczyzn, (k) dla kobiet. Dodatki, któremi nader hojnie szafują, są następujące: kotlet barani, bifstek, nalew wołowy (herbata wołowa!) ryby, jajka, pudding, galareta, porter, piwo angielskie („ale“), wino i wódka. Szczególniej hojnie szafują temi dodatkami u chorych po operacyach chirurgicznych.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

ZAPALENIE TKANKI KOMÓRKOWEJ MIEDNICY.

Wykład Prof. Simpson w Edyμβurgu

przełożył Dr. Kulski.

Panowie! Poznacie, że objawy zapalenia tkanki komórkowej miednicy różnią się w miarę tego, czy je uważać będziemy przed okresem zaczęcia się ropienia, lub, gdy to już się zaczęło, dla tego, też podzielimy je na dwie części, z których każda osobno musi być rozebrana.

A. Objawy przed zaczęciem się ropienia.

1. *Gorączka zapalna.* Najpierwszemu okresowi choroby towarzyszy już to silniejsza, już słabsza gorączka, poczynająca się zwykle dreszczami, szczególnie u położnic, u których znachodzi się niekiedy, jako jedna z form lub połączeń połogowej gorączki (febris puerperalis). U chorych niepołożnic występuje ta gorączka zwykle jako bardzo silny stan zapalny, z tętnem twardem, przyspieszonym, skórą suchą, językiem obłożonym jak i wszystkie inne zwykłe ogólne objawy wyraźnego zapalenia są obecne. Oprócz tych ogólnych gorączkowych objawów, znachodzą się różne miejscowe objawy, jak:

2. *Bole w miednicy.* Boleści te w miednicy zwykle dolegają chorym w okolicy istniejącego zapalenia i są zależne od wywartego na szczegółowe narządy ucisku, przez wypoconą w sąsiedztwie materiją. Najzwyklejszym objawem istnienia zapalenia tkanki komórkowej miednicy, jest utrudnione moczenie (Dysuria), w następstwie wywartego ucisku obrzmieniem zapalnym na pęcherz moczowy lub tegoż szyję. A ile razy napotkacie chorych z mocną gorączką, skarżących się na częstą potrzebę oddawania moczu, jak również ból przy moczeniu, powinno być naszym obowiązkiem przekonać się, czy objawy te nie są zależnymi od poczynającego się zapalenia tkanki komórkowej miednicy. Podobnie chore skarżyć się mogą na ból przy oddawaniu stolca, gdy zapalenie zajęło tkankę komórkową około kiszki stolcowej, jak to u jednej z chorych naszych w szpitalu miało miejsce, i poprowadziło do wypoconia płynów tamże. Macie w takim razie objawy cierpienia w pęcherzu i kiszce stolcowej przy wypróżnianiu tych zbiorników, z towarzyszeniem zwykle stałego, pukającego bólu w miednicy, a jeżeli przytém znajduje się znaczny stopień gorączki i ogólnych zbroceń, możecie być prawie pewnymi, że z zapaleniem tkanki komórkowej miednicy macie do czynienia. Zupelnój jednakże pewności dostarczy wam badanie fizykalne, gdy przekonacie się o istnieniu

3. *Obrzmienia w miednicy.* Czuć to możecie badając palcem wskazującym prawej ręki przez pochwę lub kiszkę stolcową, a uciskając jednocześnie palcami lewej ręki po nad spojeniem kości łonowych, lub dotykając ku wewnątrz miednicy. W ten sposób badając, dostrzedz można obrzmienie w początku zwykle modły mniej więcej okrągłej lub obłej, czasem jednak zmienionój formą i sprężystością pokładów ścięgnistych (fasciae), które ją wyścielają i ograniczają. Zwykle jest ono zbite, twarde, nadzwyczaj bolesne za dotknięciem i szybko wzrasta w wielkości i zbitości. Jeżeli choroba przerwie się w tym okresie, obrzmienie to może być wessaném, a towarzyszące objawy mogą stopniowo się zmniejszać i ustępować; podobny przebieg wydarza się w połowie, a może i w większej części zapaleń tkanki komórkowej miednicy. Leczą

u reszty, choroba ta trwa dłużej i prowadzi do dalszych zmian, głównie zaś do utworzenia się ropy w tej części, i te to są zwykle wypadki, które często jedynie przychodzi nam leczyć, i to długi czas, dla tego też ważną jest znajomość rozpoznania choroby, gdy

B. Ropienie się zaczęło.

Gdy choroba doszła do tego stopnia, znajdziecie jeszcze gorączkę, ból i obrzmienie, lubo wszystko zmienione mniej więcej w charakterze. Boleści, które na jakiś czas ustąpiły, pojawiają się znowu. Dość często się trafia, że utrudnione moczenie, które nam początek choroby oznaczało, znika na jakiś czas, gdy pęcherz przyzwyczaił się do wywieranego przez obrzmienie zapalne ucisku, a na nowo się pojawia, gdy ropienie się zaczęło. Lub też, chora zaczyna się uskarżać na ból w miejscu, gdzie go dotychczas nie czuła; a wypadki zapalenia tkanki komórkowej miednicy, leczone niekiedy jako nerwoból kulszowy (Ischias) w wyższym stopniu, są zależne od ucisku ropy na nerw kulszowy, gdy ta torowała sobie drogę wzdłuż tegoż przez wielki otwór kulszowy, lub przez włączenie nerwu w sprawę zapalną. Przytém zwrócić należy uwagę na rzadko w prawdzie przychodzący, a bardzo ważny stan odnogi dolnej, głównie zajętej strony. Jeżeli wypocina zapalna ogranicza się głównie, lub wyłącznie na tkance komórkowej jednego z biodrowych wydrążeń (fossa iliaca) i około mięśni zstępujących ztąd ku udowi, w takim razie odnoga bywa zwykle ku żywotowi przyciągniętą i nie może być bez największego cierpienia, lub też zupełnie nie, odprowadzoną i wyprostowaną. Objaw ten widziałem przeważnie w wypadkach zapalenia połogowego tkanki komórkowej miednicy. Oprócz tego obrzmienie się zmienia, zamiast być twardem i mięsistém daje czasem najpierw w jednym lub więcej punktach środkowych uczucie fluktuacyi nagromadzonego płynu. W dodatku do zmian, które następują w istniejących objawach, rozwijają się niektóre zupełnie nowe, a wymagające naszej uwagi, jak:

4. *Gorączka trawiąca* (febris hectica). W miejscu stale podniesionego tętna i jednostajnie podniesionej ciepłoty skóry,

tych charakterystycznych znaków ciągłej gorączki zapalnej, znajdziecie chore podległe zwolnieniom i wzmocnieniem gorączki (*remissio et exacerbatio*). Gorączka trawiąca się rozwija i widziałem kilka wypadków uważanych za suchoty. Tętno słabnie i mięknie, lubo bardzo szybkie, następują lekkie dreszcze, a gorączka znacznie się wzmacza wieczorami. Skóra jest zwykle gorącą, lecz czasami chłodnieje, lub też okrywa się obfitym potem, szczególnież też w czasie snu chorój. Stopniowo, a czasem nagle opada na siłach, dając nam obraz trudny do opisania, a prawie rozpoznawczy wykształconego ropienia.

Traves przytacza, że Sir Astley Cooper zawołany na wieś do chorego, wszedłszy do pokoju i spojrzawszy na chorego, zapytał się zaraz otaczających lekarzy: „Gdzie jest ropień?” Nie podejrzrywano nawet przedtem ropienia, lecz ścisłe badanie potwierdziło to z wyrazu twarzy tak szybko zrobione rozpoznanie, bo znaleziono pod mięśniem piersiowym wielki ropień, który Sir Astley otworzył i w ten sposób chorego uleczył. Trudnym jest zadanie, powiadam wam, opisać chociażby w wielu słowach wyraz twarzy chorych cierpiących na zebranie ropy, w której części ciała; lecz trzeba wam samym pójść i robić spostrzeżenia na salach szpitalnych, a raz nauczywszy się go poznawać, przekonacie się, jak jest ważnym znakiem uzdatniającym was do robienia słusznych wniosków co się tkanie rody wielu, z innych stron ciemnych i wątpliwych wypadków. Dalej, w usiłowaniu rozstrzygnięcia, co się tyczy istnienia ropy w wypadku zapalenia tkanki komórkowej miednicy, często do pomoże wam do oznaczenia tego punktu, wzięcie pod uwagę przeciąg czasu, przez jaki stan zapalny trwał. Bo, jeżeli zapalenie tkanki komórkowej miednicy, trwa od trzech lub czterech tygodni, lub też i krócej, lecz gdy nie ma żadnego zmniejszenia w sile objawów, lecz tylko zmiany jaki wam skreśliłem, to możecie być prawie pewnymi, że w tym czasie sprawa zapalna doszła do tego stopnia, że utworzenie się ropy nastąpiło. Że tak jest w istocie, możecie osiągnąć pewność zupełną, znalazłszy:

5. *Uczucie fluktuacji*. Miejscem, gdzie najczęściej będziecie mogli rozpoznać najpierw w największej części wypadków zapalenia tkanki komórkowej miednicy, uczucie fluktuacji, jest szczyt pochwy tuż poza szyją macicy, lub też po stronie tejże, tak jakby więzadła szerokie rozdzieliły się i otworzyły ku dołowi w swych pokładach przez nagromadzony płyn. Ze szczególnego ułożenia się pokładów powłok ścięgniastych (fasciae) miedniczych, gdy ropa utworzy się w przebiegu zapalenia tkanki komórkowej miednicy w wyższej części samej jamy miednicy, a to, jak sobie przypominacie, jest najczęstsze miejsce choroby, gdy zawsze skłania się do zebrania w tym kierunku w celu wydalenia się jużto u dolnej podstawy szerokiego więzadła, lub też w tylnym cul-de-sac ściany pochwy i w tych też miejscach zdaje się, że pokłady błony ścięgniastej zwykle są cienkie i wiotkie, tak, że fluktuacją najpierw tu czuć można. W wypadkach jednakże, gdzie ropa za głęboko się otworzyła, aby jej obecność przez uczucie fluktuacji odkryć można, trzeba się udać do innych środków, aby się o jej obecności przekonać. Najlepszym środkiem do użycia w tym celu jest.

6. *Wprowadzenie igły badawczej* w środek obrzmienia. Narzędzie to, robiące nam wiele usług w badaniu chrób, może nigdzie nie może być z większą użyte korzyścią, jak w badaniu ropni miednicy, jeżeli te są bardzo trudne w rozpoznaniu. Bo w zwyczajnym biegu wypadków, będziecie mogli zwykle pewne zrobić rozpoznanie, bez jego pomocy; lecz w każdym razie, gdzie zachodzi trudność lub wątpliwość, co do utworzenia się ropy w zapaleniu tkanki komórkowej miednicy, mając powody pewności jej znachodzenia się, można bezwzględnie osiągnąć pewność, zagłębiwszy w środek obrzmienia igłę badawczą. Narzędzie to, może za bardzo zostało zaniedbanem w celu rozpoznawczym w chirurgii, zastanowiwszy się o ile użycie jego wolne jest od niebezpieczeństwa, a jak często ropnie, tętniaki i inne obrzmienia, były jedne za drugie wzięte, gdy używając tejże, podobnych omyłek z łatwością uniknąć można. Wiem o wypadku, gdzie bardzo znakomity chirurg wprowadził igłę badawczą do obrzmienia w pachwinie, w przekonaniu, że

to dymienica (bubo), i żeby o tem obecnych przekonać; gdy ku jego zdziwieniu zamiast ropy, pewna ilość powietrza się wydalila. Była to bowiem przepuklina udowa, której worek uległ zapaleniu, a w którą on igłę badawczą zagłębił, a w ten sposób ocalił się od popełnienia nieszczęsnego błędu otwarcia bisturem worka przepuklinowego, w przekonaniu, że otwiera tylko zapalony i zropiały gruczoł.

Użycie igły badawczej chroni, jak wiem, od wielu błędów w chirurgii położniczej, a od czasu jak nieszkodliwość wprowadzania tejże w najważniejsze narządy jak i najzłośliwsze obrzmienia, w całym znaczeniu została dowiedziona, macie to przekonanie, że użycie tejże, może być z korzyścią i na większe rozmiary prowadzone. Najlepszą igłą badawczą jest długi, cieniutki, nitkowaty trójgraniec, przez który stalowy sztylet przechodzi. Rozumie się, że przez tenże ropa się nie wydali, zagłębiwszy w obrzmienie zbite lub też zapalne przed utworzeniem się ropy, i wtedy dopiero, gdy ropa się znajduje, zwykle kropla lub dwie wydają się przez ciekłą rurkę. W niektórych razach ropa zupełnie nie przechodzi, szczególniej gdy jest gęstą, lecz wyjąwszy rurkę i przedmuchawszy ją, to kropla lub dwie ropy wydalą się. Jeżeli zaś nic nie wypłynie, to ujemny sam ten znak jest ważnym; jak przeciwnie, gdy kropla tylko wypłynie, dostatecznym jestto ostrzeżeniem dla was, aby przystąpić do zupełnego wypróżnienia ropiastego zbiornika.

Lekarz praktyczny, pełen pomysłów, który długi czas bawił w Indyjach, powróciwszy kilka lat temu z powodu upadku na zdrowiu, bawił jakiś czas w Edyburgu i miałem sposobność pokazania mu kilka wypadków zapalenia tkanki komórkowej miednicy, w których obecność ropy za pomocą igły badawczej dowiodłem. Wkrótce potem wyjechał do Londynu, gdzie spotkał się z kilku lekarzami na naradzie u jednej z dawnych jego chorych z Indyj. Wypadek ten, jak mi potem mówił, przedstawiał wybitnie charakterystyczne znaki przykłądu zapalenia tkanki komórkowej miednicy, jaki tutaj widział. Wyraził zdanie swoje kolegom o tym wypadku i zaproponował w celu rozwiązania trudności wprowadzenie igły

badawczój w miejsce choroby. Wszyscy doktorzy drwili sobie z téj propozycji, lecz że wszyscy razem nic nie wiedzieli o rodzie téj choroby, zgodzili się na pozwolenie mu wprowadzenia igły badawczój, co on też zaraz uczynił. Na jego jednakże wielkie zdziwienie i smutek, ropa po wyjęciu sztyletu nie zaczęła się pokazywać, pomimo to nie przekonany jeszcze o fałszywości swego zdania i jako ostatnią nadzieję, przykładła usta do końca rurki i udaje mu się ssąc wydobyć kilka kropel ropy, dostatecznych jednakże do przekonania jego skeptycznych kolegów o rodzie choroby i o wartości igły badawczój, jako środka rozpoznawczego. Zgodzono się następnie na otwarcie ropnia, a chora szybko powróciła do zdrowia. Następstwem wyleczenia tego wypadku była obszerna praktyka w Londynie, jaką w krótkim czasie mój przyjaciel pozyskał, lubo na nieszczęście choroba po kilku latach wróciła i wtrąciła go do grobu.

Jeżeli zatem macie chorą, która miała dreszcze, po których nastąpiła silna gorączka, połączona z bólem wewnątrz miednicy i jeżeli po jakimś czasie gorączka zmienia charakter, przedstawiając zamiast zapalnego, charakter zakaźny, możecie być prawie pewni, że cierpi na zapalenie tkanki komórkowej miednicy, które przeszło w ropienie. W każdym zaś razie, będzie możebnym albo sprostować lub potwierdzić wasze rozpoznanie przy pomocy ścisłego miejscowego badania. Niekiedy jeden lub dwa wyraźne objawy mogą wam podać dobrą wskazówkę o istnieniu choroby. Kilka lat temu byłem przy niepokojącym wypadku porodu razem z moim przyjacielem Dr. Andrzejem W o o t, gdzie chora w ostatnich miesiącach ciąży okazywała objawy pomieszania. Tu zatrudniony, obywatel z północnej Anglii przybył do mnie z kartką, pisaną przez ordynującego lekarza żony tegoż obywatela, prosząc, abym o ile można, jak najprędzej odwiedził chorą. Co się tkanie jój choroby, przytoczył tylko dwa gołe fakta, to jest: że chora porodziła przed sześcią tygodniami, dostała trwającą gorączki i cierpi na bole w miednicy i wzdłuż jednej z odnóg dolnych. Przeczytałem tę kartkę Dwi W o o d, mówiąc, że myślę, iż to jest wypadek ropnia w miednicy, a nad

którego to rozpoznania dokładnością bardzo powątpiewał. Następnego dnia odwiedzając chorą w Anglii, znalazłem wielki ropień w miednicy, którego dostatecznie otworzyłem, a chora wkrótce zupełnie wyzdrowiała.

Przedtem zmiany chorobą wywołane były przyczyną powikłania ich z obrzmieniami rakowatemi, włóknikowemi i torbielowemi macicy lub jajników, lub też innych narządów miednicy; lecz teraz możemy zawsze być pewni rzeczywistej rody wypadku, jeżeli znajdujemy obrzmienie, któremu towarzyszyły ogólne zjawiska, przebiegając regularnie i szybko, i przylegające do kości lub okostniej w znanym stopniu, o jakim już mówiłem. Bo pozwólcie mi powtórzyć, że obrzemia zapalne dają się czuć w takim stopniu umocowane i nieporuszalne, jak tego w żadnym innym wypadku chorobowym widzieć się nie daje, a szczególnież też, jeżeli przychodzi w więzadle szerokiem, swój najpospolitszej siedzibie, a leżąc tuż przy kości biodrowej, daje się czuć jako tak twarde i przylegające, że można je prawie wziąć za narośl kostną. Dawne powiastki o wielkich obrzmieniach jajników i macicy podejrzané rody, a rozchodzące się pod wpływem rtęci i t. d., były to najprawdopodobnie podobne obrzemia przez zapalne wypocenie tego rodzaju utworzone, o jakich mówię.

Zanim porzucę przedmiot o rozpoznaniu, chcę jeszcze o jednym punkcie wspomnieć, a o którym mi może wcześniej mówić wypadało. Poznaliśmy, że ropnie jako wyniki zapalenia tkanki komórkowej miednicy, mogą wrzodowacieć i ropę wydzielać przez różne przewody. Wewnętrznie mogą się same otworzyć 1) do pochwy, 2) do jamy macicy, 3) do kiszki stolcowej, 4) do jakiej wyższej części przewodu pokarmowego, 5) do pęcherza moczowego, i 6), co się rzadko na szczęście zdarza, do jamy brzusznej. Te same ropnie mogą się otwierać zewnętrznie w okolicy pępkowej, podbrzusnej (regio hypogastrica) lub biodrowej, lub też mogą minować głębiej ku dołowi i otworzyć się w górnej okolicy uda, niemniej przejść przez tylne otwory miednicy i otworzyć się w tylnej okolicy biodrowej lub krzyżowej. Widziałem wypadki, gdzie cienka blaszka skrzydła kości biodrowej, widocznie była przedziurawioną. Pierwotne

otwarcie ropnia w jeden z wewnętrznych przewodów błoną śluzową wysłanych, a które wymieniłem, może być z pewnością oznaczone, czuwając pilnie nad wydalaniem się ropy przez też kanały. Muszę wam jednakże jeszcze jeden fakt dodatkowy skreślić, to jest: że ropień utworzywszy się w tkance komórkowej miednicy, może się przez więcej jak jeden otwór i w jednym kierunku otworzyć. I tak, widziałem ropnie otwierające się u téj saméj osoby jednocześnie lub następowo, tak na powierzchni skóry brzucha, jak i do kiszek; tak do kiszek, jak i do pęcherza, tak do кишки stolcowéj, jak i do pochwy i t. d. Widziałem wypadki, gdzie w ten sposób porobiły się fistuły pomiędzy różnymi punktami (które wymieniłem), jak też i pomiędzy innymi punktami, które nie zdają się być zupełnie łatwymi w przebiegu swym do tego, jak pomiędzy kiszka a pęcherzem, gdy środkowy narząd rodny był wolnym. W każdym zaś wypadku, gdzie ropa się wydzieliła, a te różnorodne otwory pozostały, wydzielając dalej ropę, często ważną jest rzeczą przekonać się, czy fistularne te otwory i przewody komunikują ze sobą, i czy płyn wydzielany przez nie, bierze początek w jedném wspólném źródle; a nie powiedziałem wam dotąd, w jaki sposób pytanie to rozwiązać sobie możecie?

Niekiedy można się o tém przekonać, spostrzegając wydzielinę jednego przewodu odchodzące przez drugi, lub też na zewnątrz, jak *np.* łajno przez otwór fistularny w skórze lub pochwie. W wypadku, o którym dopiero co wspomniałem, że była komunikacja pomiędzy przewodem kiszkowym a pęcherzem, przekonałem się o tym przebiegu, najprzód z ukazania się małej ilości łajna w moczu. Zdarzają się jednakże wypadki, gdzie nie ma szczególniejszój wydzieliny, któraby nam rozpoznanie ułatwiła; jak *np.* przy komunikacji pomiędzy pochwą a skórą i t. p. W jakim sposobie można się przekonać o obecności lub braku téj komunikacji w tego rodzaju powikłaniu? Pierwszy raz, kiedy miałem sposobność zrobienia rozpoznania w tym względzie, był wypadek choréj, cierpiącój od kilku lat na następstwa zapalenia tkanki komórkowej miednicy, przywiezionéj do mnie z Hollandyi. Taż miała trzy różne otwory: jeden w pochwie, drugi w udzie, a

trzeci w pachwinie, prowadzące wszystkie do środka miednicy ku bokowi macicy, i wszystkie ropę wydzielające. Zachodziło pytanie, czy otwory te komunikowały wszystkie między sobą, lub nie; a mimo to, że zdawały się zbiegać, nie byłem w stanie przeprowadzenia zgłębnika jednym, a wyprowadzenia tegoż drugim, jak również nie byłem w możności rozstrzygnięcia: czy one się stykają z sobą, dopóki, wstrzyknąwszy pewnej ilości rozcieńzonego rozcynu namoczu jodowego (Tt jodii) w otwór pachwinowy, nie widziałem wypływającego go zarazem przez pochwę, jak też i otwór udowy. Wstrzykując zatem mléko, lub inny nieco zabarwiony płyn, jak *np.* nieco słabego rozcynu namoczu jodowego w jeden z otworów, w każdym razie, gdzie ropień miednicy więcej jak w jednym kierunku się utworzył na powierzchnię, możecie w ten sposób oznaczyć, czy otwory te są połączone z sobą zapomocą wspólnej zatoki, nie narażając choréj na niepotrzebny ból przez zgłębnikowanie, a w dodatku do największej prostoty i łatwości w użyciu, ten rodzaj rozpoznania ma tę dalszą zaletę, że niekiedy jest najlepszym środkiem leczącym. Może on być użytym w wypadkach powikłanej fistuły tak kiszki stolcowéj, jak też i pochwy.

ROKOWANIE CHOROBY.

Zapalenie tkanki komórkowéj miednicy nie jest jedną z bardzo śmiertelnych chorób, jakkolwiek przerażającą w objawach, i okazuje się w największej liczbie wypadków bardzo przystępną leczeniu. W wielu wypadkach nie pociąga dalszych następstw, jak wypocenie surowicy na jeden lub dwa tygodnie, które sprawia wiele bólu i osłabienie zarazem, lecz wkrótce ulega wessaniu i nie zostawia złych następstw po sobie. Jeżeli wypocina jest włókinkową, wypadek w takim razie staje się upartszym, i chora długi czas jest inwalidką i chodzić nie może, lecz w końcu udaje wam się, lub raczéj rodzie, sprowadzenie zupełnego wessania w największej części wypadków. Jeżeli ropa się utworzyła i ropień się wykształcił, otworzenie się jego czy to samoistne, czy to sztuczne, wystarcza zwykle do wyleczenia choroby; lubo z utworzenia się ropy powstają główne

niebezpieczeństwa w przebiegu zapalenia tkanki komórkowej miednicy; bo z wykształceniem się ropnia w jeden z trzech różnych sposobów, może się źle skończyć. Albo najprzód, może pęknąć do jamy brzusznej i pociągnąć za sobą śmiertelne zapalenie obrzusznej, wypadek, który, jak wam to już miałem sposobność wyłożyć, bardzo rzadko się wydarza w zapaleniu tkanki komórkowej miednicy. Lub też po drugie, jama, gdzie ropa się utworzyła, może się nie zamknąć po wydaleniu płynu, lecz może ciągle wydzielać ropę, a jeżeli zatoki te są znacznych rozmiarów, a wydzielanie ropy obfite, chóra upada zwykle stopniowo pod długotrwałem ropieniem. Lub po trzecie, widziałem jeden lub dwa wypadki, gdzie choroba ustawszy na jakiś czas, powróciła znowu i powoli przeszła w przebieg długotrwały, i gdzie chore następnie umarły na gruźliczą chorobę obrzusznej; wszystkie bowiem wypadki, jak wam wiadomo, zapalenia przeciągłego obrzusznej, są w istocie wypadki zapalenia obrzusznej gruźliczego. Nie ulega wątpliwości, że chore te usposobione były do rozwinięcia się gruźlicy, lecz równie nie może być wątpliwem, że umiejscowienie się tejże w obrzusznej, zależało od ciągłego drażnienia w jamie miednicy istniejącego.

Zapalenie tkanki komórkowej miednicy, rzadko względnie kończy się śmiercią; a jeżeli nie przechodzi w ropienie, nie niszczy nawet na później czynności macicy. Bardzo rzadko w wyższym stopniu, a prawie nigdy nie wpływa stale na czyszczenia miesięczne, lecz o co idzie, że czynność reprodukcyjna nie koniecznie bywa zniszczoną, szczególnie jeżeli choroba przerwie się w pierwszym okresie, zanim się ropienie zaczęło. Kilkanaście lat temu, dostałem pamiętną lekcją pod tym względem. Wspólnie z Dr. Abercrombie i Begbie byliśmy u jednej pani, chorój na ostre zapalenie tkanki komórkowej miednicy. Wypocina zapalna była znaczną i twardą, a przy badaniu przez kışkę stolcową dawała się uczuć, jako tak tęga i stała, że Dr. Abercrombie, (a może nie było praktyka z większą mocą i pewnością rozpoznania), skłaniał się, po wybadaniu przez kışkę stolcową, ku oświadczeniu tego wypadku jako złośliwego lub rakowatego obrzmienia. Ja, wi-

dząc wiele wypadków w tym czasie, byłem przekonany o rzeczywistój i zwykłej zapalnej rodzie téj choroby, i dla tego rokowałem pomyślnie, dodając, że może chora nie będzie miała więcej potomstwa w następstwie tak znacznej wycpociny w miednicy. Wkrótce też wyzdrowiała przy użyciu silnych przeciwzapalnych środków, przez Dra Begbie zadanych, lecz więcej, zasła potem w ciążę i porodziła bliźnięta.

W najbliższym wykładzie wskażę wam, w jaki sposób niebezpieczeństw tych uniknąć można, i w ogóle, jakie powinno być leczenie wypadków zapalenia tkanki komórkowej miednicy.

(Dalszy ciąg nastąpi).

O ODPLYWACH POŁOGOWYCH.

Wykład kliniczny Dr. Pajot

przełożył Dr. Roenzweig.

Pisarze klassyczni dosyć pobieżnie mówią o odpływach połogowych; wielu sądziło, iż nie należy zresztą tak zbytniej na nie zwracać uwagi, jednakowoż nie są one tak mało znaczącymi, aby kilkoma słowy ich ważność zaspokoić.

Odpływ połogowy w pierwszych 10 — 12 dniach, zawiera czystą krew, dopiero po upływie tego czasu, zmienia się jego powierzchowność i staje się więcéj sérowatym. Z kądże więc ta krew pochodzi? Oczywiście, iż z rany łożyska i nikt też zapewne nie będzie twierdził, iż wycieka ze ścian naczyń macicznych. Tuż po odklejeniu łożyska od punktu swego przyczepienia, krew sączy się z otworów naczyń rozdartych, wszakże po upływie 24 godzin, odpływy połogowe stają się sérowato-krwiste i pozostają takimi 2—3 dni, to jest, aż do zjawienia się gorączki połogowej; a raczéj należałoby może lepiej powiedzieć, iż dopiero po wystąpieniu oddziaływania w sutkach, gdyż temu jak wiemy, niezawsze towarzyszy gorączka.

Sérowatość, która zmieszana się być zdaje z krwią, pochodzi z tego samego źródła, a nie z błony śluzowej macicy, jak niektórzy utrzymują; sérowatość ta bowiem, niema najmniejszego podobieństwa do śluzu macicznego, gdyż ten jest

zbitym, ciągnącym się w nitki i podobnym do białka. Odpływ ten sérowato-krwisty, który się zjawia po urodzeniu, nie podaje nic osobliwszego, czynności połogowej właściwego; jest on tylko prostym następstwem aktu rodzenia, przy którym czynną jest macica.

Też same zjawiska, które spostrzegamy przy ranach zewnętrznych, powtarzają się i w głębi tego narządu; gdyż po zranieniu ciała najprzód wypływa krew, po niejakiem zaś czasie zjawia się odpływ sérowato-krwisty; dla czegożby i w macicy ta czynność nie miała mieć miejsca?

Aż do najnowszych czasów mało się zajmowano rozkładem odpływów połogowych i zadawałniano się tą tylko wiadomością, że ten składa się z krwi i sérwatki.

Rozprawy prowadzone w ostatnich czasach w Akademii medycznej paryzkiej nad gorączką połogową, nadarzyły mi sposobność zastanowienia się nad własnością odpływów połogowych i dokończyć badania moich poprzedników. W tym celu z 30stu położnic, znajdujących się w różnych okresach położu, zebrałem na szkiełkach po kilka kropel z tego odpływu.

Pierwszy zbiór szkiełek zawierał krew, która odpływa aż do ukończenia się porodu; drugi zaś był zwilżony płynem, zebrany w dwie godziny po urodzeniu płodu; a trzeci miał na sobie płyn w 7 — 8 godzin po porodzie zebrany. Szkiełka te odesłałem do rozbioru p. Ch. R o b i n, bez poprzedniego zawiadomienia go z kąd one pochodzą. W krótkce uczony mikrograf nadesłał mi następującą odpowiedź: iż na pierwszym rzędzie szkiełek wykrył śluz i ciała ropne, na drugim zaś był tenże sam stosunek zachowany, z niejaką przewyżką krwi i kulek ropnych, w trzecim zaś rzędzie głównie przeważały kulki ropne. Jakież więc wnioski z tych wypadków wyprowadzić należy?

Można zatem twierdzić, że we wszystkich odpływach połogowych i we krwi sączącej się podczas porodu, znajdują się ropa?

V e l p e a u sprzeciwiał się temu, dowodząc, iż mikrografowie nie umieją z pewnością odróżnić kulek śluzowych od

ropnych. Pomimo całej powagi słów szanownego profesora, niemożemy jednakowoż podać p. Robin pominąć. Uczony histolog, sławny w swoim zawodzie, w odplywach połogowych rozpoznał jak najdokładniej kulki śluzowe i ropne, odróżnił je i podał ich ilościowy stosunek.

Badania p. Tarnier i Vulpian o tyle nie zgadzały się z mojemi, iż nie wykryły kulek ropnych. W tej sprzeczności zdań, gdzie się prawda ukrywa? Może być, iż obie strony mają słuszość, gdyż nieulega wątpliwości, iż badania te prowadzone były w nierównych okolicznościach. W czasie moich poszukiwań panowała epidemicznie gorączka połogowa. Czy więc znalezioną ropę w odplywach i we krwi przypisać należy tym nieszczęśliwym okolicznościom, w których się znajdowały rodzące i położnice? Czy ropa ta przypadkowo się znalazła? Może być. Nie mogę stanowczo odpowiedzieć, ponieważ nasz oddział rzadko kiedy wolny jest od epidemii, a zatem brak mi przeciwnych spostrzeżeń. Jeżeli jednakowo podczas najpomyślniejszych wpływów zewnętrznych sanitarnych, w odplywach znajdziemy kulki ropne, natenczas będziemy pewni, iż one są stałą prawidłową ich częścią składową, co by się bardzo przyczyniło do wyświecenia przyczyn objawów połogowych. Jednakowoż nienależy moich spostrzeżeń lekce ważyć, gdyż one wykryły ropę tam, gdzie jej się przedtem wcale nie spodziewano. Nie małej wagi są skutki badań P. Tarnier i Vulpian, gdyż oni prawdopodobnie w bardziej sprzyjających warunkach pracowali, jak my. Pomimo tego sprzeczność doświadczeń nie jest w mocy jeszcze obalić naszego sposobu widzenia. A zresztą, czyż rany ścian macicy przy sprzyjających warunkach nie mogłyby się wprost zbliżnić szybko bez ropienia, gdy tymczasem przy mniej sprzyjających, pod wpływem ziadliwej konstytucyi, rana powstała w skutek odłączenia się łożyska, zagaja się zwolna, przez ropienie?! Wszelako przy takim stanie rzeczy na zapytanie to stanowczej odpowiedzi wydać niemożna, lecz mam nadzieję, iż w krótkce rozwiązanie tego ciekawego problemu nastąpi.

Koło piątego, szóstego dnia po porodzie, odplyw połogowy zmienia swoją krwistą powierzchowność na sérowatą, kro-

chmalącą bieliźnę. Zwykła barwa jego biaława staje się czasem żółtawą, lub zielonkową, tak, że nie jeden mógłby go porównać z upławami,—jakkolwiek porównanie to nie zawsze, ale w niektórych może mieć miejsce, gdyż odpływ połogowy ma zwykle wejrzenie sérowate.

Według mego zdania, odpływy sérowate krwiste i śluzowe pochodzą z jednego i tego samego źródła, t. j. ze ścian macicznych. Wątpię, aby części tego narządu niezranione, brały w tém udział. Zmiana wejrzenia odpływu jest objawem przeobrażeń, odbywających się na ścianach macicy.

Osobliwie w wielkich miastach zdarza się, iż odpływ który 8—10 dnia był ropiasto-śluzowy, naraz staje się krwistym. Jakież więc znaczenie ma to zjawisko, które nam przedstawiają strwożone położnice? Przyczyną tego bywa zawczesne opuszczenie łóżka. Bywają jednakowoż wypadki, gdzie powtórne pojawienie się odpływu krwawego, bywa nader ważną oznaką chorobową. i wtedy wystąpią zjawiska chorobowe, których znaczenie nieujdzie uwagi bacznego lekarza. Jeżeli to pochodzi z wyż wymienionój przyczyny, natenczas zalecamy spokojne zachowanie się w łóżku, i w krótcie odpływ krwisty zniknie.

Czas trwania odpływu połogowego jest różny i zależy od rozmaitych okoliczności, i tak: od budowy ciała, od sposobu, w jaki przedtém odbywały się czyszczenia miesięczne, od sposobu życia, stosunków podniebia, pory roku, mieszkania i t. d. U kobiet wietkiój, lymfatycznój budowy ciała, które przedtem cierpiały na upławy, dłużej trwa odpływ połogowy, jak u innych. W porze suchój i w cieplejszym klimacie powstrzymują się odpływy wczesniej. podobnie jak i inne odpływy śluzowe. W ogóle 20go dnia niknie odpływ połogowy, a przedłuża się najwięcej do 4 — 6 tygodni.

Niektórzy twierdzą, iż przeciąga się aż do pojawienia się czyszczeń miesięcznych; i rzeczywiście u kobiet nie karmiących, dopiero 6 tygodnia ponawia się miesiączka, u niektórych jednakowoż dopiero w 2 — 3 miesiącu —

Jeżeli zaś po upływie tego czasu nie nastąpi, natenczas albo powtórna ciąża ma miejsce, albo też kobieta jest cier-

piącą i na ten czas wypada z największą ścisłością badać części rodne zewnętrzne i wewnętrzne, i dopóty badać, dopóki źródło choroby wykrytém nie zostanie.

Należy mi jeszcze zwrócić uwagę na omyłkę, którą niektórzy autorowie popełniają twierdząc, że przykry zapach odpływu połogowego zależy tylko od skrzepu krwi lub kawałka łożyska pozostałego w macicy. Że to jest prawdą, to niepodlega wątpliwości, jednakowoż jest nadto druga, ważniejsza przyczyna, której źródło jest daleko niebezpieczniejsze, a tą jest epidemia połogowa. Jeżeli więc odpływ połogowy w czasie panowania epidemii staje się smrodliwym, natenczas można być pewnym, że zaraza epidemiczna ogarnęła położnicę.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 16 Września 1862 r.

(Prezes p. Kulesza).

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

Złożono dla Towarzystwa:

1. Bericht über die IV Jahresversammlung des Seutin-Vereins. Posen 1862. (Sprawozdawca p. Le Brun).
2. Protokoły zasiedanej obszczestwa russkich wraczěj w S. Peterburgie, 1861' — 1862. (Sprawozdawca, p. Chwat)
3. D'Ambre: Traité de médecine légale. Gand 1860 r. (Sprawozdawca: p. Stanisław J a n i k o w s k i).
4. Kilkanaście egzemplarzy rozprawy Dr. Metziga, „Der modificirte Seutinsche Verband. Berlin. 1860.“
5. Tegoż, „Das Kleid des Soldaten. Lissa, 1837.“
6. Tegoż, „Beitrag zur Verständigung über die Reform des preuss Milit. Med. Wesens.“

P. J o d k o mówił o nowinach z dzisiejszej oftalmologii; najprzód obznajomił Towarzystwo z nowemi spostrzeżeniami

Dondersa nad Astigmatismem i używaniem cylindrycznych okularów.

Dotychczas uważano części oka światłołamiące za homocentryczne (jedno-ogniskowe), to jest, za skupiające promienie równoległe w jednym punkcie. Donders zwrócił uwagę już przed kilką laty na to, że oko normalne nawet skupia promienie heterocentrycznie, mianowicie, iż rogówka inaczej łamie promienie w równiku pionowym, inaczej zaś w poziomym i że w równiku pionowym łamliwość rogówki jest większą.

W prawidłowém atoli oku niedokładność rysunków na siatkówce powstających, spowodowana tą wadliwą budową rogówki, jest tak mała, iż nie zwraca na się uwagi i tylko przy subtelnym próbach, które Donders podaje, przez każdego na własnych oczach spostrzeżaną być może.

Wada ta może być patologicznie do takiego stopnia rozwiniętą, iż podlegający jęj, wielkich nawet druków czytać i przedmiotów w dalszej odległości od oka leżących, rozoznawać nie jest w stanie. Zdarza się bowiem, iż gdy w kierunku pionowym krzywizna rogówki jest tak wypukła, że łamie promienie jak oko krótkowidzące, w poziomym może je łamać jak dalekowidzące; gdy więc promienie w jednym z tych równików zbierające się, skupią się na siatkówce, promienie w długim równiku położone skupią się w znacznej odległości przed, lub po za siatkówką, a na tęg powstaną olbrzymie kręgi rozpierchłe.

Wadzie tęg, zaradza Donders użyciem okularów cylindrycznych, to jest szfifowanych za pomocą cylindra.

Własności szkieł cylindrycznych są inne niż zwyczajnych kulistych; kuliste skupiają lub rozpraszają całą wiązkę promieni na szkło padających, jednostajnie, tak, iż promienie przez nie przeszedłszy na całą padają rogówkę; cylindryczne zaś skupiają (resp. rozpraszają) tylko w kierunku osi cylindra, tak, iż promienie które jeszcze nie przysły, w jednym tylko dowolnie wybranym równiku na rogówkę padną, a więc i w astigmatyczném oku (dokładnie dobrane) wszystkie promienie na siatkówce skupią.

Co do dalszych szczegółów może się ciekawo poinformować w nowo wyszłym dziełku Dondersa (w niemieckim tłómaczeniu): *Astigmatismus und cylindrische Gläser*. Berlin 1862.

Następnie pokazywał p. J. nowo urządzony przez pana *Giraud-Teulon* wziernik dwuoczny; wziernik ten, zbudowany na zasadzie całkowitego przełamywania się światła w pryzmach, jest o tyle doskonalszy od wszystkich dotąd znanych wzierników jedno-ocznych, o ile patrzenie jednem okiem niższe jest od patrzenia obu oczami.

Obrazy wnętrza oka przez ten wziernik widziane, przedstawiają się bryłowato, to jest, we wszystkich trzech rozmiarach: szerokości, wysokości i głębokości. Użycie tego wziernika nie jest łatwe i wielkiej potrzebuje wprawy, ale zwalczanie tych przeszkód opłaca się sownie; przy rozpoznaniu bowiem zmian patologicznych w rozmaitych warstwach błon głębokich oka położonych, jest jedynym ułatwiającym środkiem.

W końcu p. J. opowiadał o sposobie używanym przez *Dra Webera* z Darmstadt, w leczeniu śluzotoków worka łzowego i zwężeń nosołzowego przewodu za pomocą świeczek (*Bougies*), oraz zgłębników przez niego wynalezionych i te ostatnie pokazywał. Sposób ten, o ile się panu J. zdaje (gdyż go jeszcze nie wypróbował) o wiele lepszym, racjonalniejszym i praktyczniejszym będzie od wszystkich do dziś dnia w takich razach używanych.

P. Szokalski, objaśniewszy na rysunku zasadę fizyczną, na której polega budowa wziernika dwuocznego, dodał, że wziernik ten męczy nadzwyczaj oczy, a to z téj przyczyny, że dla pogodzenia z sobą dwóch widzianych obrazów potrzeba oczami na wewnątrz zézować, tak, jak to ma miejsce przy użyciu zwyczajnego stereoskopu.

P. Jodko zwrócił uwagę na to, że dla osób daleko wzrocznych, przyzwyczajonych do patrzenia przy równoległości osi ocznych, zmordowanie to istotnie może się dać uczuć,—lecz osoby do innych kategorii wzrokowych należące, mogą być zupełnie od niego wolne.

P. Szokalski podniósł jeszcze jedną niewygodę pomienionego wziernika, tę mianowicie, że ponieważ rączka do

trzymania wziernika z boku się przytwierdza, a wziernik sam jest dosyć ciężki, przeto ulega ciągłym wachaniom, że więc, gdyby się i udało oba rysunki w jeden zesumować, toby się zaraz w górę i na dół rozstąpiły.

P. J o d k o potwierdził słuszność téj uwagi, którą przy używaniu wziernika miał sposobność ocenić i dla zapobieżenia téj niedogodności, proponował zastosowanie do tego instrumentu oprawy okularowej, która do unieruchomienia tegoż na nosie bardzo by się przydała.

P. N a t a n s o n mówił o korzyściach wynikających z binokularnego patrzenia (ocnienie bryłowatości, mniejsze zmęczenie oczów), po raz pierwszy zaprowadzonego w stereoskopach, tudzież o ważném zastosowaniu tegoż do mikroskopów, gdzie wielkie przynieść może ułatwienia (*np.* w rozpoznaniu, czy pewne rysunki przedstawiające się w polu widzenia mikroskopu, leżą *pod*, czy *nad* głównym obrazem i t. d.)

Następnie wspomniał pan N a t a n s o n o szklach, tak zw. *afluorescyjnych*. Szkła te, zawierające w swym składzie uran, mają tę własność, że wystawione na światło, zatrzymują promienie t. zw. *aktywiczne* (leżące w *spetrum* zewnątrz promieni fioletowych), najbardziej rażące i najszkodliwsze dla siatkówki. Szkło takie, po raz pierwszy zalecane przez p. A r s y r a g o s, używane bywa do okularów; p. Natanson radzi zastosować je i do wzierników ocznych.

P. S z o k a l s k i zwrócił uwagę na to, że w mikroskopie patrzenie dwuoczne jest łatwiejsze do skutecznienia, z powodu nieruchomości przedmiotu widzenia i przyrządu. W przedmiocie różnicy działania promieni świetnych, ciepłych, chemicznych i t. d. zamówił sobie kol. S z o k a l s k i, głos na jedno z następnych posiedzeń.

P. N a t a n s o n położył przycisk na tę okoliczność, że gdy sól kuchenna w kryształach ma tę własność, iż nie przepuszcza promieni ciepłych, lży ze wszystkich wydzielin najwięcej chlorku sodu w sobie zawierają.

P. Chwat odczytał sprawozdanie z rozprawy Dra Kazimierza S w i d e r s k i e g o z Wilna p. n. „O nieprawidłowej

budowie pęcherza moczowego," i wraz z prezesem przedstawił autora na członka korespondenta Towarzystwa.

P. Szokalski zdał sprawę z pracy Dra Ignacego Baranowskiego w Warszawie p. n. „Uwagi o urządzeniach służby zdrowia w Królestwie Polskiem“ i wspólnie z kol. Helbichem, przedstawił autora na członka czynnego Towarzystwa.

Obie rozprawy postanowiono drukiem ogłosić w Pamiętniku Towarzystwa.

W końcu posiedzenia, Towarzystwo w potrzebnym do głosowania komplecie zebrane, przystąpiło do balotowania, w skutek którego obrani zostali:

Członkiem czynnym: p. Ignacy Baranowski jednomyślnie;

zaś członkami korespondentami większością głosów:

PP. Fleckles, w Karlsbadzie.

Klopsch, w Wrocławiu.

Londyński, w Radzynie,

i Swiderski, w Wilnie.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 7 Października 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza.)

Prezes oznajmił, że z powodu wyjazdu p. Janikowskiego Stanisława, p. o. Sekretarza dorocznego, protokół ostatniego posiedzenia nie może być odczytany, do trzymania zaś pióra na posiedzeniu obecném zaprosił p. Grabowskiego.

Powitał następnie nowo-wchodzącego członka czynnego, Dra Ignacego Baranowskiego, oraz Dra Sniechowskiego, gościa.

P. Neugebauer złożył do biblioteki Towarzystwa, niektóre dziełka treści lekarskiej, przywiezione z odbytej przezeń podróży, a mianowicie:

1) Trzy rozprawy Dra Betschler, Profesora położnictwa w Wroławiu, z których jedna: o przedgłowie u noworodków. (Sprawozdawca p. Konitz).

2) DDr. Geeböck i Dittérich opis zakładu wód mineralnych Reichenhall w Bawaryi, zwanego Achselmannstein.

3) Dra Mayer-Ahrens opis zakładu wód mineralnych St. Moritz, w Szwajcaryi.

4) Obwieszczenia Dra Klopsch, o instytucie ortopedycznym w Wroławiu.

P. Braun odczytał uwagi nad rozprawą Dra Mikołaja Chawłowskiego z Kutna, „O mechanizmie porodu.“ Po

przyjęciu przez Towarzystwo wniosku sprawozdawcy, przedstawiającego autora na członka korespondenta Towarzystwa

Prezes zapytał, czyli ze względu na staranne opracowanie i naukową wartość tak uwag jako i samej rozprawy, nie należy ogłosić ich drukiem w *Pamiętniku lekarskim*. Towarzystwo zgodziło się na ten wniosek, po wysłuchaniu wzmianki

P. N a t a n s o n a o konieczności zmiany, niektórych mniej jasnych wyrażen, tak w rozprawie jak w recenzji, jak *np* „siły biernej działanie; ciemiaczko, mięsień wienkowy i t. d.“

P. K o n i t z odczytał następnie uwagi nad rozprawą Dra Karola K a c z k o w s k i e g o, lekarza ordynującego w szpitalu ś. Łazarza w Warszawie, „O rzeźączce u kobiet,“ z wnioskiem podania autora jako kandydata na członka czynnego Towarzystwa.

Wniosek sprawozdawcy przyjęto z życzeniem umieszczenia w Pamiętniku lekarskim tak rozprawy Dra Kaczkowskiego, jako i uwag p. Konitza.

P. N e u g e b a u e r, odczytał wspomnienie zakładu położniczego w Medyolanie, który niedawno zwiedzał. Zakład ten, nazwany zakładem macierzyńskim podrzutek, albo szpitalem ś. Katarzyny, zostaje pod kierunkiem Profesorów B o l l i i A g u d i o; przyjmuje podrzutek przeszło 5000 rocznie, a dzienna ich liczba wynosi 80 do 100. Uczennic położnictwa jest 50; kurs nauki 5-miesięczny. Ciężarnych mieści się 400 do 500 rocznie. W muzeum zakładu znajduje się zbiór miednic niewieścich, niepospolitej rzadkości, mianowicie miednic ciasnych, rachitycznych, rozmiękczonych. Rachityzm w ogóle częstą jest chorobą w Lombardyi, a ztąd nieprawidłowych kształtów znakomita liczba. Professor B o l l i wykonał dotąd 35 razy cięcie cesarskie, z operowanych rodzących 5 wyzdrowiało, a u jednej nowo zapłodnionej robił cięcie powtórnie. Zokazów radszych miednic wymienił jedną, której wymiar zwany *conjugata* wynosił 15 do 16 cali, drugą, której wejście miało kształt podłużnie owalny; podobna miednica znajduje się w Wiedniu w muzeum Professora R o k i t a ń s k y e g o, (tego rodzaju poprzecznie ścieśnione miednice cztery znane są w muzeach). W tymże zbiorze znajduje się zachowanych 17 płodów

półgłównych, płód Siamski, płód z rączkami i nóżkami wystającymi wprost z tułowia, płód zdający się przemawiać za zapatrzeniem brzemienną na małpę (??) przedstawiający podobny zarost na udach. Wreszcie okazał sprawozdawca narzędzie położnicze pomysłu profesora B o l l i, zwane hakiem tępym, szerokim, do ułatwienia porodów w poprzecznym położeniu korzystnie posługujące, w postaci skrzywionego pręta stalowego, 11 cali długości mającego, zastosowane do ujmowania nóżek i wyciągania z łona matki.

W końcu posiedzenia *Prezes* zaproponował p. Neugebauerowi, ażeby opis tego zakładu, po opracowaniu, Redakcyi Pamiętnika Lekarskiego udzielił.—

Małżeństwo pod względem fizjologii i higieny, z dołączeniem uwag dyetetycznych nad wychowaniem niemowląt, według najlepszych źródeł ułożył Wilhelm Lubelski, Dr. Med.
Warszawa 1862 r. (nakład Bernsteina).

Dziełko powyższe składa się z trzech części, z których pierwsza jest poświęcona fizjologii i higienie stosunków płciowych i małżeństwa w ogólności; druga higienie kobiet brzemiennych i noworodków; trzecia wreszcie traktuje o epoce zwrotu.

Zdając sprawę z książki powyższej, a zatem z książki treści popularno-hygienicznej, korzystam z téj sposobności, aby przedewszystkiem wypowiedzieć, jak się w ogólności zapatruję na tego rodzaju publikacye. Otóż nie wątpię o tém, że dzieła treści higienicznej popularnie napisane, mogą być bardzo pożyteczne. Lecz, ażeby tego rodzaju pismo mogło przynieść należyty pożytek ogółowi (nie tylko księgarzowi), musi ono, zdaniem mojem, zadość uczynić dwojakim warunkom: *co do treści* powinno się zgadzać ze współczesnym stanem nauki; *co do formy* zaś, obok przystępnego wykładu, powinno odpowiadać potrzebom kraju, dla którego jest pisane, i nie schlebując złym skłonnościom starać się owszem unikać tego wszystkiego, co do ich podtrzymywania może się przyłożyć.

Pod pierwszym względem wypada mi niemal tylko chwalić pracę Dra W. Lubelskiego, która na równi stoi z dzisiejszym stanem nauki, zwłaszcza higieny, a przynajmniej uchy-

bienia, któreby się dały wytknąć, należą bardziej do drobiazgów. I tak trudno się zgodzić z autorem w materji wykazywania smutnych następstw wstrzemięźliwości płciowej (str. 57—150), co do rad udzielanych chcącym mieć według upodobania potomka płci męskiej, lub żeńskiej (str. 91); co do pewnego nakłaniania się do teoryi *zapatrzenia* (str. 104), z drugiej strony, smutne skutki małżeństwa między krewnymi nie są dość dobitnie skreślone (str. 12, 137) i t. d.

Inaczej rzecz się ma z kwestyą stosowności formy dziełka do potrzeb naszego kraju. Tutaj autor zdaje mi się, że za nadto hołdował naśladownictwu francuzkiego pierwowzoru (to jest dziełka p. Debay). Zgadzam się jeszcze na zaostrenie ciekawości przytoczeniami z mitologii, z dziejów anegdotycznych i t. d., ale nie godzę się na zaostrenie tejże ustępami, które mogłyby być opuszczone bez żadnej krzywdy dla higieny, a z prawdziwym pożytkiem dla znacznej liczby zwłaszcza młodocianych czytelników. Do takich ustępów liczę szczegółów, anatomiczne opisanie części płciowych męskich i żeńskich, dokładny opis fizyologiczny aktu spółkowania (str. 35 — 54, 70 — 74); ustępy o dowolnym płodzeniu dzieci płci męskiej lub żeńskiej (str. 79—92); przepisy o tém, jak często można, bez szkody dla zdrowia spółkować (str. 78); rady względem usuwania oziębłości wynikającej z nadużyć przyjemności płciowych (str. 187, 199); o użyciu biczowania i pokrzyw jako środka podbudzającego (str. 201—207); o trybady (218 i ustęp), o kongresie małżeńskim (str. 255), o dowolnej niepłodności, i t. d. Pod tym względem możnaby przeciw autorowi obrócić własne jego słowa, zamieszczone na str. 162, w których wyraża zdanie, że dziełka popularne o samogwałcie daleko więcej złego niż dobrego narobiły.

Wreszcie sam wykład jest w ogóle przystępny, język poprawny i czysty.

Stanisław Janikowski.

LISTA IMIENNA

Członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

1. Członkowie czynni.

1. Anns Jan.
2. Apte Markus.
3. Bączewicz Jan.
4. Bernhardt Adolf.
5. Braun Jan.
6. Brodowski Włodzimierz.
7. Chałubiński Tytus.
8. Chwat Ludwik.
9. Darewski Ludwik.
10. Dorantowicz Aleksander.
11. Dudrewicz Jan.
12. Dybek Włodzimierz.
13. Eborowicz Antoni.
14. Flamm Dawid.
15. Frey Jakób.
16. Frydrych Bartłomiej.
17. Gliszczyński Adam.
18. Grabowski Ludwik.
19. Groer Franciszek.
20. Helbich Adam.
21. Hirschfeld Ludwik.
22. Hoyer Henryk.

23. Jabłonowski Feliks.
24. Janikowski Andrzej.
25. Janikowski Stanisław.
26. Jodko-Narkiewicz Witold.
27. Koehler Ludwik.
28. Konitz Leon.
29. Korzeniowski Hipolit.
30. Kosztulski Jan.
31. Krysiński Hedefons.
32. Kryska Antoni.
33. Kulesza Jan.
34. Langowski Marcelli.
35. Lebrun Aleksander.
36. Libchen Jan.
37. Löwenglück Julian.
38. Lubelski Wilhelm.
39. Łuczkiwicz Henryk.
40. Majewski Erazm.
41. Mülhausen Józef.
42. Natanson Ludwik.
43. Neugebauer Ludwik.
44. Oczapowski Jan.
45. Olbratowicz Wulenty.
46. Pawlikowski Karol.
47. Płaskowski Romuald.
48. Poźniakowski Jan.
49. Rosenblum Benjamin.
50. Rosenthal Dawid.
51. Seemann Józef Antoni.
52. Starkiewicz Józef.
53. Stummer Józef Wiktor.
54. Szokalski Wiktor.
55. Weinberg Julian.
56. Zahorowski Dominik.

3. Członkowie honorowi.

1. Agafonow Jan.
2. Cycuryń Teodor.

3. Kochański Wiktor.
4. Zimmermann Erazm.

3. Członkowie przybrani.

1. Aleksandrowicz Jerzy.
2. Hejnrich Teodor.
3. Karpiński Wincenty.
4. Przysański Stanisław.
5. Werner Ferdynand.

4. Członkowie korespondenci.

1. Adamowicz Adam, w Wilnie.
2. Adelman Jerzy, w Dorpacie.
3. Baraniecki Adryan, w Jarmolińcach na Podolu.
4. Bergson Józef, w Berlinie.
5. Bętkowski Nikodem, w Wieliczce.
6. Berendt, w Berlinie.
7. Bidder Fryderyk, w Dorpacie.
8. Bielawski Franciszek, w Moskwie.
9. Boschan Fryderyk, w Franzensbad.
10. Bredow, w Petersburgu.
11. Brykow Jan, w Petersburgu.
12. Busch, w Petersburgu.
13. Butler Jan, w Oksford.
14. Chodkowski Ludwik, w Humaniu.
15. Chotomski Ferdynand, w Paryżu.
16. Czetyrkin Roman, w Kujawie.
17. Dietl Józef, w Krakowie.
18. Dworzaczek Ferdynand, w Łęczycy.
19. Dymnicki Józef, w Busku.
20. Enochin, w Petersburgu.
21. Eckstein, w Wiedniu.
22. Frankowski Józef, w Charkowie.
23. Frerichs, w Berlinie.
24. Freund Wilhelm, w Wrocławiu.
25. Freyer Jan, w Radomiu.

26. Gałęzowski Seweryn, w Paryżu.
27. Gajewski, w Petersburgu.
28. de Gall Gustaw, w Bukareszcie.
29. Gąsiorowski Ludwik, w Poznaniu.
30. Gerhard, w Puławach.
31. Goehling, w Wilnie.
32. Goltz Jan, w Komarnie Gub. Lubelskiej.
33. Gromow, w Petersburgu.
34. Grum, w Petersburgu.
35. Handelsman Józef, w Kutnie.
36. Hartwig, w Ostendzie.
37. Heine, w Canstadt.
38. Heine Maxymilian, w Petersburgu.
39. Heyfelder, w Petersburgu.
40. v. Hönnigsberg Benedykt, w Wiedniu.
41. v. Hübbenet, w Kijowie.
42. Jakóbowski Józef, w Krakowie.
43. Jakobson, w Kopenhadze.
44. Jakubowicz, w Petersburgu.
45. Jaeger Fryderyk, w Wiedniu.
46. James Johnson, w Londynie.
47. Jarocki Michał, (lekarz wojskowy),
48. Ignatowski Roman, w Ciechocinku.
49. Inozemtzew, w Moskwie.
50. Karaczarów Piotr, w Kijowie,
51. Kleszczewski Franciszek, w Piotrkowie.
52. Kosztulski Karól, w Kutnie.
53. Korewa Aleksandra, w Wilnie.
54. Kranischfeld, w Petersburgu.
55. Kratzman Emil, w Marienbad.
56. Krajewski Felix, w Hrubieszowie.
57. Krebel Rudolf, w Petersburgu.
58. Kurowski Juljan, w Wasilówce na Podolu.
59. Longinowski Aleksander, w Petersburgu.
60. Majer Karól, w Petersburgu.
61. Majer Józef, w Krakowie.
62. Majewski Maxymilian, w Ciechanowie.

63. Mastelski Wincenty, w Łomży.
64. Middeldorf, w Wrocławiu.
65. Miłosz Eugeniusz, w Idolcie w Gub Mohilew.
66. Minkiewicz, w Tyflisie.
67. Neuhauser, we Lwowie.
68. Nikitin, w Petersburgu.
69. Oppolzer, w Wiedniu.
70. Orkisz Józef, w Rawie.
71. Pelikan Wacław, w Petersburgu.
72. Pelikan Eugeniusz, w Petersburgu.
73. Pfau, we Lwowie.
74. Portal Placido, w Palermo.
75. Przysański Aleksander, w Rossieniach Gu. Ko.
76. Reichert, w Berlinie.
77. Remak, w Berlinie.
78. Reutowicz Franciszek, w Mszczonowie.
79. Rizzoli Franciszek, w Bolonii.
80. Rolle Józef, w Kamieńcu na Podolu.
81. Rosicki Sebastyan, w Sterdyni.
82. Sawiczewski Floryan, w Krakowie.
83. Salvatore Alessi, w Neapolu.
84. Sciborowski Władysław, w Willanowie.
85. Schmelkes, w Marienbadzie.
86. Sejdel Gustaw, w Dreźnie.
87. Siekaczyński Walenty, w Warszawie.
88. Sigmund Karól, w Wiedniu.
89. Skobel, w Krakowie.
90. Skrzypczyński Błażej, w Grodnie.
91. Smielski Eleazar, w Petersburgu.
92. Sławikowski, w Krakowie.
93. Sokołowski Leon, w Warszawie.
94. Spengler Ludwik, w Frankfurcie.
95. Sycyanko Józef, w Ziemietczynie na Podolu.
96. Szklarski Walenty, w Petersburgu.
97. Śkoda Józef, w Wiedniu.
98. Szymanowski, w Kijowie.
99. Stański, w Paryżu.

100. Tarasow, w Petersburgu.
 101. Torosiewicz, we Lwowie.
 102. Verhage Ludwik, w Ostendzie.
 103. Warschauer, w Krakowie.
 104. Weese Karól, w Toruniu.
 105. Wojde Maurycy, w Puławach.
 106. Wojciechowski Józef, w Łomży.
 107. Wroczyński Kazimierz, (lekarz wojskowy).
 108. Zieleniewski Michał. w Krakowie,
-

SPROSTOWANIE.

W skutek nieczytelnego podpisu na rękopisie artykułu, zamieszczonego w ostatnim poszycie Pamiętnika (str. 221—244) p. n. „*Ostre zapalenie osierdzia*“ zasła pomyłka w wydrukowaniu nazwiska autora, którym nie jest Dr. M i n k i e w i c z, lecz Dr. Antoni M u n k i e w i c z, z Warszawy, obecnie przebywający w Rosławlu, w gubernii Smoleńskiej.

O ZANIKU OSTRYM WĄTROBY

(Atrophia acuta hepatis).

napisał Dr. H. Łuczkiwicz

I. ORZECZENIE.

Choroba, której znamiona kliniczne są: żółtaczka, szybkie pomniejszenie objętości wątroby obok powiększenia rozmiarów śledziony, gorączka, najczęściej silna z przypadkami mózgowymi, mianowicie: śpiączką (Coma), majaczeniem, niekiedy z drgawkami (Convulsiones) i zakończenie zazwyczaj śmiertelne, a która na zwłokach cechuje się: zmniejszeniem, zabarwieniem żółciowém i zmiękczeniem wątroby, wraz ze zniszczeniem samego mięszu (komórek) jój, niemniej obecnością Leucyny i Tyrosyny w treści wątroby i we krwi, obok nienaruszonych przewodów żółciowych, — nosi w Patologii szczegółowej nazwę: *Zaniku ostrego wątroby, Atrophia acuta hepatis.*

Ścisłe to orzeczenie podajemy na wstępie z powodu, raz, aby zaraz na początku oznaczyć jasno stanowisko, z którego rzecz pojmować zamierzamy, powtóre, aby zakreślić wyraźne granice naszego wykładu i wskazać kierunek, którym w ciągu rozprawy niniejszej, postępować będziemy.

Różni autorowie, w różnych czasach i krajach, rozmaite choroby tój nadawali imiona, a raczej, niemoc tę pod rozmaitemi opisywali nazwiskami, pomimo tożsamości rzeczy i właściwej istoty jój, a to stosownie do postaci, w jakiej słabość ta lekarzowi klinicznemu przedstawiać się zwykła, albo też, względnie do sposobu, jak Patogenia tój choroby, przez opisującego ją lekarza wytłómaczoną była. Ztąd powstały nazwiska: *żółtaczk gorączkowej*, *złośliwej* (Icterus febrilis gravis, perniciosus), lub *durzycowej* (J. typhoides. Lebert), *zakażenia żółciowego* (Cholosis, Dyscrasia biliosa. Horaczek), *zapalenia rozległego wątroby* (Hepatitis diffusa. Frerichs), *Hepatitis cytophthora* (1) (Lebert), *zaniku ostrego*, *żółtego wątroby* (Atrophia acuta flava, Rokitański), i t. p. Byli wreszcie i tacy, którzy poczytując chorobę tę, za rodzaj „gorączki żółtej“ znanę w Patologii pod imieniem „Febris flava, Siamensis,“ jedynie wpływem klimatu europejskiego zmienionę, przydawali jój miano: „Febr: flava sporadica.“ Ponieważ jednakże to ostatnie nazwisko, polega widocznie na niedokładnej

(1) Zaiste trudno zrozumieć, na jakiej zasadzie Lebert, znakomitą rozprawą swoją chorobie tój tak zasłużony autor, mianuje ją: *Hep. cytophthora*, i jakim sposobem złożenie wyrazów: κντος v. σκντος skóra, i φσopa zniszczenie, *najlepiej ma oznaczyć istotę ostrego zaniku?*

znajomości zmian anatomicznych, jakie przy tój chorobie statecznie zachodzą, a tém samém za oczywistą pomyłkę co do samój natury choroby, uważaném być musi, niezasługuje przeto, równie jak inne podobne, wcale na uwagę. My, w toku rozprawy naszej, zachowany nazwę *zaniku ostrego*, jako najwłaściwszą dla tój niemocy, tak ze względów anatomicznych jako i klinicznych.

II. Część historyczna.

Pomijając rozmaitość nazwisk, a bacząc raczój na *treść kliniczną* przechowanych w historyi medycyny opisów, przekonać się nie trudno, że choroba przedmiotem rozprawy będąca, w najodleglejszój starożytności już, obserwowaną i srogie niebezpieczeństwo jój wtedy już dokładnie ocenioném było. Tak *np.* znajdujemy w pismach Hippokratesa, mianowicie w rozdziale „*De diebus judicatoriis*,” niemniej w części „*Prenotiones*” (1) krótkie wprawdzie, ale trafne zdania, dotyczące wyraźnie choroby w mowie będącój, podane stylem zwięzłym i dobitnym, jawne cechy greckiego mistrza na sobie noszącym.

Znajomość przebiegu tój choroby, przekazana słowem Hipokratesa zwolennikom jego następnych wieków, zachowaną wiernie została w pismach późniejszych lekarzy, o czém dowodne dają nam świadectwo: Cornelius

(1) Hippocratis Aphorismi et prenotiones, Parisii 1784. Hipp: opera omnia, quae ad nos exstant, per Janum Cornarium conser: Venetiis 1546.

Celsus (1) w księdze drugiej i trzeciej, Galenus w wielu miejscach licznych dzieł swoich, mianowicie w rozprawie: „De locis affectis libri VI“ (2), – Alex. Trallianus w rozdziale: „De imbecillitate jecoris“ (3) i wielu innych, których dla szczupłości miejsca, pominąć muszę.

Z późniejszych, wspominają pisarze (H. Lebert) Rubensa, który podobną formę żółtaczką w dziele swém „De ictero lethali“ w r. 1660 ogłosił, o czém wszakże niemając pod ręką wspomnianego autora, bliższych szczegółów podać niemogę.

W 16 wieku nadmienia o żółtaczce tego rodzaju, Guil: Ballonius (Baillou), znakomity zwolennik i wskrzesiciel nauki Hipokratesa, w dziele „Paradigmata et historiae morborum Venetiis 1735 r. W 17 w. pisze o niej Teoph: Bonnet w dziele: „Sepulchretum anatomicum,“ któremu Albr: Haller daje przydomek: „immortale apus.“

Wszystkie nadmienione tu w krótkości podania, odnoszą się przeważnie do Kasuistyki i Symptomatologii klinicznej. Żaden z autorów, dla przyczyn wiadomych, niezapuszcza się w badania *zmian anatomicznych*, których wartości nieznano, albo zrozumieć niechciano.

Dopiero słynny na zawsze w dziejach medycyny Giov: Batt: Morgagni, (4) twórca anatomii patologicznej, uczuwszy potrzebę śledzenia pośmiertnego, łączy po raz pierwszy, zbiór pojawów klinicznych ze *zja-*

(1) Corn: Celsus de medicina, Patavii 1750.

(2) Galeni opp. Venetiis 1562.

(3) Al. Tralliani libr. XII, 1575 Lugduni.

(4) De sedibus et causis morborum etc. Venetiis 1761, wydane w 80 roku życia wielkiego autora.

wiskami na zwłokach dostrzeżonemi i kładzie węgielny kamień do ścisłych obserwacji. Jenialne myśli jego, nieznalazły wszakże naśladowców, a postrzeżenia późniejszych lekarzy, jak: van Swieten, O'Brien, Cheyne, Alison, Bright, Griffin, Graves, jakkolwiek bardzo trafne i pouczające, przyczyniły się w prawdzie bardzo znacznie do rozpowszechnienia i rozpoznania tej formy żółtaczki, nieposunęły jednak ani o krok wiadomości *właścivej istoty choroby*. Równie mało korzyści dla prawdziwej nauki, przysporzyły ogłoszenia lekarzy francuzkich, jak: Baudon, Dałamir-Carsonac, Monneret, przyznające zanikowi ostremu, znaczenie sporadycznej *gorączki żółtej*.

Okres właściwie naukowy dla Patologii szczególnej tej formy żółtaczki, poczyna się dopiero z wydaniem monografii Horaczka w r. 1843 „Die gallige Dyskrasie, Ikterus mit gelber Leberatrophie,“ który pierwszy, za podstawę przypadków klinicznych, przyjmuje *szybki ubytek wątroby*. Zdanie to, poparte obserwacją Budda i Oppolzera, wyświecone bliżej licznymi oględzinami zwłok, przez Rokitańskiego dokonanemi, wywarło silne wrażenie w świecie lekarskim i dało powód do gorliwych i krytycznych wszechstronnych poszukiwań. Owoce tych badań, zjawily się szybko; albowiem już w 4 lat potem, udało się anglikowi Handfield Jones (1) wykryć pod drobnowidzem jedną z najważniejszych zmian morfologicznych w utkaniu wątroby w chorobie tego rodzaju, to jest: *zniszczenie komórek treści trzewu*, a któreto postrzeżenie, przy zaniku ostrym stale występu-

(1) London medical-Gazette. Dec. 1847.

jące, stanowi jak dotąd, charakterystyczną téj formy przypadłość histologiczną. Dwa lata nieupłynęło, a Ch. O z a n a m (1) z Paryża, ogłosił rozprawę, której treść o wiele wyjaśniła zawiłą formę żółtaczki durzycowej.

Równą przysługą zaszczyca się artykuł H. Leberta w piśmie Virchowa „Archiv für patholog: Anatomie etc“ w r. 1854 ogłoszony, w którym znany światu lekarskim autor, streścił wypadek z 72 obserwacyi téj niemocy dotyczącej. Pomieniony artykuł, noszący napis: *Jcterus typhoides*, stawia wszakże Leberta na odrębném od innych kolegów współczesnych stanowisku, wyznając, że napotykanany pospolicie zanik wątroby, nie stanowi domniemywanéj natury zagadkowej choroby, do zbadania której jednakże, nie podaje nam żadnej obiecującej wskazówki. Z drugiejj strony znowu, zbyt wysoka cyfra wypadków, którą ten autor naliczył w chorobie, która zdaniem wszystkich doświadczonych lekarzy, stosownie bardzo rzadko się wydarza, dozwala podejrzywać Professora Z ü r i c h s k i e g o, o przesadną pochopność w rozpoznawaniu, przezco cała rozprawa, z resztą bardzo szacowna, nie mało na swéj wartości utracą. Nie ujmując zatem bynajmniej wiarogodności Leberta, zdaje się przecież, jak gdyby na tle rzeczonéj rozprawy, zamieszczone były choroby odmiennéj (choć powinowatéj) natury, które właśnie autora do oddzielnego poprowadziły zdania.

Plenniejszym w pożyteczne owoce od rozprawy Leberta, był Frerichsa list otwarty do Oppolzera w r. 1855 napisany, w którym, znany zaszczytnie z Uraemii

(1) De la forme grave de l'ictère essentiel.

autor, oznajmia Profesora Wiedeńskiego o szczęśliwem wykryciu *Leucyny i Tyrosyny w wątrobie, moczu i krwi chorych, żółtaczką durzycową dotkniętych*. Wynalazek ten, jedyny pod ówczas w swoim rodzaju, stanowi nową epokę w Patologii i Fیزیologii naszej choroby i otwiera nieznane dotąd pole ciekawych i nauczających poszukiwań.

W roku 1857, francuzki lekarz Robin (1) rozbudza znowu ciekawość anatomów, odsłaniając w przypuszczanych *tworach tkanki łącznej* (Bindegewebelemente), nowe źródło badań, do *wysięków zapalnych* w sprawie zanikowej wątroby odnoszących się.

Szereg znakomitszych téj treści poświęconych prac, zamyka wydane w r. 1858 dzieło Frerichsa: *Klinik der Leberkrankheiten*, w którym autor przechyla się jawnie do zdania, poprzednio przez Brighta, Bambergera, Robina, w sposób każdemu z nich właściwy, wygłaszanego: o *wysiękowej* naturze zaniku wątroby. Takie koleje przechodziła Patogenia téj choroby, której wszakże bliższe wyjaśnienie, będzie zadaniem dalekiej przyszłości.

III. Symptomatologia.

Orzeczenie i podane w krótkości dzieje zaniku wątroby, wskazały czytelnikowi główne, czyli cechujące zarzys choroby, przedmiotem opracowania będącej. W tém miejscu, mamy obznajomić się z bliższymi i drobniejszemi szczegółami tejże, wskazać porządek następstwa ob-

(1) Gazette medicale 1857, 11 Sept. 17 Octob.

jawów chorobowych, rozróżnić ważniejsze i stałe od podrzędnych i przypadkowych, jednym słowem, manny skreślić wykończony w całości obraz formy nosologicznej, zanikiem ostrym wątroby zwanéj, w celu rozpoznania jéj przy łożu chorego. Idąc za przyjętym powszechnie w Patologiach zwyczajem, wypadaloby tu, wynotować po szczególe wszystkie przypadłości, jakie w przebiegu choroby od czasu powstania jéj, aż do końca przydarzać się zwykły, lub wystąpić mogą. Sposób ten wszelako, na którym pospolicie ograniczają się autorowie, nie, tyle zdaje mi się być pouczającym, ile zwykle bywa pedantycznym i konwencyonalnym.

Z tego powodu uważam za rzecz pożyteczniejszą, przed spisaniem porządkowym szczegółowych przypadków, podać kilka wybitnych przykładów klinicznie postrzeganych, wymienié następnie główne, stateczne objawy chorobowe, na których rozpoznanie opierać się winno, wspomnieć o podrzędnych lub przypadkowych, a zakończyć symptomatologią opisem zbioru przypadków w ogólności.

Dla dokładniejszego przedstawienia wielorakich, że się tak wyrażę, form klinicznych zaniku wątroby, starałem się z opisów klinicznych wybrać takie, któreby różnaitością przypadków i przebiegu, obok stanowczo stwierdzonego rozpoznania, wielostronną téj choroby wykazały postać.

1. *Opis choroby „Atrophia acuta hepatis“ obserwowanéj na klinice Profes. Oppolzera, ogłoszony przez Dr. T. Pleischel w czasopiśmie. „Wiener med. Wochenschrift“ 1855, I. 2.*

„Wyrobница 18 lat mająca, silnie zbudowana, poprzednio zawsze zdrowa, ulega dnia 16 Maja 1854 r. przypadłościom niezytu żołądkowego (Catarrhus gastricus), do czego przyłącza się po tygodniu, żółtaczka. Czując się wszakże jeszcze na siłach, spełnia chora zwykle obowiązki do dnia 28. Silniejszy ból głowy i wzmagające się osłabienie, zmusza chorą w dniu 30, szukać pomocy w szpitalu. Badana, przedstawia stan następujący: żółtaczka wybitna, język białawo-żółtym mułem pokryty, brzuch wzdęty, brak apetytu, pragnienie znaczne, stolce cisawe. Wymiar wątroby sięga od 6go żebra, w kierunku pachowym od 7 — 8, do brzegu żebrowego; w mostkowym, na 2 plesimetry poniżej wyrostku mieczykowatego. W jamie piersiowej, żadnej zmiany. Tętno 80, ciepłota prawidłowa. Mocz ciemny, pienisty. Zalecono limonadę.

Stan opisany trwał do 4 Czerwca; w tym dniu, pojawiła się ospałość (Somnolentia), ból głowy silny, przytomność umysłu nienaruszona; chora odpowiada na zapytania, jednak powoli; tętno jak wyżej. Przystawiono zimne okłady na głowę. Po południu przebudza się chora z gwałtownym krzykiem; niespokojna, wskazuje mocny ból w żywocie za dotknięciem i popada w śpiączkę (Sopor), w której zrywa się często w krzyku, dla dokuczliwych bólów żywota; źrenice rozszerzone, na światło nieoddziałują.

Dnia 5go szczękościsk z chwilowými napadami tęcowými; głowa gorąca, wymiary wątroby o 1 plesimeter pomniejszone; zacisnąwszy ściany brzuszne o 1" powyżej brzegu żebrowego, czujemy ostry, twardy brzeg wątroby; śledziona powiększona, pęcherz moczowy przepelniony.

Vsectio, Calomel c. Jalappa, bezskuteczne; kończy-
ny górne ściągnięte (Contracturae), sztywność dolnych;
po krótkiem konaniu wieczorem nastąpiła śmierć.

Ogłędziny pośmiertne wykazały: bezkrwistość mózgu
i jego błon; na podstawie czaszki dwie łyżki płynu żół-
tawego; na błonie śluzowej oskrzeli, na opłucnej i osier-
dziu wynaczynienia (Ecchymoses); w sercu nieco rzad-
kiej krwi: *wątroba o $\frac{1}{3}$ mniejsza, miękka, niemal cheł-
bocąca, na przecięciu gładka, połyskująca, bez śladu
budowy gronkowej, jasno zabarwiona*, obfitą brunatną
cieczą namoczona; powłoka jój pomarszczona; przewody
żółciowe prawidłowe, śledziona większa, powłoka jój
naprężona; liczne wynaczynienia w tkance podotrzewnej;
nerki wiotkie, żółciowo zabarwione.

Krew badana chemicznie, zawiera wielką ilość Bi-
lifeiny, bez śladu kryształów F r e r i c h s a; w mięszu
wątroby, znaleziono *wiele tłuszczu*, białko, cukier i bi-
linę; *komórki wątrobowe zniszczone zupełnie*, w miejscu
ich, mnóstwo tworów drobinkowych (Molecularmasse),
ciałka tłuszczowe i skąpa ilość krążków krwi. “

2. *Drugi przykład*, który tu zamieścić postanowi-
łem, *wyjęty z dzieła: Klinik d. Unterleibskrankheiten v.*
Ed. Hensch, Berlin 1852, pag. 295, ogłasza Graves
w sposób następujący:

„Dziewczynka 11 letnia, cierpiąca od dwóch dni,
wedle opowiadania skutkiem zaziębienia, uskarża się na
dolegliwości w żywocie, brak apetytu, pragnienie;
stolce zatrzymane, język obłożony, mocz mętny, ciemny,
tętno 120. Zalecono: pijawki, środki czyszczące i na-
potne.

Następnego dnia przypadły łagodniejsze: tętno 92, wypróżnienie kiszek obfite, ból ukojony, kilkogodzinny sen; około godziny 3ciej z południa daje się czuć osłabienie ciężkie, ból głowy dokuczliwy, światłowstręt; skóra żółtawa, kilkakrotne wymioty treści ciemnej, do fusów kawy podobnej, śpiączka. Wieczorem silne drgawki, żółtaczka jawniejsza, tkliwość okolicy wątrobowej; w którymto stanie chora, pomimo zastosowania tych samych co poprzednio środków terapeutycznych, nazajutrz rano, zakończyła życie.

Przy badaniu zwłok, znaleziono: przekrwienie mózgu; wynaczynienia liczne w sieci, *wątroba wielkości prawidłowej, bladożółta*, gdzie niegdzie plamami ciemnymi pokryta, *mięka, drobnoziarnista*.“

Zupełnie odmienny obraz przedstawia drugi, przez tegoż Gravesa opisany przykład tej samej choroby, której uległa siostra tuż przytoczonej dziewczynki.

3. „Wymioty żółciowe, zaparcie stolca, jawna żółtaczka, ból w okolicy żołądka i wątroby, wraz z nienasyconym pragnieniem, trapią 17 letnią Maryannę B. od tygodnia. Przypadom tym towarzyszy: obłożenie języka, tętno 80 w minucie, bezsenność, dziwna niespokojność i trwożliwość.

Przystawienie pijawek obok przeczyszczającego lekarstwa i chlorku rtęci, sprowadza chwilową ulgę w cierpieniu, które wszakże, już następnego dnia widocznie się wzmacnia; przyczem ból głowy do najwyższego dochodzi stopnia, powtarzają się wymioty treści brunatnej, wzrasta żółtaczka, wstawia się śpiączka i światłowstręt, *tętno zniża się w liczbie do 60 uderzeń, wątroba maleje, mocz poprzednio już ciemny i mętny nie zmienia się.*

Leczenie silne przeciwzapalne, zostaje bez skutku; pojawiają się *drgawki, szczególnie po stronie prawej*, powtarzając się co 30—40 minut; tętno przyspiesza się do 108 i znów na chwilę opada; chora zapada w stan zupełnego osłupienia; oddaje mimo wiedzy mocz i stolce, a nazajutrz umiera wśród opisanych przypadłości. Szkoła wielka, że dla niezależnych od lekarza przyczyn, oględzin pośmiertnych przedsiębrać niedozwolono.“

Z trzech wypadków ostrego zaniku wątroby, które ja w ciągu swej praktyki obserwowałem, były szczególnie dwa z tak wybitnymi objawami klinicznymi i tak wyraźnymi cechami zagadkowej tej i rzadkiej formy patologicznej, że je niemal za wzór przykładów poczytać można, z której też przyczyny w całości ich tu podać czuję się obowiązany.

4. M. około 45 lat liczący, znakomity nauką, wysoko jako urzędnik położony i powszechnie w Krakowie szanowany, silnie zbudowany, czerstwy, zbyt wiele może czasu pracom umysłowym poświęcający, zapada w r. 1854 w Czerwcu na zdrowiu, pod przypadłościami lekkiej niestrawności. Po kilku dniach, objawy chorobowe jako: brak apetytu, odbijanie, zaparcie stółca, ciężkość głowy, wzmagają się, a cera twarzy przybiera barwę blado-żółtą. W trzy dni potem, skóra żółknie bardziej, wstawiają się wymioty śluzowe, tętno przyspiesza się do 90, skóra gorąca, ból głowy i t. p. jawne symptoma gorączki występują, które w przeciągu dwóch dni coraz bardziej wzrastając, przedstawiają istny obraz rozwiniętej durzycy.

Obok wszystkich, każdemu znanych objawów durzycy, jako: silnej gorączki, majaczenia żywego, gwałto-

wnego, niespokojności, chwilową ospałością, w rodzaju chorobliwego drżemania przerywanéj, z którego chory co chwila nagle się zrywał wskazując nader dokuczliwy ból w okolicy wątroby, obok tych mowię, przypadów, przebijało się coś szczególniejszego na licu tego chorego; był to jakiś właściwy wyraz twarzy, w którym malował się jakiś przestach, gniew, niecierpliwość, co każdego z otaczających na pierwsze wejrzenie uderzało. W tymto czasie wyraźnéj, choć bladawéj żółtaczki, wybadać z łatwością można było: *znakomite pomniejszenie objętości wątroby, której wymiary, w żadném miejscu nieprzenosiły zwyczajne dwa 1 1/2 calowe plessimetry*, gdy tymczasem w początku choroby, wątroba prawidłową zajmowała przestrzeń; stolce były koloru cisawego, wszelako niezupełnie bezbarwne; mocz ciemny, pianą żółtą pokryty, ciężar jego gatunkowy nieco lżejszy, inne składniki w stosunku prawidłowym. W takim stanie pozostał chory do dnia 13go choroby, od pierwszego dnia gorączki licząc i zakończył życie śród niepowstrzymanéj śpiączki.

Jakkolwiek zatém, rozczłonkowanie zwłok tego chorego, dopuszczoném nie było, przezco niedostaje nam potwierdzenia protokołem sekcyjnym sprawdzonego, mimoto przecież zbiór przypadłości za życia był tego rodzaju, że pomyłka w rozpoznaniu, tym razem prawie była niepodobną.

Drugi wypadek, równie jak pierwszy pouczający, a tém ciekawszy, że autopsyą stwierdzonym został, przydarzył mi się w szpitalu Willanowskim, a był następujący:

5. Niewiasta 55 lat wieku mająca, wątłej budowy, często na zdrowiu zapadająca, usposobienia gniewliwego w niedostatku życia, cierpiała przed przyjściem do szpitala przez kilka tygodni, na *bole w rozmaitych częściach ciała przemijające*; przed 3 dniami zaś bardzo na siłach podupadła, trapiąca szczególnie bólem w okolicy wątroby; do czego, przyłączyły się wymioty, *biegunka i żółtaczka*, z lekką gorączką.

Przy staranném badaniu, które oprócz wymienionych przypadków, wykazało mocz brunatny, podwyższoną ciepłotę, tętno 84—8, wodniste rzadkie stolce, i powiększenie śledziony (chora dawniej cierpiała na zimnicę), nieznaleźliśmy żadnych zmian anatomicznych.

W dwa dni potem, wzmożyły się przypadłości rzeczony; chora leżała w silnej gorączce (tętno 110—14), skóra była gorąca, *lekkim potem pokryta*, oddech mozolny, ciężki 26; wymioty ustały, zaco pojawiły się *stolce krwawe*; ból wątroby gwałtowny za dotknięciem, *wymiary wątroby znacznie pomniejszone*, a nawet *w miejscu samego trzewu*, odgłos przy pukaniu *niezupewnie tępy*; żółtaczka, szczególnie na białkównce oka bardzo wyraźna.

Wieczorem powstało majaczenie ciche, kilka godzin trwające, poczem nastąpił stan ciężkiego osłupienia, z którego chora z trudnością tylko przebudzana być mogła. Z lekarstw podano: Sulf. Chinini 4 razy dnia po 1 granie, obok tego: Mixtura c. acido Halleri i zimne okładania głowy.

W tym stanie przetrwała chora dni cztery, w ciągu których, tętno opadało czasami do 100—90, a śpiączka, spokojne majaczenie, stolce krwawe i żółtaczka towarzy-

szyły chorobie do śmierci, która dnia 7 od czasu przybycia chorąg do szpitala, nastąpiła.

Na zwłokach spotkaliśmy: bezkrwistość mózgu, nawal w płucach, nieco płynu w osierdziu, lekkie owrzodzenia na błonie śluzowej jelit cienkich i grubych; *wątrobę małą, ciekłą, bardzo miękką, obficie żółcią nasiąkniętą i powiększoną, prawidłowej zbitości śledzionę, nérki prawidłowe.*

Już z przytoczonych tu pięciu przypadków, których liczbę znacznie powiększyby można, przekonać się nie trudno, że forma zewnętrzna żółtaczki durzycowej, bardzo ciekawą i niepospolicie urozmaiconą lekarzowi praktycznemu okazywać może postać i że różnobraźne nazwiska, chorobie téj nadawane, niemniej sprzeczne pojęcia o niej wygłaszane, w różnolicowej formie samej choroby źródło swe czerpiące, nie były zupełnie bezzasadne. Sprzeczność tych pojęć tem mniej nas jeszcze zadziwiać będzie, zważywszy: że *zmiana anatomiczno-histologiczna zachodząca w samej treści trzewu*, a wedle terażniejszego stanowiska nauki, główną podstawą całej choroby będąca, stanęła w całym *szemacie nosologicznym sama jedna, jako osobny dla siebie i właściwy rodzaj zбочenia w sprawie nutrycyjnej.*

Z umieszczonych tu przykładów, uczymy się wszakże również, jako pomimo téj wielostronności formy, napotykamy w przebiegu żółtaczki gorączkowej przecież jeszcze *przypadłości stałe, pewne i wyraźne*, a co więcęj *anatomiczne*, złudzeniu indywidualnych tłumaczeń niepodlegające, na których lekarz opierając się, chorobę przedmiotem rozprawy będącą, jakkolwiek względnie do

innych niemocy bardzo rzadką, ciężką i do zwalczenia nadzwyczaj trudną, a może jak twierdzą niektórzy (Bamberger) niepodobną, w tłumie innych cierpień, bez trudności nawet wielkiej, *rozeznąć, a częstokroć z wszelką pewnością i stanowczo rozróżnić jest* w stanie, o czém zresztą, na inném miejscu obszerniej mówić nam przypadnie.

Co gdy tak jest, przejdziemy teraz do wyszczególnienia wszystkich po kolei symptomatów, które ubyły ostrej wątroby, za życia chorego *konieczni za sobą pociągnąć musi*, a przynajmniej, które w chorobie naszej, polegając na doniesieniach najrzetelniejszych lekarzy, zestawieniu statystyczném i doświadczeniu własném, *najczęściej pojawiać się zwykły, bez których zatém, w dzisiejszym czasie, rozpoznanie zaniku ostrego, klinicznie stanowioném być nie powinno.*

Wyszczególniając, stosownie do założenia powyżej nakreślonego, przypadłości główne i najważniejsze przy rozpoznaniu żółtaczki durzycowej, ośmielamy się zboczyć od zwykłej systematyczności opisowej, wedle której, wypadaloby przy wyliczaniu symptomatów, trzymać się drogi *fizjologicznej* i przychodzić kolejno zboczenia w pojedynczych narządach napotykané, *np.* przypadki w narządzie trawienia, krążenia i t. p. z porządku opisywać, albo *chronologicznej*, to jest wyszczególniać objawy takim porządkiem, w jakim one w przebiegu choroby, *co do czasu, występować zwykły.* Zchodzimy z tej drogi jedynie dla tego powodu, iż uwzględniając przede wszystkim stanowisko kliniczne niniejszego wykładu, uważamy wymienienie przypadków w szyku, podług *wartości i znaczenia ich praktycznego ułożonych, za korzystniejsze od fizjologicznego i chronologicznego.*

Do rzędu przypadłości, których sprawdzenie w tej chorobie konieczne jest potrzebnem, a których obecność w porządku, tuż wykazać się mającym, stanowi rozpoznanie stanowcze zaniku ostrego wątroby, zaliczamy:

1. *Żółtaczkę*. Znane powszechnie zabarwienie skóry żółtaczkowe, jest ze *wszystkich, niemocy tej towarzyszących objawów najstalszym, stanowczo niezbędnym*, we wszystkich dotąd znanych wypadkach obecnym i do końca choroby lub życia utrzymującym się. Stosownie do rodzaju powstania choroby, występuje ona albo *nagle*, w samym początku, jako pierwszy znak nadwątlonego zdrowia, jakto się rzecz ma *np.* po nagłym, silnym wzruszeniu moralnym, alboliteż, co nierównie częściej się przydarza, dostrzega ją chory po *kilku lub kilkunastu dniach* lżejszego z kądinąd cierpienia. Zawsze przypadłość ta przeto, jest początkiem albo całej choroby w ogólności, albo przynajmniej okresu prawdziwej żółtaczki durzycowej. Zdarza się niekiedy, że z pojawieniem się żółtej barwy na powłokach, ustępują niektóre z przypadków poprzednich (zapowiednich), *np.* wymioty, biegunka, nawet tętno zwalnia się czasem, aby później znowu wzrosnąć w liczbie; częściej atoli, stan choroby pogarsza się odtąd, a szczególnie wstawiać się zwykły wtedy boleści w okolicy wątroby, jeżeli dotychczas jeszcze uczuć się nie dały.

Rzeczone zabarwienie skóry, bywa pospolicie w zaniku ostrym jasne, *mniej wybitne od żółtaczki, skutkiem przobrażeń wątroby innego rodzaju powstałej*, w zbliżeniu do koloru siarki podobne, rzadko jeszcze bledsze, a *nigdy zbyt ciemne*. Widoczną staje się żółtaczka najpierw na białkowie oka, zkąd posuwa się na skórę twarzy, a wreszcie na całą powierzchnię ciała. Jedno-

częściej z zabarwieniem powłok powszechnych, *zmienia się kolor moczu, nie zawsze stolców, rzadziej jeszcze śliny, potu, płwocin, mleka pokarmowego.*

Cechującą niemal, rozumie się obok innych przypadków, jest ta okoliczność, iż przy wyraźnej, żółtaczce na skórze i właściwie zabarwionym moczu, *kolor stolca mało, a nawet niekiedy (w $\frac{1}{3}$ przypadków, wedle Leberta) wcale uieutralca żółciowej barwy, co, mówiąc nawiasem, w tém znajduje wytłómaczenie, że przewody żółciowe w ubyciu ostrym wątroby, prawie zawsze, żadnemu uszkodzeniu nie ulegają, a tém samém żółć, swobodnie odpływać może.*

*Zmiana w kolorze moczu, uzupełniająca przypadłość żółtaczkowej barwy skóry, jest zarówno jak ta, znakiem statecznym, a badanie jój nigdy zaniedbaném być nie może. Mocz przybiera zazwyczaj kolor ciemno-brunatny (w rozmaitych odcieniach, stopniom żółtaczki wszelako wcale nieodpowiednich), najczęściej mętny, żółtawą pianą pokryty; w ogóle, zewnętrzne wejrzenie moczu podobném staje się do porteru, którego piana jednak bywa brudną, czego nie widzimy na moczu. Rozbiór chemiczny uryny, wykazuje obok pierwiastków barwinkowych żółci (w każdej formie żółtaczkowej znajdujących), w znacznej ilości tutaj nagromadzonych, *ubyttek mocznika (ureum) i soli fosforowych, rzadko kiedy białko, ze znizeniem ciężaru gatunkowego, przy obecności szczególnych pierwiastków wyciągowych.**

W brudno żółtawym osadzie owego moczu, wykrył Frerichs obfitą mnogość kryształów mikroskopowych, z których jedne *igielkowate, za Tyrosynę, a drugie okrągłe, dośrodkowo cieniowane, za Leucynę* uznane zostały.

Polegając na licznych, pod tym względem poczynionych postrzeżeniach, uważać musimy kryształę rzeczona, pomimo, że obecność ich także w innych ciężkich chorobach, jak np. w durzycy (Dietl), w padaczce (Valentiner), i t. p. wykrytą została, jako *bardzo ważny nabytek symptomatologiczny w ubycie ostrym wątroby*, chociażby dlatego, że wykrycie ich, okazuje dowodnie *wysoki stopień rozpadu tworów białkowych* w organizmie dokonanego, co w zestawieniu z innymi, chorobami tej właściwymi zjawiskami, rozpoznanie zaniku wątroby, niewątpliwie stwierdzić będzie w stanie. Szkoda tylko, że do wybadania kryształów, potrzeba koniecznie mikroskopu, którym lekarz posłużyć się niezawsze ma sposobność.

2. *Gorączkę*. Same nazwisko „*żółtaczk gorączkowej, i gorączki żółtej*“ nadawane częstokroć tej chorobie, zaświadcza już jawnie, że objawy *gorączki należą do istotnych, niemal patognomonicznych przypadków tej niemocy*, a pod względem wartości klinicznej, położone być muszą na równi z właściwem zabarwieniem skóry.

Podobnie jak przypadłość poprzednia, występuje gorączka *albo w samym początku*, co jednak w rzadkich tylko przydarza się wypadkach, albo co nierównie częściej, *wywiązuje się takowa nieznacznie powoli*, i dopiero w dalszym postępie słabości wzmagają się do tak wysokiego stopnia, jak ją widzimy np. w rozwiniętej durzycy. W pierwszym wypadku, poprzedza ją niekiedy silny dreszcz, który choć rzadko, powtarza się w okresie wybuchu przypadków mózgowych.

Silna już bardzo gorączka z przyspieszonym do 110 — 120 uderzeń tętnem, z podwyższoną znacznie ciepłotą

i żywszym oddechem, opada nierzadko w dalszym przebiegu choroby, mianowicie w chwili ciężkiego *stopienia czynności mózgowej*, w którymto czasie zwalnia się tętno do 80 — 70 uderzeń w minucie (bardzo rzadko do 60—50), źrenica się rozszerza, ciało chłodnie i obfitym pokrywa się potem. Pospolicie atoli, utrzymuje się raz powstała gorączka o drobném, nitkowatém, a szybkim tętnie w ciągu całej choroby, albo opadłszy podnosi się wkrótce znowu, a drugi raz zmniejszona, nasila się powtórnie tak, że kilkakrotna *zmiennosc tętna i ciepłoty*, przez niektórych (Lebert), za *istotną przypadłość* tej choroby pożytywaną bywa.

Na uwagę zasługuje niemniej ta okoliczność niezwykła, że skóra tych chorych w okresie mocnej nawet gorączki, rzadko tylko bywa suchą i szorstką, nierównie częściej pokryta *lepkim, niemilym potem*, szczególnie ku końcowi choroby. Przysłuch tonów serca, żadnych nie podaje tu zбочeń.

W tém miejscu wspomnę także o *krwi* chorych, ubytowi wątroby uległych, której histologiczno - fizykalne własności, jakkolwiek mniej od innych przypadków stanowcze i niezawodne, nigdy przecież przy rozpoznaniu kliniczném pominięte być niemogą.

Wypuszczona z żyły krew jest rzadka, brudna, krzepnie leniwo rozdzielając się na rzadką, żółto zabarwioną surowicę i na miękkie, skąpe, ciemny skrzep, powleczony niekiedy choć rzadko, galaretowatą, cieńką, zielonawo żółtą plewką żapalną. Pod drobnowidzem, znajdujemy opisane powyżej kryształy *Leucyny i Tyrosyny w znacznej ilości*, niemniej *pomnozenie mocznika*, a niekiedy obfitszą liczbę ciałek białych (Lebert). Zmiana ta

histologiczna w składzie krwi, której wykrycie zawdzięczamy gorliwym poszukiwaniom Frerichsa, a którego potwierdzenie, dla Semiotyki ogólnej arcy wielkiej wagi, znajdujemy w badaniach Virchowa, Valentinera i t. d., napotykana wprawdzie także w innych chorobach, odmienną od zaniku wątroby natury daje nam przecież przy rozpoznaniu tej choroby, bardzo silne, choć nie rozstrzygające oparcie. Przypisywane wykryciu temu znaczenie patogenetyczne, jakoby *obecność onych kryształów w krwi*, bezpośrednio, to jest sama przez się, albo pośrednio, to jest wpływem kryształów na dalszy rozkład krwi, stanowiła *ostatnie i jedyne źródło całego szeregu przypadłości nerwowych* (Frerichs), *obalonym niepowrotnie zostało wykazaniem ich tam, gdzie w całym przebiegu choroby, żadnego przypadku nerwowego nieodstrzeżono*, i przeciwnie, przytoczeniem niewątpliwych przykładów *żółtaczki durzycowej, w których troskliwie poszukiwanie Leucyny i Tyrosyny w krwi nieokazało*. Wypadki takie przywodzą: Oppolzer, Virchow, Bamberger.

Nie ulega wątpliwości, że zachodzące w składzie i własnościach *fizykalnych* krwi, zmiany, o których dopiero mówiliśmy, są głównym a może jedynym powodem onych *wypróżnień krwawych przez wymioty i stolce, niemniej plam krwotokowych na skórze*, które wedle podania wiarogodnych pisarzy, nierzadko w ubycie wątroby napotykaną bywają, a których piękny przykład ja, u jednej z moich chorych (Nr. 5) widziałem.

Przypadłości krwotokowe, są w każdym razie oznaką posuniętego do wysokiego stopnia zakażenia krwi i ciężko nadwreżonej sprawy nutrycyi, *nie należą wszakże do cechujących objawów zaniku wątroby*. Pod wzglę-

dem anatomicznym, napotykamy niekiedy (jako powód wypróżnień krwawych) nadżarcia w ograniczonych miejscach błony śluzowej żołądka lub jelit (Erosiones), często atoli, poszukiwania na zwłokach, żadnego tych przypadłości nie podają wytłómaczenia.

3. Przypadłości w sferze nerwowej.

Do najważniejszych, prawdziwie istotnych i charakterystycznych w przebiegu ubytkowej wątroby przypadków, zaliczają jednoznacznie wszyscy autorowie: *zjawiska chorobowe w czynnościach systemu nerwowego*.

Zboczenia w czynności nerwów, są tak stałym i koniecznym w ciągu trwania choroby przypadkiem, należą tak koniecznie do całkowitego obrazu tej niemocy, że *bez nich*, o ile dotychczasowe uczy doświadczenie, *rozpoznanie ostrego zaniku wątroby orzeczonem być niemoże*. Jak do pojęcia żółtaczki w ogóle, przywiązaniem jest koniecznie żółtaczkowe zabarwienie skóry i moczu, tak orzeczenie ostrego ubytku wątroby, ze stanowiska praktycznego, mieści w sobie zarazem *zboczenie czynności nerwowych*.

Mnoga różnorodność objawów nerwowych w chorobie tej napotykanym, ich stateczna obecność i wysokie znaczenie kliniczne, upoważnia nas do głębszego zastanowienia się nad tym zjawiskiem, i do obszerniejszych nad niemi uwag. Dla dokładniejszego przeto obznajomienia się z temi przypadkami, rozdzielimy ich na 3 rodzaje czyli rzędy, w których występują, a temi są: a) *spączka*, b) *majaczenie*, c) *kurcze*.

W ogólności, zjawiają się przypadki nerwowe, jakiegokolwiek one są natury, znacznie później od innych *np.* od gorączki, żółtaczki, wymiotów i t. p., albowiem pospolicie, dopiero w czasie wyraźnego już trwania kilku z nadmienionych symptomatów, których zbiór przedstawia zazwyczaj złudny pozór łagodnej żółtaczki. Oznaczenie ściśle okresu, w którym przypadki w mowie będące występować zwykły, jest niepodobnym z powodu, że czas trwania objawów zapowiednich (stad: *prodromorum*), zmienia się w każdym wypadku, a to, stosownie do indywidualnych warunków, tém bardziej jeszcze, do rodzaju przyczyny samą chorobę wywołującej. Tyle przynajmniej powiedzieć tu można, że w większej liczbie wypadków, gorączka (żółtaczka zatem także), na kilka dni wyprzedza przypadki nerwowe, a bardzo rzadko, jednocześnie z temi się wywiezuje.

a) Wszeregu przypadłości właściwie nerwowych, najczęstsze są *zbożenia czynności mózgowych*, a pomiędzy temi najpowszechniejszą i najwyraźniejszą jest *spączka*, jakież i w ogólności, objawy *stępienia* czynności nerwowej, tak pod względem częstszego pojawiania się, jako też w stopniu gwałtowności, przeważają nad zjawiskami *zadrażnienia* tychże funkcji.

Sposób okazania się *spączki* (Coma) bywa dwojaki, to jest, występuje ona albo *odrazu jako taka*, i stanowi sama przez się pierwszy objaw naruszonej czynności mózgowej, albo, co nierównie rzadziej się wydarza, wyprzedzoną bywa przez objawy zadrażnienia mózgowego, czyli przez *majaczenie*. W pierwszym razie, powstać ona może bez wszelkich właściwych sobie znaków zapowiednich, zapada *całkiem niespodzianie*, w chwili, kiedy le-

karz niebezpiecznych tego rodzaju przypadłości nawet domyślać się nie miał powodu, i to w gwałtownym zaraz stopniu; alboteż, co częściej, uprzedza ją *stan łagodnego zajęcia mózgu*, oznaczający się: ciężkością głowy, wielkim upadkiem sił, niemal bezwładnością, tępotą umysłu, nudnościami, zupełną, niedopoznania zmianą charakteru i szczególniejszą, trudną do zwyciężenia sennością. Przebudzony w tym czasie chory, powraca z każdym dniem, a nawet z każdą godziną, trudniej i powolniej do przytomności; otwiera oczy leniwo, niekiedy do połowy tylko, odpowiada wprawdzie na uczynione mu zapytanie, ale z trudnością bardzo widoczną; następnie, podaje odpowiedzie niezupełne, w końcu całkiem niestosowne, aż wreszcie, mruczając coś niewyraźnie przy na wpół przymkniętych powiekach i rozszerzonych, na wpływ światła nieruchomych źrenicach, popada na powrót w głęboki sen.

Pospolicie udaje się jeszcze, pogrążonego w chorobowym ciężkim śnie, wpływem silniejszych wrażeń, ocucić przynajmniej na chwilę; czasem, powraca go do przytomności dokuczliwy ból wątroby, co rozeznąć można po żalostném stękaniu i chwytyaniu rękoma za bok prawy; niekiedy znowu, przerywają tę senność automatyczne ruchy członków, rzucanie się i przewracanie chorego na różne strony, poczem wszelako, prędzej czy później, opanowuje chorego ogólna bezwładność z zupełném porażeniem granicząca, cicha bezprzytomność odbiera mu władzę woli i zmysłów, wypróżnienia kiszek i pęcherza odbywają się bez woli i wiedzy, a chory śród obfitych potów przy podwyższonej ciepłocie i przyspieszonym, a bardzo nikłym tętnie (częstokroć przerywanem), zasypia na wieki. Dodać tu jeszcze wypada, że pomimo

tak srogich znaków *stępienia* czynności mózgowój, *rzeczywistego porażenia nigdy niedostrzeżono*.

b) Mniej częstém od śpiączki, jest *majaczenie* (*Delirium*). Chorzy tego rodzaju, odmienny jak tamci, w początku przedstawiają widok. Przypadłość ta jednak, jest raczej przechodową i odwleka tylko na czas jakiś, zazwyczaj dosyć krótki, nadejście okresu tuż opisanego.

Przed pojawieniem się majaczenia, okazują zwykle chorzy niewłaściwą ich usposobieniu i temperamentowi, nieco dziwną żywość w ruchach, w odpowiedziach i t. d. Po krótszém lub dłuższém (2—4 dni) trwaniu takowego przedrażnienia ogólnego, w którym przeciągu czasu, całe dnie i nocy bezsennie przepędzają, poczynają się zwyczajne jak w durzycy *np.* bredzenie, przyczém chorzy przy zwieszonych nieco powiekach, a niekiedy błyszczących dziwnym blaskiem oczach, żywo a niestosownie rozprawiają, krzyczą, zrywają się, wstają z łóżka i uciekają, w czém jednak, dla braku sił z łatwością powstrzymani być mogą (przezco poniekąd różnią się od majaczących skutkiem innéj choroby), a osłabieni, padają najczęściej na łóżko i na kilka godzin usypiają, chociaż snem niespokojnym. Stan podrażnienia wraca częstokroć po raz wtóry i trzeci, krótkimi przestankami przerywany, aż w końcu, o władnie chorego śpiączka, w której zazwyczaj zapada zgon.

c) Najrzadziej z wspomnianych przypadków nerwowych, pojawiają się *kurcze*; a jeżeli są, to zawsze niemal występują w dalszym ciągu majaczenia, albo w czasie tegoż.

Kurcze w zaniku wątroby bywają najczęściej jeszcze *drgawkowe* (clonici), a rzadko tylko *tężcowe* (tonici).

Po większej części, ograniczają się one na drgawkach mięśni twarzowych, rzadziej rozszerzają się do mięśni ocznych, karkowych, piersiowych (czkawka dosyć często trapi chorych takich); częściej znowu, widzimy kurcze członków górnych, bardzo rzadko dolnych. Zbożenia rzeczony ruchów, czasem bardzo gwałtowne nawet, napadają, równie jak majaczenie, w przestankach, dopóki chory, obrany z sił do szczętu, nieulegnie śmiertelnej spiączce. Z przypadłościami nerwowymi (mianowicie z majaczeniem i drgawkami) nierównym postępują krokiem objawy gorączkowe. Skóra wprawdzie czasem gorąca, a przynajmniej cieplejsza od prawidłowej, bywa miękka i wilgotna; tętno stosunkowo niezbyt przyspieszone albo nikłe; białkówka oka bladożółta, albo lekko tylko zaczerwieniona, głowa niezbyt gorąca i t. p.

Przy końcu rozdziału o zjawiskach nerwowych zapisujemy tę przestrożę, że *pojawienie się tychże w żółtacze, równie jak gorączki, jest przypadem nader ważnym i stawia chorobę w rzędzie bardzo niebezpiecznych.*

4. Pomiedzy przypadami *anatomicznemi*, najpierwsze niezaprzeczenie zajmuje miejsce: wykazanie *pomniejszenia wymiarów wątroby*. Jestto przypadłość, której obecność obok żółtaczki i objawów nerwowych, najniezawodniej stwierdza rozpoznanie ostrego zaniku tego trzewu, której *brak jednakże, przy badaniu za życia chorego*, nie wyklucza stanowczo choroby w mowie będącej, jeżeli inne cechujące znaki za istnieniem tejże zupełnie przemawiają. Przyczyną tego drugostronnego

zdania, jest trudność (przypadkowa, albo anatomiczna z powikłania inną chorobą spowodzonego) wybadania dokładnego objętości trzewu za pomocą plessimetru i obmacania, następnie przeobrażenia anatomiczne zasze przed wystąpieniem żółtaczkii durzycowój, a pociągające za sobą niemożliwość widocznego pomniejszenia objętości, w końcu, wykazy niezaprzeczone statystyczne, z których dowiadujemy się, że choroba ta, przy prawidłowych wymiarach wątroby przebiegać i klinicznie, wszystkie znaki żółtaczkii durzycowój przedstawiać może. Z drugiej strony rzecz biorąc, do zaniku jakiegokolwiek trzewu, nie koniecznie wymaga się *anatomicznego umniejszenia objętości*. Istotą zaniku jest *przeobrażenie właściwe, a mianowicie zniszczenie treści czyli specyficznej tkaniny*, przyczem objętość trzewu nie koniecznie zaraz pomniejszoną być musi. Cokolwiekbaż z resztą jest tego przyczyną, mamy niezbite dowody w historii téj choroby (Lebert, Graves, Ozanam, Robin, Cl. Bernard, Henoch, Budd), że wątroba z zakończeniem nawet śmiertelném, zachować może prawidłową wielkość. W nierównie większej jednak liczbie wypadków, *wątroba zmniejsza się, często bardzo znacznie* (do $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$), a co *najważniejsza, w stosunkowo bardzo krótkim czasie*. Początek ubytku jój, klinicznie oznaczyć niepodobna, naco każdy łatwo się zgodzi, komu wiadomo z doświadczenia, jak częste i niepokonane zachodzą nieraz przeszkody (ze strony jelit, opuchliny brzusznej, wysięków opłucnowych), w oznaczeniu granic rzeczzonego trzewu za życia. W dalszym jednak przebiegu, zwłaszcza przy szybkim ubywaniu wątroby, oznaczenie tego przypadku nie wiele zazwyczaj przedstawia trudności, a wybadanie to ułatwia jeszcze ta okoliczność, że zanikowa

wątroba, *będąc mniejszą i zarazem cieńszą, daje nawet w miejscu położenia swego, odgłos tylko stłumiony, zamiast całkiem tępego, jak to bywa w stanie prawidłowym* albo przy marskości jej (Cirrhosis). Brak tępego odgłosu najwyraźniej czuć się daje w okolicy lewego zrazu, który przy ubycie zawsze najpierw i najwięcej ulega zmianie.

W czasie ubywania wątroby, co najczęściej dopiero w okresie gorączkowym i równocześnie z objawami nerwowymi wybadać mamy sposobność, występują pospolicie: *boleści w okolicy naruszonego organu*, o których kilkakrotnie już nadmienialiśmy. Niekiedy wszakże, ból ten pojawia się daleko wcześniej; czasem przeciwnie, w tym okresie znika; a w ogólności, przypadłość ta *zmienna i bardzo względna*, dlategoż dłużej nad nią zastanawiać się nie widzimy potrzeby.

5. Dosyć powszechnym przypadem w zaniku wątroby, jest *powiększenie śledziony*; wszelako nie tak stałym, aby przy rozpoznaniu na nim polegać można było. Nie równie częściej, napotykaném bywa obrzmienie śledziony na *zwłokach takich chorych*, aniżeli rozpoznaném być może ono *przy łożu chorego*. Niekiedy choć rzadko uskarżają się chorzy na *ból w okolicy śledziony*, szczególnie za dotknięciem tejże, a obydwie nadmienione tu przypadłości, występują równocześnie prawie z pomniejszeniem wątroby.

6. W rzędzie przypadków, stale chorobie tej towarzyszących, zamieścić wypada objawy *zboczenia w narządzie pokarmowym*. Liczba przypadłości tego rodzaju jest bardzo znakomita; obecność ich tak częsta, że prawie powiedzieć można, iż ich nigdy niezabraknie i to w formie

bardzo wyraźnej. Mimoto przecież, znaczenie ich patognomiczne niema téj wysokości, jaką przyznajemy innym, powyżej wyszczególnionym symptomatom. Nie można wszakże zaprzeczyć, że pojawienie się niektórych przynajmniej objawów ze strony narządu pokarmowego, jako: wymiotów lub biegunki krwawej, obok zbioru reszty przypadłości, rozpoznanie zaniku wątroby przeważnie wesprzeć może i musi.

Symptomata gastryczne występują głównie *w samym początku choroby*, to jest *w okresie zapowiednim*, albo raptownie po nagłej jakiejś przyczynie *np.* w gniewie, albo powoli, skrycie, z niewiadomego powodu, i są wtedy zawsze, *jedyne oznaki cierpienia*, którego zakresu podówczas nigdy jeszcze oznaczyć niepodobna. Najczęściej, niemal powszechnie ludzka i chorego przypuszczeniem łagodnej niestrawności, do którego wniosku upoważniają zwykłe przypadki wtedy napotykanne, jakoto: brak apetytu, odbijanie, ból lekki w dołku podsercowym, obłożenie języka, rzadko biegunka, częściej zatrzymanie stolca, a często i wymioty śluzowe lub zielonawe. W dalszym jednakże przebiegu (czasem dopiero po 6—10—14 dniach), wzmagają się one znacznie, mianowicie w chwili przyłączenia się do nich gorączki. W okresie przypadków nerwowych, dosięgają nierzadko wysokiego stopnia; szczególnie ważnemi są wtedy: wymioty i biegunka krwawe, albo pomieszane z brudnym, do zapieczonój krwi podobnym gąszczem; wtedy także bywa język suchy, spieczony, toż i dziąsła, żywot niekiedy wzdęty, w jamie swój płyn wodny zawierający.

Widzimy przeto, że *przypadłości gastryczne*, nie mające w téj słabości innéj cechy, nad tę, jaką przyznajemy im w każdéj z cięższych chorób gorączkowych, *nie-*

mogą także w zaniku wątroby, innego przybierać znaczenia jak to, któreśmy im na wstępie nadali.

Niektórzy autorowie (Lebert) podają jeszcze, że w zaniku wątroby pojawia się niekiedy *wysypka*, podobna do różycy tyfusowej albo do petoci, która po 4 — 5 dniach blednie i znika, a najwyraźniej okazuje się na kończynach, mniej na twarzy i piersiach. Oprócz tego, wystąpić mogą wynaczynienia, o których nadmieniliśmy wyżej.

Ze strony *narządu oddechania*, niemamy pospolicie żadnych przypadków, wyjąwszy krótkiego i szybkiego oddechu w okresie gorączki, który zazwyczaj w następnych dniach zwalnia się nieco, bywa charczącym, a którego przypadłość oznacza niemal zawsze, zbliżający się zgon chorego.

Powyższe zestawienie pięciu wybitnych i prawdziwie klinicznych przykładów téj choroby, łącznie z obszernym rozbiorem wszystkich przypadłości, jakie w zaniku wątroby przydarzyć się mogą (przyczém o ile to być może, staraliśmy się wykazać chronologiczny ich porządek), powinno zdaniem naszym, dać czytelnikowi dostateczne i jasne wyobrażenie o zbiorowej postaci, jaką choroba, przedmiotem rozprawy będąca, w praktyce klinicznej przybrać może; z którejto przyczyny, uważam powtórzenie opisowe całej gromady przypadków, za zbyteczne i niepotrzebne.

IV. Etiologia.

Nader rzadkie pojawianie się zaniku ostrego wątroby, mianowicie w naszym umiarkowanym klimacie, czyni prawie niepodobieństwem zbadanie prawdziwej przyczyny, która sprowadza tę, słusznie do najstraszliwszych zaliczoną chorobę. Opisy niemal wszystkich autorów (z wyjątkiem Leberta i Frerichsa), których ogłoszeniu zawdzięczamy znajomość tego ciężkiego cierpienia, opierają się na obserwacyi kilku, co najwięcej kilkunastu przykładów. Zważywszy w dodatku, że choroba ta, w początku zawsze pod formą *łagodnej tylko występuje żółtaczk*i, i najczęściej *nagle* przybiera postać złośliwej, do zwalczenia już niepodobnej, również, że wyśledzenie prawdziwej przyczyny, w każdym wypadku nawet dokładnie znaney nam niemocy, niepokonaney najczęściej ulega trudności, —zrozumiemy łatwo, że żądanie wskazania dokładnych stosunków etiologicznych, musi na teraz jeszcze, pozostać zbyt śmiałym i przedwczesnym. Nieznając z drugiej strony, właściwej istoty choroby w ogólności, a tém bardziej istoty ostrego zaniku wątroby, niemożemy nawet spodziewać się rychłego wyjaśnienia Etiologii. Nawet przyczyny bliższe pośrednie, pod wpływem których choroba w zarodzie już będąca, rozwinać się zdolna, są dotąd bardzo mało znane, a i te nawet, zebrane z *szczyptych wykazów* statystycznych, dalekie są od téj pewności i ścisłości, jakiejbyśmy wymagali.

To, co z dotychczasowych czerpiemy doświadczeń, ogranicza się na kilku pospolitych ogólnikach, które

wszakże, dla braku pewnych pod tym względem wiadomości, dla uzupełnienia wykładu wymieniamy. Za główną podstawę dotychczasowej Etiologii, służyć musi wyłącznie prawie, *statystyka Leberta*, z której też następujące wyjmujemy stosunki.

Płeć, mało zdaje się przedstawia różnicy co do wywiązania się choroby; albowiem liczba mężczyzn podług Leberta jest większą (44 do niewiast 28), gdy tymczasem doświadczenie Frerichsa wskazuje ją mniejszą od liczby niewiast, chorobą tą nagabanych.

Inni autorowie żadnej też niezauważyli różnicy.

Pod względem *wieku*, uspasabiać więcej zdaje się wiek młodzieńczy i mężczy, od dziecinnego i zgrzybiałego. Z 72 wypadków Leberta, wypada największa stosunkowo liczba 24, na czas od 10—30, a 23 na czas od 20 do 30 roku życia, kiedy od 1 do 10 roku tylko 2, tak samo na czas od 50 do 65 roku. Z wypadkiem tym zgadzają się podania innych lekarzy.

Pora roku przyczynia się także prawdopodobnie do powstania choroby, albowiem najwyższa cyfra, przypada wedle wspomnionego wykazu na jesień i zimę (35), gdy tymczasem w porze wiosennej i letniej, naliczono ich tylko 18.

Z pomiędzy *wpływów moralnych*, najsilniejszy wpływ wywierać ma, zgodnie z doświadczeniem wszystkich, silne, raptowne wzruszenie umysłu: gniew, troska, żal i t. p. które w obserwacyach Leberta, sprowadziły chorobę 13 razy.

Horaczek widział raz powstanie choroby skutkiem gwałtownego bólu przy operacyi chirurgicznej.

Zanik wątroby występuje zarówno u osób zupełnie poprzednio *zdrowych*, jakoteż u *schorzałych* i innego

rodzaju chorobami złożonych; do wywołania niemocy, przyczyniać się szczególnie mają: nędza, niepomysłne warunki hygieniczne, niemniej nadużycie napojów wyskokowych i wszelkiego rodzaju wybryki. Nierzadko, wybucha choroba w połogu i w ostatnich miesiącach brzemienności (3 na 5 wypadków, obserwowanych przez B a m b e r g e r a), a o rzadkości téj choroby w ogóle, łatwo przekonać się z doniesienia S p ä t h a, który w liczbie 33,000 porodów, *dwa razy* tylko widzieć ją miał sposobność (*Zeitschrift d. Gesellschaft d. Wiener Aerzte* 1854, 12). Na szczególniejszą uwagę pod względem etiologicznym, zasługuje podanie o *dziedziczności żółtaczki durzycowej*, której ciekawe przykłady mamy w doniesieniach: G r i f f i n a, (Dublin Journ. of med. and chir. science. 1834), G r a v e s a (Clinical medecine, p. 459), Budda, Henochia (Klinik der Unterleibs-krnk. p. 290) i kilku innych, z których dowiadujemy się, że śmierć kilku członków jednéj rodziny spowodowaną była zanikiem wątroby. Wspomnieć tu również należy, jako choroba ta, zdaniem niektórych występuje niekiedy w formie *epidemicznój*, do czego jednak, niemniej jak i do stosunków dziedziczności, zbywa nam dotąd szczegółów bliższych.

Jabym sądził, że doniesienia o epidemiach zaniku wątroby, polegają na pomieszaniu téj choroby z *gorączką żółtą*.

V. Przebieg i zakończenie.

Jak wielką jest różnaitość w przebiegu téj słabości, zbyteczném byłoby w tém miejscu, dłużej nad tem się

rozwodzić. Okoliczność ta, której szczegóły znane już czytelnikowi z rozdziału symptomatologii, była powodem, że chorobie téj, przez rozmaitych autorów, różne narzucano podziały, na rozmaite dzielono ją okresy. Z ważniejszych wspomnę tu tylko o zdaniu Leberta, który w przebiegu zaniku wątroby, rozróżnia *cztery formy* (przez zbliżenie, oznaczyćby je można, jako: Icterus typhoides, febrilis, nervosus, haemorrhagicus?), których rozgatunkowanie wszakże niewyraźne, ciężkie, naciągnięte, nieznajduje zwolenników ani potwierdzenia w praktycznym życiu. Najstosowniejszym może byłby podział na formę *nerwową* i *krwotokową*, których wybitne cechy na każdym wypadku potwierdza doświadczenie.

Co się tyczy *okresów rozwoju i zakończenia* choroby, to podział na 4 stopnie, również przez Leberta podany, zdaje mi się także wymuszonym, a przynajmniej rozwlekłym (okres zapowiedni, wzrostu, zboczenia nerwowej czynności, wyzdrowienia).

Mojem zdaniem, przebieg żółtaczk durzycowój podzielićby można najstosowniej i z doświadczeniem najzgodniej na *dwa okresy, to jest zapowiedni i wybuchu*, do których w wyjątkowym wypadku przyłączyłby wypadło: okres *wyzdrowienia*. Ściśle rzecz biorąc, złośliwa ta choroba ma tylko *jeden okres*, to jest, od chwili pojawienia się przypadków nerwowych, anatomicznie zaś, od czasu wybadanego ubywania wątroby, do śmierci chorego.

Okres *zapowiedni*, oznaczający się przypadłościami zajęcia narządu pokarmowego, zakończony wystąpieniem żółtaczk, trwać może kilka, nawet kilkanaście dni, a choroba przedstawia obraz łagodnej, tylokrotnie wydarzającej się żółtaczk nieżytowej (Icterus gastro-duodenalis, s. catharusus). Nierzadko jednak, okres ten

przebiega *bardzo szybko* (kilkanaście lub kilka godzin), przechodząc prędko w drugi. Trwanie okresu *nerwowego*, stalsze od poprzedniego, wynosi zazwyczaj 3—5 dni, poza który przeciąg czasu, nader rzadko tylko się przewleka.

Jako *powikłanie* w przebiegu zaniku wątroby, przyłącza się czasem: zapalenie lub obrzęknięcie płuc, opuchlina komórek mózgowych, wysięk w jamie opłucnej, częściej niezyt lub owrzodzenie kiszek grubych, rzadko przedziurawienie ścian kiszek, czego przykład podaje H e n o c h, w przytoczoném dziele str. 300.

Zwyczajném *zakończeniem* zaniku wątroby, jest śmierć chorego. Jakoż inaczej być niemoże, jak słusznie zauważył B a m b e r g e r, skoro istotą choroby ma być *zniszczenie komórek wątrobowych*, których powrót do prawidłowości jest histologiczną niemożebnością. Pozostaje zatem *zabliźnienie* w rodzaju przeobrażenia mięszu, w innych trzewach często napotykanego, jako *jedyna droga dla wyzdrowienia* chorego.

Gdy atoli zabliźnienie takie, pociąga za sobą koniecznie *zupelną bezużyteczność* przeobrażonego miejsca, a sprawa zanikowa wątroby, we wszystkich znanych dotąd wypadkach, *ogarnia odrazu całą treść trzewu na wskróś*, wynika ztąd, że *zabliźnienie tu sprowadzićby musiało absolutną nieczynność organu*, przyczem znowu ustrój człowieka ani nawet innego zwierzęcia, przy życiu utrzymałby się niezdołał. Że sprawa ubytkowa wątroby, nie zwykła ograniczać się na pewnej *ograniczonej przestrzeni* organu, dowodem tego jest: żeśmy nigdy

podobnego ograniczonego zniszczenia, ani tego rodzaju zablężnienia, dotąd nie wykryli.

Wyzdrowienie zatém, może mieć miejsce tylko tam, gdyie *sprawa niszczenia* komórek wątrobowych *jeszcze się nierozpoczęła*; a granica tego okresu, klinicznie pociągnąć się nieda, z czego wypada, że wypadki ozdrowienia z tój choroby, *bardzo oględnie, pod najsurowszą krytyką przyjmować można*; nasuwają one bowiem podejrzenie, że choroby zanikowój wcale tam nie było. Mimoto, donoszą znakomici autorowie, jak: Graves, Budd, Lebert etc. o niewątpliwych przykładach tego rodzaju. Wypadki z mojego doświadczenia, zakończyły się wszystkie śmiercią.

Z tego więc cośmy powędziali o przebiegu i zakończeniu zaniku wątroby, łatwo wyprowadzić wniosek, jakie być może *rokowanie* w rzeczonęj chorobie?

Przy rozwiniętych istotnych przypadłościach, nie masz rokowania, jak niewątpliwie *'śmiertelne*; jasna rzecz, że silna gorączka, ciężka śpiączka, wymioty i biegunka krwawa, okazują najwyższy stopień choroby; mimowolne oddawanie stolca i moczu zwiastują niedaleki zgon chorego.

Dodać tu jeszcze musimy, że *pojawienie się gorączki w najłagodniejszój żółtacze* nawet, czyni chorobę groźną, a *przypadki nerwowe*, przed wykazaniem jeszcze ubywania wątroby, nasuwają słuszną *obawę o wywiązanie się żółtaczkii durzycowój*.

Jeżeli wszakże, przy wpływie najpomysłniejszych warunków, (których, rozumie się, dotąd wcale nieznamy), choroba zwrócić się ma *ku wyzdrowieniu*, natenczas,

ustępują stopniowo przypadłości mózgowe, powraca przytomność, tętno staje się pełniejszym i wolniejszym, skóra przybiera wilgoć właściwą, nikną bole wątroby, powstrzymują się wymioty i biegunka; w końcu dopiero, znika żółtaczka. W ogólności, *powrót do zdrowia bywa bardzo powolny.*

VI. R o z p o z n a n i e.

Przy rozpoznaniu ostrego zaniku wątroby, zachodzą dwie ostateczności, to jest: albo *rozpoznanie jest łatwem*, nawet wiele wprawy niepotrzebującem, albo przeciwnie *bardzo trudnem a raczej niemożliwem*. Pierwszy wypadek ma miejsce tam gdzie właściwe tej chorobie przypadłości, razem zebrane już wystąpiły, jako: żółtaczka, gorączka, zbroczenia mózgowe, ubywanie wątroby, kryształ w moczu i krwi, którychto przypadków obecność, stanowi rozpoznanie bezzawodne; a przeciwnie, trudność największa zachodzi wtedy, gdy obok przypadków gastrycznych, żółtaczki i gorączki *np.* nieznajdujemy reszty koniecznych symptomatów, w którymto razie, rozpoznanie ubytku wątroby nikt stanowić nie będzie, a wywiązanie się jej, nie może być na karb pomyłki lekarza położonem. Chcąc uniknąć zarzutu niepotrzebnej rozwlekłości, pomijam w tém miejscu szczegółowy rozbiór pojedynczych przypadłości, których wykazanie, przy rozpoznaniu niezbędnie jest potrzebnem; wspomnę wszakże raz jeszcze przeciw Bambergerowi, że *objętość wątroby przy badaniu klinicznem, może pozostać w granicach zwyczajnej prawidłowości, a mi-*

moto przecież, sprawa patologiczna może być tém, co nazywamy: formą kliniczną zaniku wątroby.

Że w obserwowanych przez niego wypadkach (których razem było pięć), zawsze znajdował się ubytek wątroby, i że zawsze łatwo było ubywanie to klinicznie sprawdzić, to nie dziwnego; ależ to tylko 5 chorych, a z téj liczby, wyprowadzać wniosek apodyktyczny, to śmiałość wielka. Na dowód twierdzenia swego, przytacza B a m b e r g e r (Virchow's Handbuch d. spec. Pathol. u. Ther. VI B. 1 Ab. p. 586) w krótkości kilka przykładów, z których jedne, wbrew wszystkim przypadłościom (jak sam wyznaje) żółtaczki ubytkowej, oprócz wyraźnego ubytku wątroby, *dla tego tylko ubytkiem nie były, że chorzy wyzdrowieli* (to, co właśnie dowiedzioném być miało), — drugie zaś, tak ogółowo są podane, że nikogo przekonać nie mogą.

Rozróżnienie kliniczne zaniku wątroby od innych z podobnemi do niego przypadłościami, nieulega także zbyt wielu trudnościom, albowiem zaprawdę, dwie są tylko choroby, które lekarza w późniejszym okresie złudzić mogą, a temi są: *gorączka żółta* i *durzyca żółtaczkowa* (typhus ictericus). Pierwsza z nich, na szczęście, przywiązana do pewnej tylko miejscowości geograficznej (w gorących podzwrotnikowych krajach Ameryki, Afryki, a w Europie wyłącznie tylko w Hiszpanii) niepojawia się w naszym kraju nigdy, a zatem wykluczana być nie potrzebuje; pozostaje więc tylko druga *durzyca*, która połączywszy się, skutkiem jakiegokolwiek powikłania, z nieżytkową żółtaczką, rzeczywiście obraz ubytku wątroby pozornie, najzupełniej naśladować może.

Dla uniknięcia przeto téj, jedynie możliwój pomyłki, pamiętać trzeba: że durzyca w ogólności, niezmiernie rzadko występuje z żółtaczką, że *żółtaczką* w takim razie bywa *wyprzedzona gorączką, wraz z innemi przypadkami durzycowemi*, co przeciwnie dzieje się w żółtaczce złośliwój, daléj, że durzyca ma *przypadłość stateczną, w wysypce*, w końcu, że *w tyfusie niema nigdy pomniejszenia wątroby*.

VII. Patologiczna anatomia.

Badanie zwłok chorych, w skutek ostrego zaniku zmarłych, przedstawia bardzo ważne i ciekawe zmiany, których wszakże dostatecznego zrozumienia i ocenienia, od przyszłych dopiero badaczy i myślicieli spodziewać się możemy. Dziś, że się tak wyrażę, poznaliśmy zmiany chorobie téj właściwe, z grubsza tylko, a o stosunku tychże zmian, do przypadków klinicznych, niemamy dotąd żadnego wyobrażenia. Przechodząc w tém miejscu dla zbyt ciasnych granic niniejszój pracy, po krótko przynajmniej, napotykané na zwłokach anatomiczno-histologiczne objawy chorobowe, znajdujemy, co następuje:

1. *Zabarwienie żółte*, widoczne za życia na skórze i na białkównce oka, odkrywa się teraz, na ogromnój rozległości. Tkanki podskórne, błony śluzowe, surowicze i ścięgniste, osłonka wewnętrzna ścian naczyń i serca, włókna mięsne, a nawet tkanka kostna, przedstawia się żółciowo zabarwiona, niemniej przyblonek różnego rodzaju, ciecz komór mózgowych, jamy opłucnój i brzusznej.

2. *Krew*, którój główne własności opisaliśmy powyżej, znajduje w naczyniach wątrobowych i w żył

dolnej (Cava inferior), bywa rzadka, brudno-czerwona; skrząpy jej miękkie, żółte, gdy prawdziwie włóknikowe twardsze, znajdują się rzadko, bywają małe i miękkie.

Wynaczynienia krwi, znajdujemy liczne na skórze, a szczególnie w tkankach podśluzowych i podsurowicznych; rzadziej wyraźne wylewy krwi do mięszu niektórych organów.

3. *Wątroba*, przedstawia się w znacznie większej liczbie wypadków, w ogólności *pomniejszona* i to, we wszystkich wymiarach, a mianowicie w *kierunku od przodu ku tyłowi*; przezco trzew ten, staje się cieńszym i płaszym. Powłoka wątroby bywa ćma, niekiedy pomarszczona albo gładka; brzegi jej cieńsze; sam mięsz obficie żółcią namoczony, zatem barwy jaskrawo-żółtej, i rzadko tylko na samej powierzchni bywa kolor ciemnawy, niejako brązowy; treść organu miękka, niby rozrzedzona, łatwo rozedrzeć się dająca, albo co rzadko: ciągła, skórzasta; wejrzenie *zrazikowate całkiem, bez śladu zatarte*, albo gdzie niegdzie tylko zachowane, w którymto razie, pomiędzy zrazikami, śród brudnej, szaro-żółtej istoty, znajdują się wedle *Robina*, młode komórkowate twory tkanki łącznej. Naczynia krwionośne większe, zawierają pospolicie mało krwi brudnej i rzadkiej, a w ogólności wyraźną widzimy *beskrwistość*.

Pęcherz i przewody żółciowe, najczęściej próżne, ściągnięte, jednak *drożne*, w których czasem małą tylko ilość żółci brudnej, cisawej, mętniej, natrafiamy.

Śledziona częstokroć ostro obrzmiała, miękka, powłoka łatwo schodząca; w *jelitach* częstokroć niema, równie jak w żołądku, żadnej zmiany; często jednak napotykamy tam *wyżarcia błony śluzowej*; stolce cisawe,

albo z brudną krwistą cieczą pomieszane; *gruczoły jelitowe* nierzadko obrzmiałe; *płuca* ocieklinowe, *nerki* niekiedy ziarnisto nacieczone; *istota mózgu* miękka; często-kroć pomnożona ilość płynu w komorach mózgowych.

Najgłówniejsze wszakże i charakterystyczne znaki zaniku wątroby, wykrywa w samym mięszu jój, mikroskop. Pod drobnowidzem badana treść wątroby zanikowój, przedstawia zupełne *zniszczenie komórek gruczołowych* (Leberzellen, Drüsénzellen), *a w miejscu ich brunatne ziareczka, grudki barwikowe, tłuszcz w znacznej ilości, tworzy nierówno ziarniste, tudzież kryształły Tyrosyny i Leucyny, które także w krwi, mianowicie wątrobowój wykryte zostały.* Tu i ówdzie tylko, napotykaemy ograniczone miejsca zachowanych komórek (wyraźniej za dodaniem amoniaku i kwasu saletrowego widocznych), a nawet drobnych zrazików, które atoli w środku swym, zawierają już niekiedy Leucynę, a w obwodzie ciała tłuszczowe.

VIII. P a t o g e n i a.

Po szczegółowym rozbiórze wszystkich części Patologii, ostrego zaniku wątroby dotyczących, jesteśmy teraz w obowiązku i możności, zastanowić się choć pokrótce, nad *właściwą istotą choroby*, treścią rozprawy będącej.

Co stanowi prawdziwą istotę żółtaczkii durzycowój, czyli, co jest to, co wywołuje właściwy sobie szereg zbroceń w organizmie, w obec których, organizm ten, w przeciągu pewnego i to krótkiego czasu do szczętu zniszczony, dawniejszej siły odzyskać nie może i ginąć musi?

Rozwiązanie tego zagadnienia, na dzisiejszém stanowisku wiedzy naszej, przechodzi po prostu granice rozumu naszego, z którejto przyczyny pytanie to, bardzo długo jeszcze, na stosowną odpowiedź czekać będzie musiało. Dlatego też, niemyślimy tu wcale zaciekać się w skryte tajniki natury i szukać pierwotnej przyczyny naszej choroby. Bynajmniej, zadanie nasze łatwiejsze, zależeć będzie na tém, aby zważywszy zmiany anatomiczne, zachodzące w sprawie zaniku wątroby, orzec, ażali nieznajdzie się pomiędzy niemi taka, któraby za źródło wszystkich zjawisk chorobowych poczytaną być mogło. Na tém polu pracowano już długo, a dziś napotykamy kilka zdań, wyrzeczonych przez znakomitych w świecie naukowym mężów, które kolejno przełożyć tu postanowiliśmy w zamiarze, czy które z nich odpowie założeniu.

He n l e utrzymuje, że przyczyną zaniku wątroby jest *zatkanie pnia lub gałęzi żyły wrotnej*, a powodem zjawisk mózgowych: *przekrwienie istoty mózgowej*. Zdanie to upada, ponieważ najtroskliwsze poszukiwania, ani zatkanych naczyń wrotnych, ani przekrwienia mózgu na zwłokach tych, niewykrywają.

Domysł B u h l a o *stłuszczeniu przybłonka początkowych przewodów żółciowych i zatkaniu tychże*, nie sprawdza się, albowiem stolce zawierają w sobie dosyć żółci, którejby przy zatkaniu przewodów żółciowych, ani kropla do kiszek dochodzić niemogła.

Tłómaczenie D u s c h a, jakoby zniszczenie komórek gruczołowych wątroby, następstwem było *porażenia przewodów żółciowych i naczyń limfatycznych*, i wywołanego przeto *wypełnienia, czy namoczenia miąższu żółcia*, oparte zapewne na postrzeżeniach Budda, W i l l i a m s a i G l u g e g o o zanikaniu komórek przy formie:

Cholestasis, okazuje się niedostatecznym dla *braku dowodów porażeniu*, czego zwężone przewody żółciowe, w zaniku wcale niepotwierdzają, tudzież, dla skąpej ilości żółci w przewodach żółciowych prawidłowo w zaniku napotykanéj.

Wyprowadzenie *Henocha*, a raczéj *Budda*, ubytku wątroby drogą *Polycholi*, niema żadnej fisylogicznej ani klinicznej podstawy *powstania téj Polycholii*, którój z resztą, jak doświadczenie przekonywa, przy zanikowéj wątroby *wcale niema*.

Usiłowanie *Rokitanskyego*, wyjaśnić zniszczenie komórek gruczołowych przez *zbyteczne nagromadzenie pierwiastków żółciowych w krwi żyły wrotnéj*, a przypadki kliniczne przez wysycenie żółciowemi *pierwiastkami krwi żyły głównej dołnéj*, staje się płonném z powodu, że niedostaje nam jeszcze wytlómaczenia, jakim sposobem *wyrodziło się znouu tanto nagromadzenie pierwiastków żółciowych w krwi żyły wrotnéj?* Z drugiéj strony, przypuszczenie owego nagromadzenia części żółciowych w żyłę wrotnéj i sprowadzenia przypadków klinicznych, mianowicie *żółtaczk*, przez wysycenie krwi żyły głównej *pierwiastkami żółciowemi*, a nie samą już *przerobioną w wątrobie żółcią*, przypuszczenie takie samo przez się już, jest niemożliwém, odkąd wiemy z doświadczeń *J. Müllera* i *Kundego* (*Dissertatio inaugur: Berol. 1850*), przez podwiązanie naczyń krwionośnych i *całkowite wyjęcie wątroby*, otrzymanych, że *żaden z pierwiastków żółciowych (chyba nieznaný dotąd)*, *niezachodzi się w krwi człowieka poprzednio już gotowy*, ale przeciwnie, że żółć w zupełności dopiero wyrabia się w wątrobie; co dowodzi daléj, że *żółtaczk*, *powstać jedynie może przez wessanie gotowéj już, w wątrobie*

wyrobionej żółci, nigdy zaś przez zatrzymanie w krwi i domniemywanych, krążących w niej gotowych pierwiastków żółci, do którego zdania apryorystycznego, wskazało drogę wysledzenie w krwi prawidłowej, moczniaka.

Uczyniony jednakże Rokitanskiemu przez B a m b e r g e r a zarzut, jakoby trudnym było do pojęcia, dla czego w takich wypadkach, zniszczenie komórek wątrobowych przechodzi do skutku obfitością pierwiastków żółciowych, które *przerabiać jest właśnie przeznaczeniem tych* komórek, jakkolwiek nie teoretycznie, ale zato najniezawodniej przez doświadczenie kliniczne zwalczonym bywa, liczną obserwacją wypadków, *gdzie żółć, dla mechanicznych przeszkód w przewodach zatrzymana, sprowadza żółty zanik wątroby*, o czém świadczą: B u d d, A n d r a l, C r u v e i l h i e r, B r i g h t, H e n o c h, (patrz Henocha op. c. w artykule: Seeundäre Atrophie der Leber). Że ostatecznie, teoria Rokitanskiego niezdola wytłómaczyć reszty objawów, chorobie naszej właściwych, dalszego dowodzenia niepotrzebuje.

W ostatnich czasach, od chwili wykrycia kryształów rozpadowych przez F r e r i c h s a w wątrobie, krwi i moczu takich chorych, usiłowano powszechnie wykazać: że właściwą istotą ubytku wątroby jest *obecność tych tworów*, które pośrednio albo bezpośrednio, sprowadzają cały zbiór przypadłości anatomicznych i klinicznych. Późniejsze jednak postrzeżenia różnych Patologów, mianowicie V i r c h o w a, a co więcej samego F r e r i c h s a, stwierdzające obecność tych kryształów w innych, rozmaitych chorobach, przekonały jawnie (o czém mówiliśmy już wyżej), że wysledzenie tych tworów drobnowidzowych, *żadnego jeszcze co do samej istoty rzeczy, objaśnienia podać nie zdolne.*

Pomiędzy lekarzami francuzkimi, najwięcej upowszechnioném jest przekonanie o *tożsamości sprawy zaniku wątroby, z gorączką żółtą*. Pomijając dowód kliniczny, że tamta choroba, do powstania swego wymaga zwrotnikowego słońca i koniecznie źródła epidemicznego lub miazmatycznego, należy pomieć, że w *wypadkach gorączki żółtej, niedostaje najistotniejszego przypadku: anatomicznego i histologicznego zaniku wątroby, a zatem ani o podobieństwie, nawet najdalszém* dwóch pomienionych chorób ze stanowiska anatomii patologicznej, mowy być nie może.

Szukając zatem na próżno, jakto z poprzedzającego rozbioru widzimy, pomiędzy znanemi zdaniem takiego, któreby najłatwiej, do opisanéj przedtem formy klinicznój zastosować się dało, pozostaje w końcu myśl, najpierwéj przez R o b i n a podniesiona: o *naturze wysiękowej* czyli *zapalnej zaniku wątroby*.

Ten sposób pojmowania choroby w mowie będącej, przeprowadzony ściśle przez F r e r i c h s a, przyjęty dziś przez wszystkich niemal znakomitszych Patologów i Anatomów, wytłómacza zanik wątroby: *sprawą ostrego zapalenia w samym miąższu wątroby* (diffusa hepatitis parenchymatosa), przezco choroba ta „mutatis mutandis“ największe, tak anatomicznie jako i klinicznie, przedstawia *podobieństwo do ostrój formy choroby Brighta*. Jakoż, zważywszy objawy kliniczne w chorobie téj napotykané (nagłość przebiegu, ból miejscowy, gorączkę), tudzież zmiany anatomiczno-histologiczne w zanikowéj wątrobie (zniszczenie komórek obok obfitości ciałek tłuszczowych), i zestawivszy takowe z wypadkiem jennialnych postrzeżeń Virchowa i Reinhardta, o *tłuszczowém przeobrażeniu komórek miąższowych sprawie zapalnej*

uległych, nie możemy zaprzeczyć, że to jedyne wyjaśnienie, które w naszym czasie, chorobie tej zawiłej daném być może.

Rzecz jasna, że nagłe, miąższowe zapalenie tak rozległego i ważnego w sprawie odnowy i nutrycyi trzewu, jakim jest wątroba, musi koniecznie pociągać za sobą (albo być następstwem) znakomite zboczenie w składzie krwi, czyli tak zwane: *zakażenie jój*, które, wpływem swoim na organa centralne, sprowadza tak ciężkie przypadłości, jak: objawy nerwowe, krwotoki, gorączkę i t. d., a które w największej liczbie wypadków powoduje zakończenie śmiertelne choroby.

IX. L e c z e n i e.

Z poprzednich rozdziałów już, łatwo wyprowadzić wniosek, jak z jednej strony, licznym jest szereg przypadłości, które wymagają energicznego działania terapeutycznego, a z drugiej znowu, jak mało zostaje nadziei w skuteczności zastosowanych środków lekarskich. W zamiarze zadosyć uczynienia głównemu zadaniu lekarza, które zależy na pokonaniu rozpoznanej choroby, probowano dotąd, na tej choć stosunkowo szczupłej liczbie przykładów zaniku wątroby, skuteczności wielu i rozmaitych sposobów leczenia, które w rezultacie następujące dały wypadki. Leczenie za pomocą *upustów krwi ogólnych*, okazało się w większej liczbie przypadków *bezskuteczném*, a dosyć często *wprost szkodliwém* z powodu, że w następstwie jego, przyspieszał się upadek sił, mnożyły się przypadki nerwowe i zjawiały krwotokowe. Jedynie w stwierdzonym, znacznym *nawale płu-*

cnym, przynosił upust krwi widoczną ulgę. Więcej pożytku dają wypróżnienia krwi *miejscowe*, zalecone przeciw przypadkom miejscowego przekrwienia (Hyperaemia), i to wtedy, gdy jeszcze nie pojawiły się symptomata krwotokowe.

Środki *odciągające* jako: wezykatorye, gorczyczni-ki, zastosowane w wielkiej liczbie i na znacznej powierzchni, małą tylko stawały się pomocą przeciw zбочzeniu czynności nerwowych; niekiedy jednak, usuwały pojedyncze cierpienia, jak czkawkę (Baudon).

Na troskliwą uwagę zasługują leki *wymiotne*, zachwalane przez Corrigan a, które w wypadkach, przez tegoż autora i Leberta leczonych, nierzadko *stanowczo pomyślnie działały*. W tym celu, przepisuje Corrigan, co 2gi dzień po 30 gr. Ipekakuany, aż do zniknięcia żółtaczki, przyczem zaleca środki przeczyszczające. Leki *czyszczące* (Calomel, Senna, Extr. Colocynthis, Scammonium, Jalapa, Aloe, c. Rheo, sole i wody gorzkie), okazywały najczęściej jeszcze, pomyślne skutki, jak świadczą: Ozanam, Griffin, Hanlo, Graves. Pod ich działaniem, łagodzą się najprędzej (o ile natura choroby to dozwala) przypadłości mózgowe, jeżeli tylko stan żołądka i jelit, użyciu środków tego rodzaju, niestoi na przeszkodzie.

Symptomata *krwotokowe*, ustępowały niekiedy lekiem *wzmacniającym*, połączonym z *kwasami mineralnemi*, zalecanym szczególnie po użyciu poprzedniem środków czyszczących. Do rzędu tych, zaliczamy: przetwory Chinowe, wino, posilny rosół i t. p.

W jednym wypadku złośliwej żółtaczki, okazało się skutecznem zalecone przez Teissiera: Aconitum, o czem donosi Ozanam. Przekonawszy się zatem z powyższego

rozbioru, że zastosowane rozmaite przeciwko całej chorobie sposoby terapeutyczne, do zamierzonego nieprowadzą celu, „jesteśmy zmuszeni ograniczyć się przy leczeniu zaniku wątroby, na *działaniu symptomatyczném*, to jest starać się *pokonać, a przynajmniej złagodzić główne, najdokuczliwsze i najniebezpieczniejsze przypadłości.*

Na czele wszystkich, w przebiegu żółtaczki durzycowej spotykanych przypadków, stoją niewątpliwie *nerwowe*, pod postacią *spięczki i majaczenia*. Zwalczyć te dwa objawy, znaczyłoby klinicznie, wyleczyć samą chorobę. Gdy atoli, osiągnięcie tego zamiaru, na dzisiejszém stanowisku nauki, przechodzi możliwość terapeutyczną, pozostaje nam zadanie czasowego przynajmniej *uśmierzania tych przypadłości*. Oprócz tego, cośmy dotąd powiedzieli o Terapii, a co wszystko, do poskromienia spięczki i majaczenia zastosowaném być winno, dodamy tu jeszcze, że głęboka spięczka przy ogólnym upadku sił, wymaga oprócz *wzmacniających*, także użycia *leków pobudzających*, w rzędzie których, zamieszczamy: *etery, Nafty, stare wino, kamforę, przetwory amoniakowe, leki wonne*, obok czego dzielnie skutkują niekiedy: *polewania zimną wodą w kąpeli letniej*, albo same zlewania głowy, w postaci *natrysku deszczowego*. Gorączkowe *majaczenie*, silne niekiedy tego wybuchy, niemniej *drgawki, kurcze* i t. p. środkom przeciwzapalnym opierające się przypadki, staramy się usunąć przy pomocy *leków odurzających* (*narcotica*), z pomiędzy których najskuteczniejszém, zarówno jak i w innych chorobach, okazuje się *Opium*, samo przez się, albo w rozmaitych jego przetworach. Jeżeli to niesprawia ulgi, sporządzamy choremu ciepłą kąpiel, w której niekiedy, powstrzymują się najgwałtowniejsze przypadki nerwowe.

Nudności i wymioty, częstokroć straszliwie chorego męczące, uśmierzamy najpewniej jeszcze, podawaniem *kawałków lodu, łagodnej szczawy* (woda selterska, soda), napojami *burzącymi i kwaskowatymi*, do których dolewamy nieco tęgiego wina, albo kropli makowcowych (Tt. Opii); gdzie to niepomaga, przystawiamy *pęcherz z lodem* albo *wezykatoryą* wokolicy żołądka. Przeciwko *wymiotom krwawym*, zalecamy prócz wspomnianych dopiero środków także kwasy mineralne i *Ergotyne*.

Wyniszczającą *biegunkę*, tamujemy enemami z *saleranu srebra* sporządzonemi, i użyciem wewnątrz makowca (Opium); *czkawka*, rzadko tylko pokonać się daje lekami *przeciwkurczowými* jak: Castoreum, Moschus, Camphora i. t. p. Zatrzymaniu uryny, zaradzamy kateeterem.

Dalegliwe *boleści w okolicy żołądka i wątroby*, uśmierzyć usiłujemy pomocą *okładów ciepłych*, aromatycznych, wcieraniem maści *narkotycznych*, *kąpielami*, przystawieniem *pijawek*, wezykatoryi, albo zadaniem wewnątrz *morfiny*.

S y n o p s i s.

1. Kliniczna forma zaniku ostrego wątroby, znaną była, choć pod inném nazwiskiem, lekarzom odległej starożytności.

2. Zewnętrzna różnicowość téj choroby, była źródłem rozmaitych jój nazw i pojęć o niéj.

3. Główne zasługi w historyi téj choroby, położyli: Horacek, Rokitansky, Robin, Lebert, Frerichs, Virchow.

4. Żółtaczka jasno-błada, obok gorączki, przypadków mózgowych i ubywania szybkiego wątroby, stanowi rozpoznanie.

5. Z pomiędzy przypadków nerwowych, najczęstszą i najważniejszą jest śpiączka.

6. Kryształy Leucyny i Tyrosyny w krwi i moczu chorych, nie są patognomonicznymi cechami zaniku wątroby, dla lekarza praktycznego.

7. Zachowanie zwyczajnych wymiarów wątroby za życia chorego, nie wyklucza koniecznie, zaniku wątroby.

8. Do rzędu ważnych przypadłości klinicznych, zaliczone być muszą: wypróżnienia krwawe, zmienność gorączki, obecność Tyrosyny i Leucyny w krwi i moczu chorych (obok pomnożenia mocznika w pierwszej, a pomniejszenia ilości jego w drugim), i obrzmienie śledziony ostre.

9. Zabarwienie żółciowe stolców, obok silnej gorączki w żółtaczce, każą się obawiać zaniku wątroby.

10. Gorączka i lekkie nawet przypadłości nerwowe w żółtaczce, są bardzo niebezpieczne.

11. Początek choroby bywa albo nagły, albo niewyraźny wśród przypadłości gastrycznych.

12. Etiologia zaniku ostrego, całkiem nieznaną.

13. Przebieg rozwiniętej choroby, zawsze szybki; rokowanie bardzo niepomyślne.

14. Choroba kończy się najrzadziej wyzdrowieniem, najczęściej śmiercią.

15. Zniszczenie komórek gruczołowych wątroby, obok obfitości ciałek tłuszczowych i kryształów Leucyny i Tyrosyny w tym miejscu, są jedyne anatomiczne znaki wątroby zanikowej.

16. Zapalenie rozległe mięszu wątroby, szybko przebiegające, stanowi prawdopodobnie istotę choroby.

17. Leczenie upustami krwi, bezskuteczne; środki przeczyszczające w wielu wypadkach bardzo pożyteczne, a w ogólności, leczenie może być tylko przypadowe.

Dr. *Łuczkiwicz.*

LITERATURA ZAGRANICZNA.

Miesięczny przegląd ruchu lekarskiego.

Szanowny Redaktorze! Czas szybkim przebiega krokiem, para i elektryczność zniosły prawie oddalenia, nauka coraz obszerniejszy zdobywa widnokrąg do spostrzeżeń i porównawczej pracy, rozsianych po starym i nowym świecie, lekarzy; a za nadto umiesz ocenić szanowny Redaktorze, że przy tym spieszonym polocie wszystko stanowi czas, z którego największe wyciągnąć korzyści to prawdziwa zdobycz naszego wieku. Ale przy poważnych pracach i sprawozdaniach naszego Towarzystwa lekarskiego, praktyk szuka czasem oprócz nauki i wiadomości ogólnych, także i lekkich, by spracowany umysł i praktyką i rozbieraniem poważnych pism odpoczął niekiedy przy pobieżniejszym polocie i przeglądzie wiadomości. „Utile dulci“ to postawim sobie za zadanie téj kroniki, o ile z zadania tego wywiązać się potrafim, to czas oceni. Zawsze starać się będziemy, by nic nie stracić z tych prac zagranicznych kolegów, co w życiu praktycznym mogłoby być ważnym; bo korzyść z prac drugich, to zdobycz dla nas i dla cierpiącej ludzkości.

Wypadki poszukiwań starać się będziemy podawać z badań i prac oryginalnych, i to o ile można najprędzej; wiadomości dotyczące się Towarzystw uczonych, postrzeżeń lekar-

skich, różnych ciekawych wydarzeń, nekrologii i tysiącznych innych drobnych wiadomości, które zdołają rozerwać lub zainteresować ciało lekarskie.

Kto wie, może to zadanie jest zamkiem na lodzie, ale o ile siły wystarczą, starać się będziemy do rzeczystej wartości je sprowadzić.

Po tym, dość długim wstępie, zaczniemy wiadomości nasze od Anglii. Otwarcie półroczna zimowego, odbyło się ze zwykłą, téj uroczystości powagą, najdzielniejsi profesorowie w mowach zagajających (introductory address) przedstawili garnącą się młodzi do pracy, trudności i świetność powołania. Liczba uczniów jednakże z powodu egzaminów wstępnych, znacznie się zmniejszyła, bo z 1228 w roku 1860 na 1045 w b. r. Zarazem jestto pora otwarcia posiedzeń Towarzystw naukowych tamże.

Na posiedzeniu Towarzystwa angielskiego, z przedmiotów lekarskich w dziale fizjologicznym, Dr. E. Smith czytał: „O skutku palenia tytoniu na tętno.“ Jako właściwy czas do badania tego wpływu, określił tenże godzinę 10 wieczór, gdy od 6 w. żadnych pokarmów nie brano. Badanie to wykazało, że w pierwszych sześciu minutach skutek był bardzo mały, bo zaledwie podniesienie o cztery uderzenia, po tym czasie tętno nagle wzrasta i stale aż do 21 minut. Średnie podniesienie tętna od 6 do 13 minuty wynosiło 19 uderzeń, a od téj, chwili do ukończenia doświadczenia 31 1/2 uderzeń. Po ukończeniu palenia tętno nagle spada, jednakże przez dwie godziny następne tętno było podwyższoném od 10 do 15 uderzeń na minutę. Działanie to jednakże nie jest u wszystkich takim samém i ogółem może być więcéj nważaném jako uspokajające a nie pobudzające.

Dr. Davy następnie po kilku innych odczytach, przedstawiał swe doświadczenia względnie krzepnienia krwi, występując w nich przeciw twierdzeniom Dra Richardsona, że toż niezależy od ammonii ulatniającej się i tym sposobem powodującej krzepnienie. Wykazał tenże, że krew nie zawiera w stanie zdrowia téj alkalicznej zasady i po drugie, że ammonija do krwi dodana tego zjawiska nie znosi, a zakończył,

że podobna teoria mogłaby szkodliwie na praktyków oddzia-
 łać. Nie mogę pominąć téj sposobności, by nie nadmienić tu
 doświadczeń Prof. Piotrowskiego w Krakowie, który
 okazał, że krzepnienie krwi zależy od braku prądów elektry-
 cznych, które krew w stanie płynnym utrzymują w naczyniach.

W końcu Dr. Gibb czytał: „O działaniu fizyjologi-
 cznym bromku ammonu.“ Ma tenże działać szczególniej na
 powłoki tak zewnętrzne jak i wewnętrzne; a mianowicie na
 złogi tłuszczowe. Wzmacniając usposobienie ma wywierać
 wpływ ból ukajający (anaestheticum) na błonę śluzową połyka i
 krtani, jak również znosi usposobienie do złogów tłuszczu.
 Pierwszy jego wpływ dozwala łatwego obejrzenia wnętrza krtani
 i tchawicy i bardzo ułatwia zastosowanie laryngoskopu.

W dniu 11 Listopada miało miejsce również pierwsze po-
 siedzenie Król. Medyko-Chirurgicznego Towarzystwa. Dr.
 Wiblin opisał wypadek „Elephantiasis scroti“ gdzie obrz-
 mienie 50 funtów przeszło wynosiło. Połączone było to
 cierpienie z przepukliną obustronną. Na sześć godzin przed
 rękoczynem, całe to obrzmienie zostało podniesionem w górę
 i pokryte lodem, w celu zmniejszenia ilości krwi w obrzmi-
 eniu. Po stronie prawej operacja poszła szybko, jądro zostało
 wyluszczone i podniesionem w górę; po lewej stronie z powo-
 du powikłania części, worek przepuklinowy otworzonym został,
 zwolna tenże oddzielonym, a cała massa w dwóch razach od-
 jętą. Chory stracił od 30 do 40 uncyi krwi, która według
 Dra Fergusson nie rachuje się jako strata ustroju, ale jako
 miejscowa; gdyż zwykle żyły w tych obrzmieniach mają roz-
 miary żył jelit cienkich, a krwotoki te chorego nie wycień-
 czają. Po upływie 4 dni chory umarł na zgorzelinę najniższéj
 części w przepuklinie znajdujących się kiszek.

Następnie Dr. Lee wystąpił przeciw ovariotomii, i to
 w tenczas, gdy Dr. Nelaton wprowadza ją na pole wyko-
 nania do Francyi, i gdy temu po kilku niepomyślnych próbach,
 pomyślne wypadki mnożyć się zaczynają; a tak, gdy sędzio-
 wie wystawy powszechnéj orzekli, że rękoczyn ten przynosi
 sławę chirurgii angielskiéj, burza w samym łonie się wzmagają.
 Zarzucał tenże, że 1) wypadki niepomyślne utajonymi zostały,

dalej, że 2) chore dłużej żyją przy leczeniu uśmierzającym i w końcu, 3) że jest to jedna z najniebezpieczniejszych operacji, a bywa przedsiębraną dla zysku, a nie dla względów naukowych i ludzkości.

Na zarzuty te odpowiedzieli najdzielniejsi ovariotomiści Tyler Smith i Spencer Wells. Obaj dowiedli, że ich operacje wszystkie były ogłoszone, że u pierwszego stosunek wyzdrowienia był 10: 14, a u drugiego 29: 46. Że dalej stosunek ten się coraz bardziej okazuje korzystnym w miarę, jak wypadki bywają lepiej wybierane i jeżeli rękoczynu nie odkłada się do ostateczności; że jeżeli jakaś część chorych umiera, to większa połowa zupełnym cieszy się zdrowiem, gdy bez operacji wszystkie prawie nędznie życie kończą; jak również, że chore przenoszą operację i możebny zły koniec jak znoszenie cierpień, jakie torbiel jajnika za sobą pociąga, i że sta wyleczonych kobiet są pewniejszym świadectwem ważności i potrzeby tego rękoczynu, jak strachy Dra Lee.

Skoro mowa o chirurgii, nie mogę pominąć kilku uwag Dra Page't, jednego z dzielnych chirurgów angielskich, o raku, jakie mu następny wypadek nastęrczył. Chłopiec od roku dostrzega małe obrzmienie wielkości jaja w dołku podkoleczystym (fossa infraspinata). Powoli obrzmienie to powiększało się, aż wypełniło cały ten dołek, z wyjątkiem kąta łopatki. Nie sprawiało ono żadnego bólu i dostrzeżonem zostało przypadkowo. Było nieruchomem i zdawało się zajmować lub być zrosniętym z kością, czego jednakże z powodu głębokiego położenia dostrzedz i wybadać nie było można. Po zrobieniu cięcia wzdłuż tylnego brzegu łopatki aż do dolnego kąta, i odzieleniu płatu zapuścił trojgraniec, lecz tylko na pół-stały płyn w małej ilości wyciekł. Z powodu złośliwości choroby i zajęcia kości wyciął całą podstawę dołka podkoleczystego, zostawiając tylko kąt niższy łopatki. Oświadczył tenże, że co się tknie rozpoznania, to mogło ono być uważane za włókniak, lub narośl chrząstkową formy większej, lecz że w końcu uważał je za raka (carcinoma medullare) dla zwykłych charakterów tegoż. Skóra na obrzmieniu była gładką; samo zaś elastycznym, węzłowatym i wyrastającym z kości. *Młody wleek*

chorego zresztą przemawiał za rakiem; jak również, że rękoczyn ten wykonał jedynie choć dla téj słabéj nadziei, że może obrzmienie to będzie niezłośliwém, gdyż operowanie w takich złośliwych chorobach *nie pociąga żadnych korzyści*. Ogółem dawniejsze przekonanie, że rakowate choroby są więcéj przywiązane do późniejszego wieku, coraz więcéj doświadczenie zbija; gdyż różne rodzaje tegoż u dzieci nawet prawie natrafić można; wprawdzie nie tak często jak gruźlicę, ale zawsze przeważnie częściej, jak dotychczas uważano. Tenże chirurg w innym wykładzie zalecał, żeby w operacyi raka piersi, ściśle wybierać wypadki stosowne do rękoczynu, pomimo pewności, że rak koniecznie wróci, a średnią tego powrotu ze swych i innych wypadków, oznaczył na trzynaście do czternaśtu miesięcy; gdyż operując bez wyboru to się chorą na niepomyślniejszy i prędszy koniec naraża, gdyż i przy wybranych ściśle wypadkach, jedna dziesiąta chorych wprost w następstwie operacyi umiera. Z ósmudziesięciu pięciu wypadków przez niego operowanych, średnia życia wynosiła 55,6 miesięcy, gdy z 62 nieoperowanych 43 miesiące. Mianowicie też radzi powstrzymać się od rękoczynu, gdy rak zajmuje górną część piersi lub jednocześnie obie.

Ważną zdobyczą na polu terapeutyczném jest wprowadzenie od kilku lat w Ameryce używanego środka: *Veratrum viride*. Preparatem lekarskim jest namocz alkoholowy korzeni. Dawka zwykła trzy razy dziem po ośm kropli. Podaje się toż w chorobach ustrojowych i czynnościowych narządu krążenia, ogółem wę wszystkich chorobach, prócz tego w ostrych zapalnych, gdzie się rozchodzi o zmniejszenie tętna co do jakości i ilości uderzeń. Zmniejsza ten środek siłę obiegu krwi i jéj szybkość, a zarazem działa uspakajająco na system nerwowy. Ma tę zaletę przed naparstnicą (*digitalis*), że działa pewniej i szybciej, a nie pobudzająco, a przed antymonem, że stukki są przemijające, nie tak stałe jak przy użyciu antymonu, nie wpływa zupełnie na skład krwi i nie przeczyszcza.

Podawany ten środek w zapaleniu płuc, obniżał tętno ze 120 na 60, 70 lub 80 uderzeń na minutę. W zapaleniach ostrych, podają dawki wielkie, to jest, po ośm kropli co godzina

i dotąd, dopoki nudności, wymioty, bladość i ziębnienie skóry, silny pot i moczenie, swędzenie nóg, niemożebność ruchu mięśni, uczucie upadku sił i jakby zbliżający się koniec życia, chory i otaczający go nie zauważą. Wtedy przestaje się podawać i pozwala zmniejszyć objawom, utrzymując później skutek małemi dawkami. Gdyby następstwa wyżej wymienione były za silne, wtedy poskramia się je podaniem preparatów makowca i środków pobudzająco—alkoholowych. Dotychczas podawano z dobrym skutkiem w zapaleniu płuc, opłucnej, dnie ostrój, w gorączce połogowej. W téj ostatniej nawet po 32 krople co godzina z dobrym skutkiem. W zapaleniu płuc najwięcej dotychczas był używanym i to po ośm kropli co dwie godziny z wodą, dopóki nudności lub wymioty nie nastąpiły.

W Październiku ciało lekarskie angielskie poniosło wielką stratę w osobie Benjamina Collins Brodie. Urodził się w roku 1783. Wprowadził on prawie pierwszy odczyty kliniczne, a w 28 roku życia napisał dwie ważne rozprawy: „O wpływie mózgu na czynność serca“ i „O skutkach trucizn roślinnych.“ Był on członkiem wszystkich towarzystw uczonych angielskich, prawie wszędzie zajmował w tychże prezesowskie krzesło, a w niektórych kilkakrotnie. Piastował on najwyższe godności lekarskie w koronie, został parem Anglii.

W jego miejsce, najstarożytniejszą godność chirurga sierzanta Królowej, otrzymał Cezar Hawskins, Professor anatomii, a następnie chirurgii, autor wielu rozpraw chirurgicznych, które mu wysokie imię zjednały.

Paryż odpoczywał przez letnie miesiące; posiedzenia akademii były puste, a ciszę tę głównie przerwał międzynarodowy zjazd okulistów. Posiedzenia trwały dni cztery. Na przyszły zjazd przeznaczonym został Wiedeń. Pierwsze posiedzenie zeszło na ułożeniu statutów i obiorze Prezesa w osobie Dra Vlemink. Z pomiędzy wielu ważnych prac, Dr. Knapp z Heidelbergu, czytał o asymetrii oka, a jako jedyny środek leczniczy zostało przyjętém noszenie okularów. Dr. Hering z Lipska, czytał o jednakowości siatkówki (de identitate retinae), a po żywej rozprawie ostatecznie pytanie nie zostało rozstrzygniętém, czy zależy to od przyzwyczajenia

lub jest wrodzoném. Dr. S c h w e i g g e r z Berlina czytał: „O różnych formach zapalenia naczyńki.“ Z rozbioru tego pokazało się, że zapalenie ropiaste ma najwyraźniejsze objawy. Tworzenie się ropy wyłącznie ma miejsce w mięszu błony, czyli w pokładach zewnętrznych. Drugą wyraźną grupę tworzyła „Choroideitis ectatica,“ zależna od powiększenia ciała szklanego i zaniku (atrophia) naczyńki, który się aż do pokładu przybłonkowego rozszerza, tak, że w końcu nic prócz delikatnych włókienek zewnętrznego pokładu nie pozostaje, a który tkanka sprężysta tworzy. Naczyńka w téj chorobie przyrasta przeważnie do siatkówki i białkówki. Zapalenie przeciągłe powierzchni wewnętrznej naczyńki pociąga za sobą zarówno zrośnięcie tejże ze siatkówką, jak i naciek surowiczy téj ostatniej. Naciek ten sprowadza zanik i zupełne zniszczenie siatkówki, tak, że w końcu nic prócz tkanki łącznej nie pozostaje. Nabłonek naczyńki jednocześnie się powiększający nowemi komórkami, zajmuje miejsce zanikowo zniszczonej błony.

Przeciw poleceniu Dra Hasner z Pragi sękoczynu „Corelysis“ wystąpili Prof. Graefe i Desmarres i bezwarunkowo przeciw temuż się oświadczyli. Prof. Graefe czytał: „de Asthenopia musculari,“ które to cierpienie uważał za często przychodzące nie tak, jak je dotąd uważano, jako bardzo rzadkie, a zarazem dowiódł, że jest bardzo przystępne leczeniu. Wykazał on, że zależy na niedostateczności (l'insuffisance) mięśni prostych wewnętrznych, a przyczyna zdaje się polegać na względnej przewadze mięśni prostych zewnętrznych i zniesieniu równowagi pomiędzy mięśniami prostymi wewnętrznymi, a łamaniem promieni w narządzie wzroku. Rozpoznanie tego cierpienia potwierdza trudność, jakiej ulegają mięśni proste wewnętrzne, by obrazy podwójne uczynić pojedynczymi za pomocą graniastosłupka (prisma). Prof. Graefe podał, że najskuteczniejszém leczeniem jest tenotomia mięśni prostych zewnętrznych. Następnie ziomek nasz Dr. Gałęzowski odczytał sprawozdanie z kliniki Prof. Desmarres z r. 1861.

W ostatnim dniu posiedzeń Prof. Donders czytał o zézie (de Strabismo). Wykazał tenże zajmujący ten fakt, że zéz

może być pozornym, choć zboczenie osi ocznych jest wyraźnym, a co jest zależnym od położenia linii widzenia względnie osi optycznej. I tak, gdy pierwsza leży znacznie na wewnątrz ostatniej, jak u dalekowidzów (hypermetropia), to patrząc na przedmioty oddalone wydaje się w skutku tego jako zéz rozchodzący się (str. divergens); gdy przeciwnie u krótkowidzów (myopia) linia ta leżąc równolegle lub na zewnątrz osi ocznej, wydaje się jako zéz zbiegający się (str. convergens). Następnie tenże proszony przez Prof. R u e t e, mówił o nieprawidłowym łamaniu się promieni światła (de Astigmatismo). Cierpienie to polega na nierówności stopnia krzywizny rogówki, porównywając jęj dwa główne przecięcia: prostapadłe z poziomým; gdzie największa w łuku zachodzi się różnica. Nieprawidłowość tę najpierw opisał w roku 1793 Dr. Y o u n g, obecnie Prof. D o n d e r s poświęcił jęj główną uwagę i niejako ją wznowił, a badanie doprowadziło go do tego przekonania, że cierpienie wspomniane jest bardzo częstým, gdyż w ciągu ósmiu miesięcy czterdzieści razy je napotkał. Szczegóły tego ciekawego cierpienia znajdzie czytelnik w rozprawie jego: „Astigmatismus und cylindrische Gläser,“ Berlin 1862.

Zakończył posiedzenia Dr. Graefe odczytem „o przeciwnych skutkach makowca i wilczej jagody (Belladonna) na akkomodacyją oka i tęczówkę“. Naprężacz naczyńniówki (Tensor choroideae) zdaje się również jak i tęczówka składać ze splotu włókien promienistych, uczepiających się swymi wewnętrznymi końcami na kole, składającym się z włókien kolistych odpowiednich zdziergaczom. Włókna promieniste zależące od nerwu współczulnego, ściągają się w obu organach pod działaniem wilczej jagody; gdy przeciwnie zostają porażonemi działaniem makowca, równie jak po przecięciu górnej nitki węzła szyjnego (ganglion cervicale).

Członkowie zebrali się jeszcze raz na uczcie w Palais Royal, gdzie Prof. Donders wniósł zdrowie specyjalności.

Posiedzenia *akademii lekarskiej* obecnie już są bardzo krótkie i mało przedstawiają interesu, a to z powodu zbliżającego się rocznego posiedzenia, na którym zostaną przyznane nagrody, a których rozdanie i ocenienie prac akademiczne

sekcycje zajmuje. Z ważniejszych prac był odczyt Dra G a l l a r d o działaniu i odtrutkach strychniny. Z badań tych pokazało się: że jedna-szósta do czterech-piątych ziarna są w stanie śmierć spowodować, lubo większe dawki znosi się jeżeli są podane przy pełnym żołądku lub w dłuższych przestankach. Przebieg objawów jest bardzo szybkim i śmierć następuje w kilka godzin; w rzadkich wypadkach wyzdrowienia, to następowało we dwa dni najdalej. Pomiędzy użyciem strychniny aż do pojawiającego się tężca, chodzić można. Tężec, ten najgłówniejszy objaw zatrucia strychniną, powtarza się za najmniejszym szelestem lub dotknięciem; lubo to ostatnie bolesnym nie jest, gdyż w czasie napadu chorzy żądają, aby byli trzymani lub nacierani; *żrenica zawsze jest rozszerzoną*. Badanie pośmiertne, oprócz szybko po śmierci następującego tężenia (rigor) i długiego tegoż trwania, nic nie wykazuje. Co się tyczy leczenia, to badania Dra G a l l a r d ograniczały się na wyszukaniu odtrutek, gdy działanie strychniny w organizmie się zaczęło. Woarara, morfina, koniina prawie przyspieszały śmierć; równie bezużytecznymi pokazały się atropina, wdechania chloroformu; a jedynym środkiem odtrutkowym pokazała się akonityna.

Po podaniu zwierzęciu dawki strychniny, która w przeciągu 10 do 11 minut zabić je powinna, przeżyło dwie godziny, używszy akonitinę i skończyło życie w przypadkach otrucia tą ostatnią; z tego powodu podano drugiemu mniejszą dawkę, a zwierzę po pół godziny wyzdrowiało; lubo to samo zwierzę w parę dni później tą samą dawką strychniny zabitem zostało w minut siedmnaście. Trzecie doświadczenie jednak pokazało się ujemnym, bo zadawszy Dr. Gallard zwierzęciu jedną-dwudziestą piątą ziarna strychniny, a zarazem jedną-setną akonityny, zwierzę w przeciągu siedmiu minut żyć przestało. Z całej téj pracy wynika, że dotychczas, żadnej pewnej odtrutki nie posiadamy.

Niezmordowany nigdy F l o u r e n s czytał o leczalności ropni mózgowych. Znane są jego poprzednie prace względnie oznaczenia czynności pojedynczych części mózdzku, gdzie cały lub częściowe warstwy tegoż były odejmowane. Obecnie za-

puszczał kule ołowiane w mózg, te torując sobie drogę przez miąższ mózgu zostawiły poza sobą przewód, który w czterdzieści do pięćdziesięciu dni podgajał się, nie powodując ani ropienia ani udarów, ani nawet błony bliznowej. Tym sposobem zagłębiał kule we wszystkich kierunkach, tak w mózgu jak i mózdzku, a wypadki zawsze były jednakowe. Ciekawym będzie dalszy, obiecany ciąg téj pracy, gdzie czytać będzie o udarach.

W Nicei robią się obecnie spostrzeżenia nad skutkiem zgęszczonego powietrza na człowieka. Wynaleziona maszyna przez Dra T a b a r i é weszła w użycie, i rzecz prawie można, że obecnie zgęszczone powietrze przy jednostajnej ciepłocie stało się dość ważnym środkiem leczniczym w cierpieniach płuc. Osobna machina parowa o sile dwunastu koni, służy do zgęszczenia powietrza w pokoju, będącym dużym rodzajem dzwonu ściśle zamkniętego, a w którym trzy osoby wygodnie pomieścić się mogą. Najwyższe ciśnienie, jakiego użyto, było 1064 millimetrów czyli $1\frac{2}{3}$ atmosfer. Dla przyzwyczajania osób do tego ciśnienia, przez pierwsze półgodziny zwolna ciśnienie zwiększa się do maximum, następnie przez godzinę utrzymuje, a drugie półgodziny do zwyczajnego ciśnienia zmniejsza. Ze spostrzeżeń Dra V i v e n o t wypada, że liczba oddechów i uderzeń tętna się zmniejsza, i że to niżenie jakiś znaczny przeciąg czasu po wyjściu chorego z gabinetu się utrzymuje, przeważnie też u osób, u których obie te czynności były przyspieszone. Zmniejsza się zarazem przeziw skórny i płuc, a mianowicie wydzielina błony śluzowej tych ostatnich, gdy czynność nérek w wysokim stopniu się powiększa. Całe nieprzyjemne wrażenie u niektórych osób ogranicza się na ciśnienie na błonę bębenkową (membrana tympani), lub chwilową głuchotę.

Z Francji przewędrujemy teraz do sprzymierzonych jéj *Włoch*, a i tam napotkamy zjazdy lekarskie, w które może żaden z ubiegłych czasów tak nie obfitował. Główny zjazd odbył się w Medyolanie. Na wzór ogólnego Towarzystwa pomocy w Paryżu, ukonstytuowało się Towarzystwo w Medyolanie, tylko na obszerniejszą skalę, bo nie ograniczyło się jedynie na udzielaniu wzajemnej pomocy, ale i w celach nauko-

wych. Tamże zmarł Prof. Esterle założyciel dziennika: „Gazzeta medica del Trentino,” członek akademii lekarskiej w Turynie, w skutku zaszczepionej zarazki ropniczej przy udzielaniu pomocy przy porodzie w 44 roku życia.

Ileż to kolegów ginie w ten sposób, wypełniając zaszczytne i wzniosłe powołanie, a jednak śmierć poniesiona na tém polu walki wzniosłej zostawia często zasługę w zapomnieniu i rodzinę w trudnych okolicznościach, a całe wawrzyny, które lekarz odnosi, to czyste sumienie i zadowolenie na łożu śmierci, że dopełnił swęj powinności!

We Wrześniu odbył się również zjazd w *Siennie* naukowy, którego miejscem zbiorowém na rok przyszły, Rzym.

I w Austrii w tym roku odbyły się dwa zjazdy, jeden lekarsko-naukowy w Karolowych Warach (Carlsbad), drugi dentystów w Wiedniu.

Amerykańskie Towarzystwo farmaceutyczne z powodu wojny nie mogło się zebrać, i tylko ograniczyło się na zebraniu nielicznego komitetu we Filadelfii. Szkoły opróżnione, Professorowie i uczniowie poszli pod sztandarami dobijać się chwały, i tam nieść pomoc nieszczęśliwym rannym. Brak lekarzy jak i porządnej służby zdrowia, wywołał prawie większe zniszczenia z powodu chorób w armii, jak oręż, a biedni ranni zostawali często po 24 godzin pod palącym słońcem bez pomocy lekarskiej. Nieporządkowi służby zdrowia, może zapobiegnie teraz postanowiona główna kommissyja szpitali wojskowych, jak również żądanie kwalifikacyi od lekarzy, którzy dotychczas byli bezwarunkowo przyjmowani. Cóż dziwnego, że choroby przeredziły szeregi, jeżeli chirurg Chisolm mógł zdać rapport, że żołnierze najczęściej przez 6 miesięcy ani się myli ani kąpali, i że największa nieczystość przy złém pożywieniu wyrodziła mnóstwo zjadliwych chorób. Durzyca (typhus), zimnice zjadliwe, biegunki, dysenterya były najczęstszymi, a oprócz tego skorbut. Doliczyć do zjadliwości chorób brak miejsca, pożywienia stosownego, leków i umiejętności lekarzy, a łatwo można sobie przedstawić ogrom zniszczenia, jaki te choroby powodowały.

Na tém kończę, szanowny Redaktorze, a z kończącym się zeszytem tegorocznym, przy nadchodzącej gwiazdce pozwól mi przeprosić czytelników, o ile ich nie potrafiłem zadowolnić i powiedzieć Im dawnym zwyczajem: „Szczęść Boże.“

Dr. *Kulski.*

o stosunku

prędkości tętna, oddychania i podwyższenia temperatury,
w niektórych ostrych chorobach.

Dr. S m o l e r w Pradze, aby otrzymać więcej stanowcze wypadki, pod względem prędkości tętna, oddechu i podwyższenia temperatury w ostrych chorobach, a ztąd wyprowadzić wnioski dla Prognozy, Diagnozy, a może i Terapii, przedsięwziął na 32 Indiwiduah, ściśle obrachowania tętna, prędkości oddechu i obliczenia temperatury ciała. Z tych doświadczeń wyprowadził następujące ogólne zasady.

1. Podwyższenie temperatury nad skalę normalną, jest stałym znakiem gorączki.

2. Największa prędkość tętna, nie schodzi się zawsze z największym podwyższeniem temperatury.

3. Wysoka prędkość tętna, przypada prawie z normalną temperaturą; przeciwny stan m niej często się trafia.

4. Gdzie nie ma wysokięj prędkości tętna, tam i wysokie podwyższenie temperatury jest rzadkie, wszelako podwyższenie temperatury często jest jedynym środkiem dla rozpoznania gorączkowej exacerbacyi, którą się łatwo pominie, gdy się tylko samo tętno ma na uwadze.

5. Exacerbacya przypada regularnie w godzinach wieczornych, rzadko w rannych; exacerbacye ranne są tylko wyjątkowe. Lecz, jeżeli raz objawia się ranne exacerbacye, to taki typus zwykł się utrzymywać przez całą chorobę, ma on pe-

wne szczególne znaczenie dla prognozy, wszelako nic na niego rachować nie można.

6. Temperatura często długo pozostaje podwyższoną, chociaż prędkość tętna stała się normalną.

7. Co do wieczornych exacerbacyi, temperatura często jest ważniejszą aniżeli prędkość tętna; powiększenia bowiem prędkości tętna często niedostaje, lub tak jest nieznaczne, że podług niego nie możnaby oznaczyć exacerbacyi, gdyby podwyższenie temperatury nie dawało w tym razie kontroli.

8. Suche gorąco, albo skóra rozpływająca się w potach, są na przedmiotowe czyli obiektywne ocenienie temperatury, bez wpływu.

9. Trzęsące dreszcze przypadają z pewnym podwyższeniem temperatury, wszelako nie każde podwyższenie temperatury poczuwane bywa przez chorych trzęsącym dreszczem. Podwyższenie temperatury i poczucie ciepła przez chorych, nie schodzą się zawsze razem.

10. Cyanoza w ostrych chorobach, nie koniecznie jest stowarzyszoną z obniżeniem temperatury.

11. Wyjąwszy zimnice, w których temperatura podczas trzęsącego dreszczu wynosi 34° R, zdaje się być dla ostrych chorób najwyższą temperaturą $33,1^{\circ}$ R.

12. Stopniowe powolne opadanie temperatury, obniżenie o $0,5$ — $1,0^{\circ}$ R. (Lysis), jest regułą. Obniżenie zaś przez szybki skok o $1,5$ — 2° R. (Crysis), trafia się rzadko. Pierwsze pod względem Prognozy jest lepsze jak drugie, ponieważ po Crysis często o 1 — 2° nowe exacerbacje powstają, co bardzo rzadko, lub prawie nigdy nie ma miejsca po Lysis. Żeby przełamy czyli Cryses miały następować tylko w dniach nieparzystych, trudno jest rozstrzygnąć i przynajmniej teraz opinia ta pozostaje tylko Hypotezą.

13. Dłuższe trwanie podwyższenia temperatury przy pomysłnym przebiegu choroby wynosi 21, a z nastąpioną Remisją 31 dni.

14. Największa różnica pomiędzy exacerbacją a remisją wynosi 2° R. Średnie różnice są $0,4^{\circ}$ — $1,3^{\circ}$ R. Z upadają-

cą siłą żywotną różnica, ta zawsze jest większą, chociaż obniżenie temperatury w ogóle nie jest bardzo widocznym.

15. Średnie trwanie podwyższenia temperatury trwa przy pomyslnym zejściu, w zapaleniu płuc 9 dni, w tyfusie 9,4, obserwacją ciężkie i lekkie wypadki łącznie; 14,33 dni, gdy tylko same ciężkie wypadki z osobna badamy.

16. Dłużej trwająca temperatura od 32° R. i wyżej, zdaje się wyniszczać ciało, i daje bardzo złą Prognozę, to jest znakiem niepomyślniej wróżby: temperatury od 30° — 31° bywają przez dłuższy czas znoszone.

17. Z bardzo wysokiego stopnia gorąca, przypada, często szybkie obniżenie o 2° lub więcej, wszelako temperatura z wysokiego stopnia, nigdy nie spada jednorazowie lub zaraz na normalną.

18. Podwyższenie temperatury przed śmiercią trafia się, ale to nie jest regułą ogólną.

19. Szybkie obniżenie temperatury bez jednoczesnego ograniczenia prędkości tętna, nie jest zadawalniającym znakiem.

20. Przez zawinięcie chorego w wilgotne prześcieradło, pewniej sprawić można obniżenie temperatury, wszelako obniżenie to nie jest stałym i temperatura znowu podnosi się szybko, zwłaszcza w chwili przychodzącego trzęsącego dreszczu. Z tym wszystkim dosięga wyższego stopnia, aniżeli przed zawinięciem, wszelako zawinięcie takie sprawia subiektywną ulgę choremu.

21. Ścisła dyeta jest konieczną, albowiem obfity posiłek podwyższa ciepło ciała; również potrzebnym jest lekkie nakrycie, i nie zanadto wysoka temperatura pokoju.

22. Digitalis obniża nie tylko prędkość tętna, ale także i temperaturę, a nawet często działa wcześniej na ostatnią.

Co się dotyczy pojedynczych chorób, to rozdzielnie *zapalenia płuc* (Pneumonia) przed obniżeniem prędkości tętna i temperatury, jest równie pewne, a kto wie czy nie pewniejsze, jak przez fizykalne zjawiska. Obniżenie tętna w rozdzielaniu zapalenia płuc, wraca szybko do normy, że tak powiem w skok (Crisis), wszelako tylko powoli i stopniowo dosięga fizyolo-

gicznej skali. Wstawiająca się biegunka, po największej części warunkuje podwyższenie prędkości tętna. Temperatura do-
sięga szybko swego maximum, a zawsze zniża się stopniowo.
Raptowne obniżenie (Crisis) zdaje się nie mieć miejsca. W roz-
dzieleniu zapalenia płuc objawiające się pleurytyczne exudata,
nie schodzą się z podwyższeniem temperatury i prędkości tę-
tna, powinny więc być uważane bardziej za transsudata. Pod-
wyższenie temperatury nad 32 stopnie i wyżej, stanowi w za-
paleniu płuc niepomyślną wróżbę.

W typhusie, zmniejszenie objętości śledziony, przypada
łącznie z obniżeniem prędkości tętna i temperatury. Naj-
większa prędkość tętna nie przypada tu jednocześnie z wyso-
ką temperaturą. Gdzie znakomite różnice zachodzą pomię-
dzy exacerbacyami i remisjami, wtedy wykształca się remis-
sya pomyślniejszą, aniżeli tam, gdzie tych różnic brakuje, lub
są mało widoczne: dla tego też wysoka temperatura, jeśli po-
niżej następuje widoczna remisja, lepiej bywa znoszoną, ani-
żeli niższa temperatura 31°—32° R., która się przez dłuższy
czas utrzymuje. Ciągłe wzrastające podwyższenie prędkości
tętna lub utrzymywanie się onegoż na wysokości 120, czyni
wątpliwém rokowanie. Większe dawki opium obniżają regu-
larnie tętno i temperaturę, przeciwnie działają Belladona i
Hachich.

W processie pologowym obserwowana najwyższa tempe-
ratura wynosiła 33,1° R. Największa różnica była 2°; pręd-
kość tętna i wysokość temperatury, utrzymują się tu na ró-
wnym stopniu; po trzęsącym dreszczu bywała temperatura naj-
wyższą, przed śmiercią spostrzegano obniżenie temperatury.

W róży (Erysipelas) najwyższa temperatura wynosiła
31,8° R. Największa różnica pomiędzy exacerbacyami i remis-
jami była 0,8°.

Morbus Brightii subacutus nie przebiegał ani z wielką
prędkością tętna, ani z wysokim podwyższeniem temperatury.
Exacerbacje przypadały regularnie w godzinach wieczornych;
obserwowana najwyższa temperatura była 29,6°. Różnica
między exacerbacją a remisją zawierała 0,4°. Powrót do
normy odbywał się drogą Lysis.

(Prager - Vierteljahrsschrift XVII, 3)

Chodakowski.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 21 Października 1862 r.

(Prezes p. Kulesza).

Odczytano i przyjęto protokoły dwóch ostatnich posiedzeń.

Sekretarz stały (p. Szokalski) odczytał list kilkunastu studentów kursu 5go wydziału lekarskiego tutejszego, pragnących mieć przystęp na posiedzenia Towarzystwa w charakterze słuchaczy.

Towarzystwo przystało na udzielenie tym panom kart wejścia.

P. Stanisław Janikowski odczytał: „Krótki rys historyczny i stau obecny urządzeń służby zdrowia w Prusach.“

Następnie *Sekretarz stały* zawiadomił kolegów, że w nadesłanych z prowincyi pismach lekarzy o nieszczęśliwych przypadkach zdarzających się przy machinach rolniczych, dotychczas dopiero 11 powiatów Królestwa jest reprezentowanych.

W skutek tego Towarzystwo upoważniło p. Szokalskiego, aby się w tym przedmiocie zniósł piśmiennie z lekarzami szpitalnymi, w pozostałych powiatach zamieszkałymi.

P. Gliszczyski opowiedział następujący przypadek:

Kobieta lat 40 licząca, na wsi zamieszkała, przed 3ma laty wyszła za mąż. Przed 2ma laty odbyła poród, przy którym praca porodowa szła oporem, wezwany lekarz okręgowy, nie mogąc przybyć, przysłał w zastępstwie Dr. N. który przez 12—15 godzin różnych używał środków i kilkakroć, bezskutecznie zakładał kleszcze. Wreszcie, uznawszy potrzebę wymóżdzenia dziecka, i w braku odpowiedniego narzędzia, gwoździem $\frac{1}{4}$ łokcia długości mającym, przy pomocy akuszerki wykonał operacyą, poczem poród się ukończył.

W kilka dni potém wywiązała się *perimetritis*, zapalenie tkanki łącznej w więzachs szerokich, a dalszemi skutkami były: ropień (o którym obecnie świadczy blizna w prawej pachwinie), gangrena części płciowych wewnętrznych, zrośnięcie jajnika i jajowodów z prawej strony, już ze ścianami miednicy już z macicą, zarośnięcie macicy, i przetoka z pochwy do kiszki odchodowej.

Od 4ch miesięcy chora rzeczona w odstępach z razu 4 tygodniowych, później zaś coraz częstszych, poczęła cierpieć na *molimina menstrualia*, bardzo bolesne w skutek krwi macicę rozdymającej, przyczem siły fizyczne chorój z dniem każdym nikły.

Przy śledzeniu położniczym znaleziono pochwę w większej części zarośniętą, mającą już tylko od $\frac{3}{4}$ do 1 cala długości. Sklepienie było twarde, niepodatne. Z pochwy do kiszki stolcowej szła przetoka, w którą koniec palca małego z bolem dał się wprowadzić. Wsamiej pochwie znajdowała się twardość sięgająca na 2 — 3 cali poniżej pępka. Przez kiszkę odchodową czuć było guz dość duży, nie przedstawiający chębotania.

Z badania powyższego wniesiono, że guz rzeczony nie jest nic innego, tylko macica rozciągnięta, krwią wypełniona, i postanowiono poczekać do następnej regularności. Jakoż już w 8 dni potém, bole tak się wzmogły u chorój (przeniesionój tymczasem do Instytutu Położniczego), że pomoc okazała się niezbędną. Śledzenie przez kiszkę odchodową obecnie przedsięwzięte, wykryło na 3 cale powyżej zwieracza zewnętrznego

wydatne chębotanie w chwili bolu. Na zasadzie tego, postanowiono przystąpić do operacji, używanej niekiedy in *retroversione uteri gravidi*, to jest do przebicia macicy przez kışzkę odchodową; o zakłóciu macicy przez pochwę nie można było prawie myśleć, albowiem z powodu grubych blizn i zrosnień w górnjej części pochwy, wielkie było niebezpieczeństwo przebicia pęcherza albo wejścia w jamę otrzewnej. Operację wykonał p. Głisczyński w dniu dzisiejszym w klinice położni: w ten sposób, że dwa palce lewój ręki wprowadzone do kışzki stolcowej służyły za przewodnika dla rurki trójgrańca.

Po zakłóciu odpłynęła krew brunatna, ciemna, z razu płynna, później gęstawa, w ilości około kwartę wynoszącęj. Rurkę trójgrańca pozostawiono w otworze.

P. T y r c h o w s k i dodał, że przed godziną widział chorą, która jest spokojną, bez gorączki; bole kurczowe całkiem ustały.

P. C h w a t opowiadał o podobnym przypadku z własnej praktyki, gdzie pomimo znacznych blizn w pochwie, udało mu się przez pochwę uskutecznić przebicie.

P. Andrzej J a n i k o w s k i rzucił pytanie, czyli otwór przetoki między pochwą a kışzką odchodową, nie dałby się spożytkować w tym przypadku dla przeprowadzenia rurki trójgrańca z macicy do pochwy?

P. Le B r u n był zdania, że w ten sposób uskuteczniiona operacja chwilowo tylko przynieść może ulgę; za usunięciem bowiem rurki trójgrańca, otwór w macicy zrobiony zarośnie, dłuższe zaś utrzymywanie rurki w otworze pociągnie za sobą zapalenie macicy.

P. C h w a t również wyraził obawę o zapalenie macicy.

P. Głisczyński przypomniał tę zasadę, że przebicie w celu odpuszczenia jakichkolwiek płynów chorobowych, można tylko w tém miejscu uskutecznić, gdzie się czuje chębotanie.

W końcu posiedzenia p. T y r c h o w s k i mówił o usiłowaniach lekarzy czeskich w Pradze, którzy od pewnego czasu wydają pismo lekarskie tygodniowe w języku narodowym i pracują nad ustaleniem słownictwa lekarskiego czeskiego.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 4 Listopada 1862 r.

(Prezes Dr. Kulesza.)

Obecny jako gość Dr. M i e r z w i ń s k i ze Żmudzi.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Z powodu wspomnianych na jedném z poprzedzających posiedzeń okularów ze szkła uranowego, którym przypisują ochronę oka od promieni chemicznych światła, szkodliwie nań działać mających, *Sekretarz stały* (p. Szokalski) starał się oznaczyć, jak się rzeczony promienie zachowują, stosownie do zdania obecnie w nauce przeważającego.

Wiadomo, że, jeżeli się do ciemnego pokoju przez mały otwór okiennicy puści promień słońca na pryzmę szklaną, to się nam na przeciwległym ekranie okaże 7 kolorów tęczy, przez rozłożenie białego światła na 7 składowych promieni. Promień czarny, jako najmniej łamliwy przejdzie najpierw przez pryzmę i stanie na jednym skraju; fioletowy najwięcej łamliwy zajmie miejsce na drugim; z porządku okaże się pomarańczowy, żółty, zielony, niebieski i indygowy, a między niemi linie ciemne Fraunhofera od *A.* aż do *H.* literami oznaczone. Wiadomo także, iż promień czarny jest najgorętszy, że w innych temperatura stopniowo się zmniejsza, kiedy znów fioletowy najsilniej działa chemicznie, zostawiając innym w swém działaniu coraz mniejszy udział. Rzecz jednak szczególna, że najwyższa temperatura i najsilniejsza

chemiczne działanie nie wśród samego widma, lecz po za skrajem jego na ciemnym ekramie padają, co nas zmusza do przyjęcia osobnych promieni, nie pobudzających siatkówki, cieplikowych i chemicznych, z których pierwsze są mniej jeszcze od czerwonych łamliwe, a drugie są niemi nie równie więcej od promieni fioletowych.

Otóż zachodzi pytanie, jak się te oba rodzaje promieni zachowują w oku?

Promieni cieplikowe nie przechodzą przez oko. Jeśli się oko baranie lub ludzkie w tylnej swój ogołoconej części w otwór okiennicy wstawi, to termometr okaże nam zaraz, że ciepło promieni słonecznych na drugą stronę nie przejdzie. Przyrząd więc optyczny oka złożony jest z substancjami *nieprzecieplistych* (Athermanes Meloniego), na których czele, jak wiadomo, ałun się znajduje. Byłoby wielkim błędem, własność tę pochłaniania ciepła przypisywać soli kuchennej, znajdującej się we łzach, które płoczą nieustannie powierzchnią błony rogowej, gdyż sól jest właśnie substancją przecieplną (diathermane) i na 100 promieni cieplikowych 92 przepuszcza. Własność ta oka zachowuje błonę siatkową od rozgrzania i utrzymuje ją w jednostajnej ciała temperaturze. W jej braku gorąco słońca, ogień naszych pieców, gazu do oświetlania, lampy i t. p. bardzoby wielkie w przyrządzie bezpośrednim wzroku (błonie siatkowej), musiały zrzędać spustoszenia.

Ponieważ promienie chemiczne światła są ciemne, pytanie więc zachodzi, czy równie jak cieplikowe są pochłaniane przez przyrząd optyczny oka, albo też, czy nie są li tylko zdolne błonę siatkową pobudzać? Professor Brücke przyjmuje pierwsze to przypuszczenie, wspierając się na doświadczeniach z tynkturą gwajakową robionych. Wiadomo jest, że papier w rzeczonej tynkturze zmoczony i w ciemności wysuszony, staje się na świetle żółtym, niebieskim albo brunatnym w miarę, jak owo światło więcej lub mniej promieni chemicznych w sobie zawiera. Otóż jeżeli się takowy papier na ekram użyje, na który pada widmo słoneczne z promienia przepuszczonego przez oko umieszczone w otworze okiennicy, to na miejscu

fioletowém zaledwie się żółta plama okaże, a to służy za dowód, że znaczna ilość chemicznych promieni przez oko została pochłonięta.

Wszelako doświadczeniu temu stawą na przeciw rezultat osiągnięty na chininowém widmie; a ten znowu polega na następującém doświadczeniu:

Jeżeli się papier zmoczy w silnym roztworze siarkanu chininy, a potem wysuszy i na ekram użyje, to widmo słoneczne na niego rzucone przeszło w dwójnasob przedłuży się ku stronie fioletowego koloru, i nowy szereg linii Fraunhoffera, aż do lit. *P*. okaże. Doświadczenie to wskazuje nam więc oczywiście, że promienie chemiczne, których fale są nader krótkie i prędkie, znakomicie się opóźniły i przedłużyły przez wpływ chininy, i że przez to stawszy się świetlnymi są w stanie pobudzać oko postrzegającego. Otóż, jeżeli się oko wypreparowane w powyżej opisany sposób w okiennicy mieści i promień światła przez niego przechodzący i przez pryzmat na kolory rozłożony, na ekram chininowy rzuci, to się na nim takie samo przedłużenie widma okaże, jak gdyby oka w okiennicy zupełnie nie było. To nam dowodzi, że i promienie chemiczne przez oko przechodzą, i że jeżeli nie są nam widzialnymi, to li tylko błonę siatkową oskarżać należy, której one widocznie nie pobudzają, jeżeli nie będą poprzednio opóźnionymi przez chininę lub inną jaką substancją, podobnie działającą np. dekokt dzikich kasztanów, nasięk chlorofilu, tynkturę kurkumową i t. p.

Zdawałoby się więc, że rezultata obydwóch tych doświadczeń są wprost sobie przeciwne, gdyby je z sobą nie godziły postrzeżenia nad fluorescencyą, które nowszej fizyce zawdzięczamy.

Fluorescencyą nazywamy własność wielu ciałom właściwą świecenia w ciemności, jeżeli będą poprzednio na światło wystawione. O ile wiadomo, jest ona najwięcej rozwinięta w siarczanie baryty, a posiadają ją także i dyamenty zwłaszcza żółte, np. ów żółty ogromny dyament, który jest własnością korony angielskiej i świeżo z wielkim kosztem został oszlifowany. Pan Becquerel badając fluorescencyę za pomocą

narzędzia dowcipnie przez się wynalezionego (Fluoroskopu), przekonał się, że je w mniejszym lub wyższym stopniu mnóstwo ciał posiada, a między niemi błona rogowa oka, soczewka i ciało szkliste. Ponieważ zaś fluorescencya zależy także na opóźnieniu fal świetlnych wśród substancyi, którą przenikają i da się poniekąd zbliżyć do owego opóźnienia, którego promienie chemiczne wśród chininy doznają, zdaje się zatem, że części przezroczyste oka nie są istotnie bez pewnego na światło wpływu, chociaż wpływ ów żadnych ważnych za sobą nie pociąga skutków. To tylko jest pewną, że widzenie nie jest bynajmniej fotografią, i że uczucie obrazka optycznego, który się w głębi oka maluje, nie da się bynajmniej przez działanie chemiczne promieni światła usprawiedliwić.

W jaki sposób światło błonę siatkową pobudza? tego dotąd nie wiemy, najbliższem przypuszczeniem byłoby mniemanie, że się to dzieje na mechanicznej drodze, że drgania świetlnego eteru obudzają drgania w warstwie pręcikowej błony siatkowej i że cewki nerwu optycznego tym sposobem pobudzone wrażenia mózgowi przekazują. Wszelako i ta hipoteza ma wiele przeciwko sobie; prędkość bowiem drgań, któreby tym sposobem w błonie siatkowej były wywoływane, zdaje się przechodzić wszelką możliwość. I tak, wiadomo że światło przebiega dwakroć sto tysięcy kilometrów w jednej sekundzie, co stanowi 200,000,000,000 milimetrów; że zaś długość fali świetlnej czerwonego koloru około $\frac{1}{1800}$ milimetra wynosi, potrzebaby nam więc pomienioną cyfrą przez 1800 pomnożyć, ażeby ilość owych drgań osiągnąć, któreby w przeciągu jednej sekundy w błonie siatkowej zrodzić się musiały, kiedy czerwony kolor czujemy. Takowe drgania przechodzą wszelkie ludzkie pojęcia, a cóż tu dopiero o owych mówić, które kolor fioletowy musiałyby obudzić, skoro jak nam wiadomo, fale jego są bez porównania krótsze.

Skoro promienie chemiczne światła nie działają na błonę siatkową i skoro nic nam bynajmniej tego nie dowodzi, iżby jakibądź szkodliwy wpływ wywierały na przyrząd optyczny oka, chociaż trudno zaprzeczyć, iż same wśród niego

pewnych zmian doznają; niemamy więc potrzeby oko nasze chronić uranowemi okularami, które owe promienie niszczą, opóźniając je więcej jeszcze od chininy, oraz powyżej wymienionych substancji i zamieniając je na promienie żółtego lub zielonawego koloru, co stosownie do tego, zdaniem kolegi Szokalskiego za zupełnie niepotrzebną innowacją uważać należy.

P. N a t a n s o n twierdził, że jeśli go pamięć nie myli, sól kuchenna należy do ciał mniej przecieplistych. Mówił następnie o znanej własności niektórych ciał (chininy, odwaru dzikich kasztanów i t. d.) odbijania pewnych promieni (np. niebieskich), a przepuszczania innych (np. czerwonych). Wyraził też zdanie, że z tego, iż promienie chemiczne nie wywołują w oku uczucia światła, nie może jeszcze wnosić, iżby one oku wcale nie szkodziły. Wreście powoływał się jeszcze raz na doświadczenia p. A r g y r a g o s, który się przekonał, że światło przepuszczone przez szkła uranowe, mniej drażniąco na oko działają.

P. J o d k o również przypominał, że w doświadczeniach czynionych przez p. A r g y r a g o s nie równie dłuższego czasu potrzeba było dla oślepienia zwierzęcia, puszczać na jego oko światło przez szkło uranowe, niż bez takowego.—

P. H o j e r poparł wyrzeczone przez kol. Szokalskiego zdanie, iż chinina pochłania promienie chemiczne,— a co do tych ostatnich był zdania, że jakkolwiek nie wywołują uczucia światła, mogą jednak na oko działać.

Następnie z powodu panującej obecnie w mieście naszym ospy rodniżej, wszczęła się dyskusja, w której w ogóle kładziono przycisk na potrzebę powtórnego szczepienia (revaccinatio); — P. H e l b i c h rozwijał swe pojęcia o różnicy ospy rodniżej od woryloidów, a p. Stanisław Janikowski wspomniał o lezonej przez niego w Szpitalu Dzieciątka Jezus dziewczynie, która mając ślady szczepionej ospy ochronnej i przebytych woryloidów, obecnie po kilka latach powtórnje tychże dostała.

W końcu posiedzenia p. Stanisław Janikowski odczytał sprawozdanie z dwóch dziełek treści higienicznej, a mianowicie:

1) Dra Wilh. Lubelskiego: małżeństwo pod względem fizjologii i higieny. Warszawa 1862 r, (nakład Bernszteina).

2) Dra Gregorowicza: „Warszawa pod względem topograficznym, higienicznym i geologicznym. Warszawa 1862, (nakład autora).“

Treść Tomu XLVIII^{go}

obejmującego sześć poszytów miesięcznych drugiej połowy
roku 1862.

A. Prace oryginalne.

	Str.
1. Sprawozdanie z czynności kliniki chirurgicznej przy Ces. Król. Warszawskiej Akademii Medyko-chirurgicznej w r. 1860/1, Prof. Dr. Le Brun.....	7, 77, 277
2. Przypadek pasożytów wodunkowych w wątrobie, postrzegany na klinice terap. Prof. Chałubińskiego, Kand. Ak. Sommer. (Dokończe.)	23
3. O szlachtuzach publicznych. Dr. Stanisław Janikowski	36
4. Okolice z nad Liwca i Buga, pod względem lekarskim. Dr. Bokiewicz	116—195
5. Pogląd krytyczny na obecne stanowisko Fisiologii i Patologii nerwów zwojowych Dr. Karwowski	149
6. Ostre zapalenie osierdzia, Dr. Munkiewicz ...	221

	Str.
7. Sprawozdanie lekarskie z czynności Szpitala Śgo Ducha, Dr. Kwaśniewski, Dr. Wrotnowski	263
8. O zaniku ostrym wątroby, Dr. Łuczkievicz	339

B. Krytyka.

9. Uwagi nad artykułem „Spotrezenie wodowstrętu Dra Bałwańskiego“ Dr. Łuczkievicz ...	91
10. Wyjaśnienie drugie do artykułu Dra Neugebauera, M. Studencki	109
11. Odpowiedź na „Wyjaśnie Dra Morgensterna“ Dr. Neugebauer	112
12. Uwagi nad urządzeniami służby zdrowia w Królestwie Polskiem, Dr. Baranowski	173, 245
13. Uwagi nad zboczeniem ruchów w chorobach mózgu, Dr. Stummer	288
14. Sprawozdanie z dzieła p. Topinard „Quelques aperçus sûr la chirurgie anglaise“ Dr. Stanisław Janikowski	298
15. Sprawozdanie z dzieła Dra Lubelskiego „Małżeństwo pod względem Fisyologii i Hygieny“ Tegoż	336

C. Literatura zagraniczna.

16. Zapalenie tkanki komórkowej miednicy, Dr. Kulski	56—311
17. Wypadek otrucia się chloroformem, Dr. Blum	207
18. O odplywach połogowych, Dr. Rosenzweig	323
19. Miesięczny przegląd ruchu lekarskiego	390

	Str.
20. O stosunku prędkości tętna, oddychania i podwyższenia temperatury, w niektórych ostrych chorobach Dr. Chodakowski	402.

D. Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

21. Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego	71, 142, 214, 247, 328, 406
22. Lista imienna członków Towarzystwa lekarskiego	338
23. Sprostowanie	344
