

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO.

Biblioteka Główna
WUM

№ 146.

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

za upoważnieniem Rządu.

POD REDAKCYĄ GŁÓWNĄ

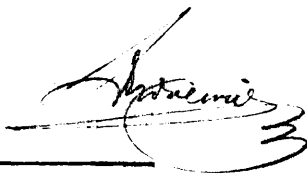
Dr Stanisława Janikowskiego

ze współdziałaniem

**DD^{ów} Baranowskiego, Hoyer, Konitza
i Szokalskiego.**

SERYA IV.

Tom III.



OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLIX.

WARSZAWA,

Skład główny w Księgarni J. KAUFMANN i HÖSICK
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 44 (71).

—
1863.

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

W drukarni, przy ulicy Daniłowiczowskiej Nr 495 a

PORÓWNAWCZE BADANIA

ROZMAITYCH OPERACYJ ZALECANYCH

przeciw ocieklinom żylnym (varices).

Przez Dra Jana Minkiewicza.

I.

Podwiązanie żył obnażonych.

W praktyce chirurgicznej, jak i w terapeutycznej, mnogość środków zalecanych przeciw chorobie świadczy albo o niedostatecznym zbadaniu jęj, albo o braku właściwych środków pewniejszych od innych. To się stosuje do ocieklin żylnych (varices) i do sposobów operacyjnych przeciw nim używanych. Najrzadziej można spotkać wzmiankę o nich w dzisiejszych pismach czasowych lekarskich, co świadczy, że terażniejsi chirurgo-
wie są przeświadczeni nie tylko o niedostateczności wszystkich środków ku wyleczeniu ocieklin zalecanych,

ale i o większej szkodliwości i niebezpieczeństwie tych środków niż samej choroby. Nie wątpliwie, że takowe zniechęcenie się chirurgów do tych operacyj, ich zaniechanie, poczęści jest wynikiem rozpraw, które się toczyły w nauce o zapaleniu żył i ropnicy (pyemii) przed 20 laty, kiedy najwyżej postawieni uczeni lekarze wzięli udział w rozstrząsaniu tych ważnych kwestyj.

Każdy wnosił zapas swojej wiedzy, swoich doświadczeń w celu wyjaśnienia, podtrzymania pewnych teoryj i zbijania przeciwnych. Nauka zyskała wiele nowych pewniejszych danych. Dość wspomnieć o świetnych badaniach dotyczących zakrzepu (thrombosis) i zatoru (embolia) Prof. V i r c h o w a. Lubo z tych danych, powodując się ścisłą analizą, możnaby było zdobyć się na właściwe ocenienie wartości każdego sposobu, wszakże na tém rzecz się nie kończy. Potrzeba nowych porównawczych licznych doświadczeń, o ile można wolnych od wpływów szkoły. Dziś już się uspokoiło owczesne umysłów rozdrażnienie. Przystępując do tej pracy, wartość przerobienia na zwierzętach wszystkich sposobów operacyjnych, zalecanych przeciw ocieklinom żył starałem się postawić na takim stanowisku, aby jak najmniej podlegać wpływom tej lub owej szkoły. Do tego są potrzebne jasno wyłożone zadania i wskazanie metody użytej do wykonania. My mamy na celu porównawczo powtórzyć na rozmaitych zwierzętach wszystkie sposoby operacyjne zalecone przeciw ocieklinom, zebrać przy tém spotrzegane dane, o ile możemy najdokładniej, i z tego zrobić wnioski, jakie się następują. Pod wyrazem „porównawczo“ rozumiemy rozmaite sposoby operacyjne, różnaitość zwierząt użytych do operacyj, różnaitość żył tegoż samego zwierzęcia i innych, rozmaite

warunki, w jakich będą wykonane operacye, stan fizyologiczny, niemniej patologiczny, przypadkowo czy też sztucznie sprawiony. Urozmaicając doświadczenia jak najwięcej, mając ciągle na uwadze praktyczne zastosowanie danych do człowieka, stawimy siebie na stanowisko spostrzegacza. Tém, co się powiedziało, określa się nasz cel, zadanie i metoda. Tym sposobem, zdaje się nam, że damy możność, sprawdzać nasze spostrzeżenia i wykryć pomyłki.

Przeciw zarzutowi, że ta nowa praca jest zbytęczną, pozwalam sobie przytoczyć zdanie p. V e l p e a u, którém tenże zakończył ostatnią dyskusyą w Towarzystwie chirurgiczném paryzkiém dnia 19 Marca p. r. „Je fais donc appel à de nouvelles recherches plus sévères.“ (*)

Przedstawiam na teraz pierwszy szereg doświadczeń *o podwiązaniu żył obnażonych.*

Rozpowszechnienie dziś w praktyce chirurgicznój nitek metalicznych nastęrczyło mi myśl porównawczego ich użycia i podwiązek jedwabnych. Do moich doświadczeń użyłem 24 zwierząt: 11 psów, 8 królików, 1 morską świnkę, 4 gołębie. Razem u wszystkich podwiązano 66 żył. U psów podwizałem żył szyjowych zewnętrzných 14, wewnętrzną 1, udowych 10, biodrowych zewnętrzných 4, wspólných 4, nabrzuszną 1, pachwinową 1, podjęzykową 1, a zatém razem u psów 36. U gołębi podwizało żył szyjowych wewnętrzných prawých 4, lewą 1; u królików 10 szyjowych, udowych 12; u morskiej świnki 3.

Podwizując żyłę obnażoną, wywołujemy nie w niej tylko samęj, ale i w sąsiednich tkankach rozmaite

(*) Gaz. des Hópit. 1862. Nr. 37.

zboczenia patologiczne. Zraniwszy, wystawiamy je na wpływ zewnętrznych działaczy: powietrza, ciepła i t. d. Te nowe warunki, obok wpływu bezpośredniego samej podwiązki na żyłę, stanowczo wpływają na sposób jej działania i na skutki. Nie biorąc tego pod rozwagę, nie podobna bezstronnie oznaczyć wartości téj metody. Dla tego przedstawimy zmiany, jakie spostrzegaliśmy w tkankach sąsiednich, zaczynając od skóry, aż do żyły podwiązanej.

a) *Skóra*. Wyjawszy kilka przypadków, w których, podwiązawszy żyłę, zostawialiśmy ranę na bezpośredni wpływ powietrza, zwykle zszywaliśmy ranę skóry nitkami żelaznymi lub jedwabnymi, w celu porównania wpływu, sposobu i prędkości ich działania. Nitki żelazne przez nas używane były grubości włosa, jedwabne zaś miały kilka linii grubości. Jedne i drugie wprowadzałem za pomocą igły szerszej od nich, a więc jednostajnie była szeroka rana kłuta (Stichwunde), w której leżały szwy. Doświadczenie nas przekonało, że tu się zdarzają następujące stany. U wszystkich zwierząt, przy jednostajnych odnośnych warunkach, metaliczne nitki więcej sprzyjają spieszemu spojeniu, niż jedwabne. Widzieliśmy szybkie spojenie po użyciu jednych i drugich, ale częściej i prędzej po użyciu metalowych nitek. W zdrowej skórze, przy jednostajnych warunkach, zapalenie około nitek żelaznych nieznaczne było całkiem albo bardzo ograniczone co do miejsca i natężenia; jedwabny zaś szew drażni na większej przestrzeni i silniej. Przewód nitki metalowej zwykle jest węższy i mniej ropieje, więcej jest usposobiony do prędkiego zabliznienia. Po użyciu jej spostrzegaliśmy, że kiedy z jednej strony drót przecinał skórę w węzle zawartą, to podstawa rany na obwodzie, w miejscach

dawniej przeciętych już się zabiżniała, co szczególnie widzieliśmy u psa. W razie zapalenia brzegów skóry, metaliczne i jedwabne nitki rozdzielają je: pierwsze, że tak powiem, *przecinając*, — drugie zaś, nasiąkwszy ropą, grubieją, rozpierają, rozmiękczejają zawartą część; ropa napajająca nitkę, podlegając rozkładowi, silniej drażni ranę. Szczególniej wybitną, uderzającą była różnica u psa, u którego jednocześnie jednakowe żyły skóry brzucha były podwiązane metaliczną i jedwabną nitką. Rana sprawiona jedwabną nitką miała mniej dobre i czyste granulacje, aniżeli metalową nitką spowodowana. Zwyczajnie szwy metalowe dłużej zostają w skórze, w bliźnie; czas potrzebny do zabiżnienia ran około szwów metalowych jest krótszy. Spieszne spojenie brzegów odbywało się rozmaicie: albo od razu na całej przestrzeni rany, albo na pewnym miejscu.

W tym ostatnim razie widzieliśmy, że albo pierwotnie to spojenie poczynało się na przestrzeni zawartej między szwami, albo w miejscu samej podwiązki. Stopień rozdrużnienia, jaki wywiera szew na bliższe części, wpływa na dalsze jego zachowanie się. Tak, skutkiem stopniowego, niejednostajnie na oba brzegi rany wywartego ciśnienia szwem, jeden z nich prędzej się przecina i węzeł pozostaje na drugim brzegu. Przewód jej (Stichwunde) zabiżnia się, a tym sposobem w skórze znajdujemy węzeł zachowujący się jak kółczyk w uszach. Z węzłami metalowemi daleko to się częściej zdarza, niż z jedwabnemi. Podobne kółczyki mogą zostawać długo w skórze, aż póki albo same nie przetną części zawartej w węźle, albo zwierzę rozwiąże, oddali je ruchami rozmaitemi. U jednego psa węzły zostawały w skórze dolnej części brzucha przez dni 11. W takim razie

w przewodzie rany, zawierającym szew metalowy, znajdujemy *oxydum ferri*. Na teźże samęj bliźnie można widzieć, że niektóre ze szwów trzymają się na jednęj stronie linii środkowęj, inne na drugłej stronie, albo na środku.

Czemu to się dzieje? stanowczo odpowiedzieć na to trudno; z tego, com widział, sędzę, że te szwy przecinają tam właśnie, gdzie skóra więćej była oddalona od podścielających tkanek, i gdzie była więćej natężona.

Drugim warunkiem, niezawodnie silnie wpływającym na tę rozmaitość, zwłaszcza gdzie nie od razu na całej linii powiodło się spieszne spojenie, jest miejsce najpierwéj zrosnięte: staje się ono poniekąd środkiem przyciągania. Przecinianie brzegów rany szwami nie przeszkadza spiesznemu spojeniu w bliższych częściach. Jeśli szew prędko przetnie oba brzegi skóry, pierwéj nim takowe się skleją, to powstaje wkłęsta blizna, albo przetoka, jeśli pod skórą powstał *ropień*, o czém niżej. Warunkami spieszego spojenia są: jak najmniéjsze natężenie brzegów i dokładne ich zetknięcie; są one zarówno ważne dla metalowych i jedwabnych szwów. U tegoż samego zwierzęcia naumyślnie z jednéj strony starannie połączyłem brzegi rany, używając jednostajnych szwów metalowych i jedwabnych: spieszne spojenie (*per primam intentionem*) powiodło się; w razie zaś nie dokładnego zetknięcia się brzegów, silnego natężenia ich, spieszne spojenie nie powiodło się, czyto były użyte szwy jedwabne, czy metaliczne. Przy znaczném natężeniu skóry, szwy powinny być położone bliżej jeden obok drugiego, aby zapewnić spieszne spojenie.

Nie zawsze jednakże spojenie to się udaje. Powiedziałem już, że brzegi mogą z początku zaraz się skleić, a potém się rozdzielać; albo spieszne spojenie nie powiedzie się

wcale, a wtedy rana zabliznia się za pomocą ropienia. Takie nieudawanie się pierwotne spiesznego spojenia, a szczególnie następne, w naszych przypadkach zawsze było skutkiem zropienia rany pod skórą. Nie każdy jednakże ropień podskórny jest w stanie zniszczyć już istniejące zrośnięcie. Jeśli ropienie, szczególniej sposoczenie, rozwinęło się w ranie po operacji pierwój nim się brzegi dokładnie spoily, to one oddzielą się. Brzegi skóry w tym razie szczególniej w poblizu szwów miękna, wrzodowacieja, nawet nekrotyzują się i w spoju z sobą są tylko węzłami utrzymywane. W razie mniej silnego i mniej zjadliwego ropienia, ropa, rozmiękczywszy w niektórych tylko miejscach świeżą bliznę, wypływa między szwami albo przez ich przewody rozszerzoue ropieniem. Dane zaś przekonywają, że pod blizną może powstać ropień, nie naruszający téj ostatniej. To zdarzało się przy powolném zapaleniu u królików częściej, niż u psów.

Czas potrzebny do zabliznienia ropiejących przewodów metalicznych nitek zwykle krótszy niż jedwabnych.

W bliznach widzieliśmy różnice, zależące od tego, czy one pozostały po metalicznych lub jedwabnych szwach. Te ostatnie nie miały nic szczególnego; badając je pod mikroskopem, w miejscu dawniejszej rany znajdujemy pasma tk. łącznej, mocniej, obficie rozwiniętej, ciemniejszej barwy. W pierwszym zaś razie w skórze gołym okiem znajdujemy ciemno-brunatne, wąskie pręgi, odpowiadające dawniejszemu położeniu nitek metalicznych. Pod mikroskopem w tych miejscach znajdujemy pasmo ciemnobrunatne, złożone z małych ciałek, kupek rozmaitej formy i objętości; w środku są one obfitsze, ku obwodowi zaś w mniejszej ilości. Obok tego znaj-

dują się kupki oddzielnie leżące tkanki łącznej skóry. Na pierwszy rzut oka te massy mają podobieństwo do przemienionego tłuszczu, ale odczyniki chemiczne przekonały, że to była rdza żelazna, która powstała w czasie ropienia i następnie objęta została tkanką ową nowoutworzoną. Gotowałem bliznę z podobnymi pręgami, uprzednio starannie ją wymywszy w wodzie i oczyściwszy od obcych ciał, z kwasem solnym i potem dodałem ferrocyanu potasu; ciecz mocno zsiniała. Następnie zrobiwszy skrawki drobnowidowe, niszczyłem tkankę łączną mocnym roztworem sody przez długi czas; przytém te brunatne massy nic się nie znieiły, nawet się uwydlatniły. Wymywszy podobny preparat, oddaliwszy sodę, poddałem pozostałe oddzielone owe massy jednocześnie działaniu kwasu solnego i ferrocyanu potasu; a te wszystkie kupki, ciała posiniały. Powtarzałem toż samo, używając kwasu octowego zamiast kwasu solnego: wtedy te ciemno-brunatne massy zamieniły się na zielonawe.

Oto są dane, któreśmy uzbierali, postrzegając nasze przypadki. Przytoczymy też wypadki niektórych uczonych, dotyczące się tegoż przedmiotu. Amerykańscy chirurdzy, na czele ich *M o r i o n S i m p s*, a za nimi i angielscy swoją praktyką i pochwałami o korzyści nitek cienkich metalicznych przyczynili się do rozpowszechnienia ich użycia.

Roku 18⁵⁹/₆₀ w klinice Prof. *B. L a n g e n b e c k a* widziałem piękne przypadki użycia szwów metalicznych w plastycznych operacjach. Porównawcze doświadczenia przez niego w tedy robione co do użycia drótu żelaznego i jedwabnych nitek, grubszych od pierwszych, przemawiały stanowczo na korzyść pierwszych. R. 18⁶⁰/₆₁ widziałem porównawcze zastosowanie tychże nitek w za-

palnych brzegach ran po wyluszczeniach dużego palca nogi w oddziale Prof. Malgaigne w Charité. Tenże Profesor przyszedł do przekonania, że spieszne spojenie głównie zależy nie od rodzaju użytych szwów, ale od najmniejszego natężenia brzegów rany. Zapalenie, natężeniem sprawione, właściwie niszczy spieszne spojenie. Jednakże Malgaigne domaga się nowych doświadczeń (1). Baizeau używał nitki metalicznych w stafilorafii i sądzi, że im i tu się należy pierwszeństwo, gdyż szwy jedwabne przecinają tkanki prędkiej i z tego powodu muszą być oddalone na dni 3, 4, pierwój, nim blizna dobrze się spoi (2). Dr. Simps wynalazca tych szwów, operując w Charité w Paryżu, położył jako konieczny warunek powodzenia się, aby na błonach śluzowych szwy leżały na 1 cent. dalej od brzegów, gdyż bliżej położone prędkiej je przecinają, dalej zaś wywracają brzegi i przeszkadzają zetknięciu ich odświeżonych brzegów (3). Lubo te dwa zdania tyczą się błon śluzowych, ale są one równie słuszne i dla skóry. Ostatniemi czasy Dr. G. Simon udzielił wypadki swoich o tymże przedmiocie spostrzeżeń (4). Ten stanowczo wypowiada swoje zdanie, że oddawane dziś pierwszeństwo metalicznym szwom jest tegoczesną najswieższą modą, i że sam staje w obronie jedwabnych nitki. Simon nie widzi żadnej różnicy co do wpływu na spieszne spojenie *jednostajnie grubych nitki metalicznych i jedwabnych*. W pracy

(1) Manuel de médecine opératoire, 7. édit, 1861, pag 55.

(2) Archiv. générales, 1861, Decem. pag. 661.

(3) Gazet. hebdomadaire 1861, Nr. 47, str. 749.

(4) Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfistel durch die blutige Naht. Rostock 1862.

jego znajdujemy wiele faktów, któreśmy osobiście widzieć mieli sposobność w czasie naszych doświadczeń. Różnica zachodząca w wynikach naszych niezawodnie jest skutkiem tych rozmaitych stosunków, w jakich doświadczałyśmy. S i m o n robił swoje doświadczenia przede wszystkim na człowieku, na sobie i innych, równej grubości nitkami. On głównie opiera się na doświadczeniach przy operacji przetok pęcherzo-pochwowych. My zaś byliśmy w odmiennych nieco stosunkach. Używaliśmy nitki metaliczne i jedwabne niejednostajnie grube (ostatnie jak się zwykle używają przy operacjach), na skórze rozmaitych zwierząt, i nareszcie prawie zawsze pod szwami było ropienie tkanek, a często i obce ciała. Są to warunki zwyczajne przy tego rodzaju operacjach.

Pomimo jednakże jego obstawania przy nitkach cienkich jedwabnych, dobrze skreconych i nawoskowanych: w dziele Prof. G. S i m o n a znajdujemy fakta świadczące na korzyść szwów metalowych. Tak np. stwierdza G. S., że zapalenie, zropienie w przewodzie nitki metalicznej bywa mniejsze i krócej trwa, bo szwy te mniej drażnią części otaczające, niż roślinne i jedwabne nitki. Te ostatnie, wsiąkając w siebie ropę, nabrzmiwiają, grubieją, tym sposobem silniej drażnią; co się powiększy jeśli ta ropa ulegnie rozkładowi, to jest sposoczeje. G. S i m o n zaś szczególnie na to nastaje, że większe rozdrażnienie jest skutkiem nierównej, grubości nitek jedwabnych.

Uwaga ta jest słuszna, ale nie wyklucza ona i pierwszej podanej przez Simpsona. Być może, że szczególniejsze usposobienie do zrośnięcia u rozmaitych zwierząt także przyczynia się do tego. Tak objaśnia Prof. G. S i m o n silniejsze ropienie pochodzące od nitek jedwabnych u świni

użytych przez Simpsona do doświadczeń. Simon także, jak ja, widział, że metaliczne nitki częściej wrastają niż jedwabne. Przecięcie skóry zawartej w węzle jedwabnym i metalicznym odbywa się poniekąd rozmaicie, o czem już wyżej wspomniałem. Metaliczna nitka więcej przecina skórę i skoro do tyła już ją przecięła, że pozostająca część jej węższą jest od średnicy węzła, wtedy ustaje już działanie bezpośrednie, mechaniczne, ciśnienie szwu. Od tej pory może zaczynać się zabliznienie przewodu nitki na jej obwodzie; to objaśnia, dla czego metaliczne szwy częściej wrastają. Inaczey się dzieje ze szwem jedwabnym: ten coraz bardziej nabrzmiwa, wsiąkając w siebie ropę, będąc niegładkim, ciśnie i rozmiękcza skórę w nim zawartą. G. Simon długo nie wierzył zwolennikom nitek metalicznych, aby takowe nie przecinały tkanek i niesprawiwały fistułu. Później jednakże przekonał się o tém. Prof. Simon podaje, że przy mocnym zaciśnięciu szwów metalicznych i jedwabnych obrzmienie zawsze daje się widzieć w 24 godzin, a w drugie tyle i ropienie. Myśmy zaś nie raz widzieli, że po szwach metalicznych nie było ani jednego, ani drugiego, i to nie tylko u zwierząt, ale i na twarzy człowieka w operacjach Prof. B. Langenbecka. Prof. Simon przyszedł do tego przekonania, że spieszne spojenie ran nie zależy od materiału użytego do szwów; przypisuje to więcęj anatomicznym warunkom tkanki związanej: tak więc błony śluzowe prędzej przecinają się i ropieją niż skóra; a ta w częściach obfitszych w naczynia prędzej się przetnie niż sucha. Niepodobna nie zgodzić się z tą słuszną i ważną pod względem porównawczego badania uwagą, że anatomiczne stosunki tkanki związanej silnie bardzo wpływają na spieszne spojenie; sądzimy

jednakże, iż odrzucanie kompletne różnicy nitek jest zbyt bezwzględne (1).

I tak, biorąc pod rozwagę zdanie wyżej przytaczanych chirurgów i własne doświadczenia porównawcze, przychodzimy do tego wniosku, że *spieszne spojenie skóry, polegając głównie na dokładném zetknięciu brzegów rany, bez natężenia ich, prędzej się powiedzie przy mniejszem rozdrażnieniu ich, do czego metalowe nitki obok innych jednostajnych warunków, więcej od innych dają rękojmi*. Sam nawet G. Simon przyznaje, że cokolwiek grubsze szwy jedwabne silniej, na większej przestrzeni rozdrażniają obwód kłutego przewodu; łatwiej więc zapalenie, że tak powiem z territorium jednego szwu przejdzie na sąsiednie, i tak powiększając się, może łatwiej powstrzymać spieszne spojenie, a przy panującej różnicy — i ją sprawić.

(1) Lubo moje doświadczenia nie są jeszcze liczne co do różnaitości zwierząt, jednakże i one wskazują na pewne różnice, odcienia co do prędszego zablížnienia ran skóry. Różne anatomiczne warunki skóry rozmaitych zwierząt niewątpliwie wpływają mniej lub więcej na różnaitość oddziaływania. Przytoczę na teraz dane z anatomii porównawczej skóry. W tkance samej skóry ssących i ptaków włókna tkanki łącznej daleko mocniej są splecione; włókna elastyczne u ptaków są szczególnie skupione w dolnych warstwach, u ssących zaś w górnej skórze (Lederhaut). Prof. Leydig nie znalazł w skórze psów w okolicy biodrowej nieprążkowanych mięśni (glatte Muskeln). Najeżenie się (das Sträuben) włosów u nich zależy od obecności mocnych poprzecznie prążkowanych mięśni, tuż pod skórą położonych, i łączących się za pomocą omięsnej z tkanką łączną skóry i torebkami włosowemi, skutkiem czego skóra jest nadzwyczaj kurczliwa. U ptaków niema gruczołków potnych i właściwych dołków łojowych; przeciwnie zaś u ssących są ony rozmaicie rozwinięte. Skóra ptaków zawiera mniej naczyń krwistych, ztąd też jest suchsza. (Prof. Leydig Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere. 1857, str. 78—101).

II.

Tkanki podskórne.

Pod tą nazwą rozumiemy wszystkie tkanki znajdujące się między skórą i podwiązaną żyłą, a więc nietylko samą warstwę tłuszczową, tkankę łączną, ale i fascye i mięśnie. Uogólnienie to robimy, aby uniknąć zbytnich powtarzań. Przy umiarkowaném nawet zapaleniu te tkanki zwykle cierpią jednocześnie, chociaż nieraz w rozmaitych stopniach. Zmiany zachodzące w tych tkankach zostają w ścisłym stosunku z obszernością, ilością uszkodzonych tkanek, niemniej z zagojeniem rany skórnej. Oto są zmiany chorobowe, jakieśmy widzieli w ciągu naszych doświadczeń.

a) W wielu razach po śmierci nie mogliśmy znaleźć w tkankach podskórnych żadnych śladów uszkodzenia ich, co zależy od odrodzenia się tkanki łącznej. Ten przypadek miał miejsce, jeśli rana była nieznaczna, na małej przestrzeni, i jeśli spieszne spojenie powiodło się od razu, co się częściej zdarzało u królików.

b) W drugim rzędzie przypadków tkanka łączna podskórna bywa zgrubiałą, zbitą, stwardniałą; traci swoją zwykłą przezroczystość, staje się białawą, mniej elastyczną, mocno połączoną ze skórą, która w tém miejscu jest mniej ruchomą. Zmiany te w środku są większe, a ku obwodowi słabsze. Objętość podobnie zmienionej tkanki łącznej bywa rozmaita, co zależy od obszerności rany, następnego zapalenia i sposobu zabliźnienia skóry. Dały się tu dostrzedz w kilku przy-

padkach pewne różnice: albo stan wyżej opisany szczególnie był rozwinięty w powierzchownych warstwach, albo przeciwnie w głębszych, bliższych żyły podwiązanej, szerząc się nawet między mięśniami głębszemi przyległemi.

Rzecz jasna, że ostatni przypadek świadczył o silniejszym rozdrażnieniu. Pod mikroskopem badana podobnie zmieniona tkanka łączna, jak zwykle, przedstawiała rozrośnięcie się jój; przyczem staje się zbitszą.

c) W skutek mocniejszego rozdrażnienia powstaje pod skórą ograniczone ropienie, które co do objętości, stopnia, i jakości bywa bardzo rozmaite. Przejście do zmiany pod b) opisanój, stanowi jeden przypadek u królika widziany, gdzie w około podwiązki od przymocowania jój aż do powierzchni skóry, powstał przewód, jaki się formuje w około podwiązki tętnicy, utworzony z mocno zbitój tkanki łącznej. Podwiązka leżąca w nim otoczona była ropą.

d) Następną zmianę stanowią tak zwane *ropnie otorbielone* (abcès enkystés), gdzie między skórą a podwiązaną żyłą leży kompletnie zamknięta w sobie torbiel zawierająca ropę. Torbiel ta powstaje ze zbitój tkanki łącznej, fascyi i niekiedy bliższych mięśni. Od obszerności jój zrośnięcia się z głębszemi częściami i skórą zależy mniejsza lub większa ruchliwość tej torbieli. Jama jój zwykle jest podzielona wewnątrzniemi przegródkami na mniejsze dołki i dołeczki, widzialne po zdjęciu gęstych warstw ropy. Bywa ona w środku płynniejsza, bliżej ścianek zaś gęstsza. Sama ropa bywa rozmaita u rozmaitych zwierząt. U królika zwykle gęsta, niby smietanka, sérowata, biała, drobno ziarnkowata, podobna do ropy osób skrofulicznych, do skrofulicznych nasiąknięć gruczołów lim-

fatycznych. Tak otorbielone ropnie częściej napotykałem u królików; raz jeden u gołębia: u tego ostatniego ropa była jeszcze gęstsza, cokolwiek ciemniejszej barwy, niż królika; ropień ten leżał na stosie pacierzowym. Raz jeden znalazłem tuż pod skórą maleńką torbiel, wielkości ziarnka pieprzowego, zawierającą ropę i węzeł z jedwabnej podwiązki tętn. nabrzusznój, która, przecięta, po zabliźnieniu skóry otorbieliła się i zostawała w takim stanie dni 113. Różny bywa stosunek tych torbieli do części otaczających: zwykle są one niejednostajnie mocno połączone swoim obwodem ze skórą, najmocniej z blizną skóry i z miejscem podwiązania żyły. Wyłuszczają się łatwo. Na szczególniejszą zasługuje uwagę stosunek ścianki torbieli do żyły podwiązanej: takowa albo tylko zrasta się ze ścianką żyły, albo ta ostatnia jest zawarta w pierwszej i tam ginie. Oczewista więc, że nie każde ropienie przeszkadza spiesznemu spojeniu. Ropnie te powstają powolnie, w kilka dni po zabliźnieniu skóry przy umiarkowanym zapaleniu. Ale widziałem także i w inny sposób powstały ropień podobny. U królika brzezi rany skóry nie skleiły się; w głębi rany powstało ropienie długo trwające, nareszcie rana zewnętrzna powoli się pokryła bardzo cienką błonką, i ropa zgęszczona pozostała w torbieli przez tygodni 4—5. Szczególniejsza gęstość ropy u królika umożliwia podobny sposób powstawania torbieli ropniowych. Ten przypadek stanowi formę przechodową od kategorii *c*) do *d*).

e) Skutkiem jeszcze większego rozdrażnienia powstają ropnie duże, ograniczone, ale nie otorbielone. Są one daleko obszerniejsze z powodu zatok ropiastych. Jedne z nich znajdowały się pod zabliźnioną skórą; w innych zaś przez otwory niezupełnie zabliźnionej rany ro-

pa swobodnie odpływa. Tę formę częściej widziałem na udach psów. Objętość ich, forma i zatoki były skutkiem znacznego uszkodzenia tkanek otaczających wiązkę naczyń. W tych razach zatoki zwykle zmierzały ku więzowi *Pouparta*, w kierunku naczyń, raz leżąc z boku ich, to znów pod nimi. Inne zatoki formowały się i między mięśniami. Wewnętrzna ich powierzchnia ropiejąca, gładka, ziarnkowatości jej są małe, i dla tego wygląda niby aksamitna. Te ropnie powstają rozmaitym sposobem. U niektórych psów powiodło się spieszne spojenie w ranie skóry; ropień powstał później. Jeśli przytém ropa nie rozmiękczyła świeżej blizny, to zostając tam, zapuszcza się pomiędzy mięśnie, i tworzy zatoki. W innych zaś razach ropa utworzyła sobie później swobodny odpływ między szwami lub po końcach rany. Pomimo to, raz powstałe zatoki pozostają. Do zagojenia się podobnych głębokich ropni potrzeba rozmaitego przeciągu czasu, odpowiednio objętości jego i zachowaniu się podwiązki. W dwóch przypadkach, podwiązawszy żyłę udową podwiązką metaliczną i zostawiwszy jeden koniec dłuższy, przymocowałem go do szwów zewnętrznych. Skutkiem tego okazały się obszerniejsze ropnie z zatokami sięgającymi wysoko i wgląb' między mięśnie. W jednym z tych przypadków podwiązka żelazna, przeciąwszy brzegi rany skóry, leżała na dnie rany obrosła prawie zupełnie ziarnkowatościami.

f) Nie tylko sama rana, ale i sąsiednie części mniej więcej oddalone silnie się zapalają, nasiąkają ropą. (*Phlegmone diffusa*). Rozległość cierpienia, stopień jego, bywają rozmaite. W tej formie widziałem sposoczenie, że tak powiem, dyfteryczne rany, a nawet całkowite rozmięczenie całych oddziałów mięśni. Tę szczególniejszą

formę zapalenia widziałem na szyi i przy podwiązaniu żył biodrowych. Zwykle widzieliśmy tę formę w ranach jednoczesnego podwiązania kilku naczyń; przytém notujemy fakt, że w innych razach, po zupełnie takim samym doświadczeniu, nic podobnego nie bywa, co wskazywałoby nam wpływ obcy, od metody operacji niezależny.

Widziałem także silne zapalenie w tych razach, jeśli przy operacji była uszkodzona żyła: niekiedy nie podwiązywaliśmy jój i powstające wtedy zapalenie w około wynaczynionój krwi, zostającój pod wpływem powietrza, było bardzo silne. Zmiany anatomiczne w takich razach były następujące. Tkanka łączna nie tylko bliższa, ale i dalsza międzymięśniowa przesiąknięta była ropą gęstą lub płynną. Takie przesiąknięcie bywało albo ogólne, albo miejscowe, ogniskowe; tkanka łączna rozmiękała i powstawały strupy: w tak rozmięknionój tkance miejscami natrafialiśmy na ogniska wynaczynionój krwi. Oddalwszy je, wymywszy strupy, znajdujemy jamy, zatoki. Jeśli w tych razach i mięśnie cierpią, to te z nich, które bezpośrednio stanowią dno ropnia, albo ścianę, były barwy ciemniejszej, pokrywały się ziarnkowatościami; naczynia tkanki międzymięśniowój, między ich pęczkami znajdujące się, były mocno nalane, mięśnie nacentkowane kropelkami krwi wynaczynionój. Stan podobny szczególnie mocno był rozwinięty w około ognisk ropiastych w mięśniach.

Zropienie takie głównie ograniczało się na tkance łącznej między - pęczkowój, mięśnie zmieniały swoje barwę. W silniejszych jeszcze stopniach i włókna mięśniowe rozmiękały, na kaszę ropiastą się zamieniały. Podobnej zmianie podlegały pęczki mięśni i całe mięśnie, i wtedy massy ropowe miały formę klinów, ale zdarzało się, że włókna mięśniowe pośrodku zropiały, i tym spo-

sobem ciąg włókien mięśniowych był zniszczony. Kilka razy widzieliśmy inną formę rozmiękczenia: mięśnie stały się bledszymi, mętnymi, zamieniały się na kaszę brudną, blado-czerwonawą a w niej pływały masy żółte, nakształt ziarnkowego miodu. Takie mięśnie były bardzo podobne do tych, które były poddane działaniu kwasu solnego. Mikroskopowe badania takiej miazgi pokazały, że włókna mięśniowe podzieliły się na małe odłamki, straciły mniej lub więcej swoje poprzeczne pręgi, stały się drobno-ziarnkowatymi i były więcej przezroczyste; Obok tego był ziarnkowaty *detritus* i nieforemne masy barwika krwi: słowem mieliśmy przed sobą rozmięknienie mięśni (*myomalacia*). Owe zaś żółte masy byłyto kryształy tłuszczowe. Tę ostatnią formą spostrzegałem u psów raz na szyi, drugi zaś na lewém udzie i goleni. O stanie żył w tych ostatnich dwóch razach powiemy później. Pomimo jednakże tak silne zapalenie, widzieliśmy, że spieszne spojenie w skórze czasami udawało się miejscami. Skoro zaś rozwijało się sposoczenie, jeśli się dołączała sprawa dyfteryczna w głębi rany, wtedy i brzegi jej rozmiękały, nekrotyzowały się. Do tego ogólnego obrazu dołączę krótką wzmiankę o szczegółowych przypadkach, aby wykazać pewne stosunki towarzyszące rozmaitym zmianom tkanek podskórnych.

1. Psu jamnikowi (Dachshund) podwiązano: a) żyłę szyjową zewnętrzną podwiązką metaliczną; ranę zewnętrzną szczelnie zszyto podobnymi szwami; b) jedną z żył gruczołu podszczękowego nitką metaliczną; rana zewnętrzna z téj strony zeszyta mniej dokładnie szwami metalicznymi. W pierwszym razie spieszne spojenie powiodło się na drugi dzień; w 2im zaś szwy przecięły skórę i rana po długim ropieniu zablizniła się. U tegoż psa dnia 27

Listopada podwiązałem dwie żyły udowe nitkami metalicznymi i jedwabnemi.

Dnia 28 brzegi ran skóry lekko zaczerwienione, obrzmiałe, z głębi wypływa ropa czerwona. Spieszne spojenie powiodło się pomimo to, że niektóre szwy przecięły skórę. W głębi pozostała obrzmiałość. Po śmierci znalazłem na szyi i na prawém udzie stan pod Nr. 2 opisany, a na lewém ropień otorbielony między skórą a podwiązaną żyłą.

2. U psa małego podwiązałem dnia 6 Listopada obie żyły szyjowe zewnętrzne; prawą nitką metaliczną, lewą zaś jedwabną. Obie rany zewnętrzne zszyto szwami jedwabnemi. Brzegi rany obrzmiały, zaczerwieniły się; spojenie powiodło się miejscami. Pod skórą rana ropiała, potem ropień zagoił się ziarnkowaceniem. Dnia 27 podwiązałem dwie żyły udowe metalicznymi nitkami; rany skóry podobnie szwami zszyto. Nastąpiło miejscowe spieszne spojenie rany skóry i ropienie w głębi. Po śmierci po prawej stronie zaledwie można było znaleźć ślad blizny, po lewej zaś skóra była mocno zrosnięta z fasycją (podwiązka jedwabna). Na udach rany skóry miejscowo zabliznione; pod nimi ropnie z zatokami.

3. U psa małego podwiązano dnia 10 Listopada żyłę zewnętrzną szyjową prawą nitką metaliczną, skórę zszyto jedwabnemi szwami; żyłę szyjową zewnętrzną lewą, i jej ranę skóry nitkami jedwabnemi; żyłę udową prawą i jej ranę nitkami metalicznymi; tętnicę i żyłę udową lewą podwiązkami jedwabnemi. Do zszycia zewnętrznej rany użyłem nitek metalicznych. Na szyi nastąpiło sposoczenie rany. Na prawém udzie powiodło się spieszne spojenie, na lewém zaś nie udało się. D. 21 Lutego pod-

wiązałem żyłę biodrową zewnętrzną prawą nitką metaliczną; rana zewnętrzna zszyta metalicznymi szwami. Sposoczenie, dyfterytyczna sprawa na ściankach rany.

4. U psa dużego podwiązano, zrobiwszy jedną ranę pośrodku szyi, żyłę szyjową zewnętrzną prawą podwiązką metaliczną, a lewą jedwabną; ranę zewnętrzną zszyto metalicznymi szwami, żyłę udową lewą podwiązano nitką metaliczną, ranę zaś skóry zszyto szwami metalicznymi i jedwabnymi. Tętnicę prawą udową podwiązałem nitką jedwabną; rana zewnętrzna zszyta metalicznymi nitkami. Ogromne jamy ropiaste na szyi sięgające prawie aż do opłucnej. Sposoczenie. Na prawém ndzie tętniak następny, na lewém zgangrenowanie, rozmięknienie mięśniów uda i goleni.

5. W piątym przypadku powtórzono też same operacye, aleśmy na kończynach nie znaleźli nic podobnego, jak w przypadku 4); ogromne jamy ropiaste na dolnej części szyi.

U królików tak silnych zapaleń, jak u psów, nie widzieliśmy; u nich częściej ono było ograniczone i otorbielone. Raz tylko u królika, podwiązawszy żyłę biodrową zewnętrzną, znalazłem rozmięknienie i sposoczenie mięśniów kończyn.

Teraz przytoczymy dane, przez innych badaczy uzbierane przy podwiązywaniu żył. Rozpocniemy od Prof. Virchowa, który, podwiązując żyły szyjowe w dwóch

miejscach dwiema podwiązkami widział zropienie, sposoczenie pomimo zszywanie brzegów rany skóry (1)— (Doświadczenie V, str. 268); w doświadczeniu VI zauważył on dużą ranę jako przyczynę sposoczenia pod skórą. W doświadczeniu VIII w głębi rany, obok częściowego zrośnięcia brzegów skóry, ropienie powstało. Doświadczenie X: brzegi rany nie spojone, rana w głębi ropieje; XIte: rana silnie ropieje, nieforemne brzegi jej mocno obrzmiąte. XIIte: rana otwarta, brzegi napływające krwią, zgrubiałe, w głębi rany wydzieliny płynne czerwone. U psa (XV) brzegi rany skóry skleiły się, a pod nimi ropień powstał; co Prof. V i r c h o w nieraz widział. XXXII: zastrzykiwanie do żyły szyjowej mączki; sposoczenie w pobliżu rany na szyi i piersi; na udach hemorrhagiczne infiltracje.

Te kilka spostrzeżeń przytoczonych z dzieła, prof. V. są zupełnie też same, jakieśmy napotykali w naszych doświadczeniach, jeśli żyła obnażoną była na znacznej przestrzeni. Prof. V. mocniej rozdrażniał żyłę i otaczające części, gdyż, otworzywszy ją, zasuwiał rozmaite obce ciała do żyły, poczem podwiązywał dwiema nitkami. Nie zdarzyło się mi spotkać krwistej torbieli pod zrośniętą raną skóry, jak to raz znalazł p. V i r c h o w u psa (XXI, 297). W ogóle rozdrażnienie tkanki łącznej podskórnej bywało bardzo silne, co też spowodowywało silne zropienie. Pomimo to jednakże, w kilku przypadkach powiodło się spieszne spojenie po nad ropniem. Renault, Bouley podwiązywali żyłę szyjową u koni i także widzieli, że

(1) Gesammelte Abhandlungen 1856. Thrombose u. Embolie str. 219—733.

tkanka łączna tę żyłę otaczająca nasiąkała cieczą cytrynowej barwy, obrzmiewała, stawała się kruchszą. Podobnież zmianie podlegała i tkanka dodatkowa mięśniów, tak, że znikala granica między temi ostatniemi. Po zabliznieniu zaś rany znajdowali tkankę łączną białawą, stwardniałą (1).

Z doświadczeń p. Virchowa i naszych wypadka, że *silne nawet zropienie tkanki łącznej nie zawsze przeszkadza spiesznemu spojeniu. Obnażając jak najmniej żyłę, rozdrażniając jak najmniej tkankę łączną podskórną, można być pewnym, w razie podwiązania żyły, szczególniej nitką metaliczną, że skóra spiesznie się spoi.* Wprawdzie dane, nabyte z doświadczeń na psach, winny być z ostrożnością stosowane do człowieka, gdyż znana jest szczególniejsza wytrzymałość psów na ciężkie operacye i wielka zdolność do prędkiego zablizniania dużych ran u nich. Z naszych doświadczeń pod tym względem dość przytoczyć psa, na którym prawie jednocześnie było zrobione doświadczenie na gruczole podszczękowym, przewodzie ślinowym Stenona i żyłach szyjowych; wszystkie te rany zagoiły się bardzo prędko.

Niepodobna odmówić miejscowym warunkom anatomicznym wpływu na stopień i jakość zapalenia. I tak na szyi pulchność tkanki łącznej szyi i ruchy organów oddychania i połykania sprzyjają powstaniu silnych zapaleń téjże. Toż samo da się powiedzieć o żyłach biodrowej zewnętrznej i udowej pod więzmem Pouparta.

(1) Recueil de médecine véter. pratique. 1839, str. 479 do 780.

III.

Ż y ł a.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli, oczywistém jest, że zachowanie się żyły podwiązanej na obnażoném miejscu będzie różném i zależném od stopnia rozdrażnienia, od tego, czy w całej ranie powiodło się spieszne spojenie, czy też rana zropiała. W pierwszym razie część obnażona jest mocniej zrosniętą z otaczającymi częściami za pomocą stwardniałej tkanki łącznej. Przestrzeń, stopień tego zrosnięcia są zależne od stopnia rozdrażnienia, jakiemu uległy sama żyła i tkanki blizkie. W drugim zaś razie bywa żyła mniej lub więcej otoczona ropą. W celu dokładniejszego przedstawienia objawów, jakiem widział, podwiązując żyłę, sędzę właściwém opisać oddzielnie miejsce podwiązki, stan żyły powyżej i poniżej takowej.

1. *Miejsce podwiązki na żyłę i sama podwiązka.* Podwiązując żyłę drótem żelaznym, robiłem zwykle jeden tylko węzeł i odcinałem koniec jak najbliżej (ligature perdue. Thomson, Malgaigne); zakręcałem węzeł tylko parę razy. Podwiązkę jedwabną zawiązywałem dwoma węzłami. Zmiany, jakim podlegały podwiązki i żyła tam, gdzie podwiązka była zastosowana, są następujące:

a) Tkanka łączna, rozrastając się, przylega jak najszczelniej do samej podwiązki, wciska się między jej włókna, pęczki i otacza je. Stan podobny, naturalnie, dający się tylko widzieć po użyciu podwiązek jedwabnych, widzieliśmy jeden raz.

b) Otorbielenie podwiązek należy do daleko częstszych następstw. Otorbielają się podwiązki jedwabne i metaliczne na całym swoim przebiegu, tak, że powstają koliste kanały, zawierające w sobie podwiązki; czasami tylko część podwiązki dostaje podobną torbiel; zwykle węzeł zostaje w podobnych razach niepokryty. Widzieliśmy to u psów, królików, morskiej świnki. Torbiel podobna przedstawia wewnątrz siebie zakłęśłości, dołki odpowiednie wypukłościom podwiązki, która mniej lub więcej ściśle jest połączona z torbielą. Zwykle torbiel około nitek jedwabnych leży swobodniej, łatwiej się oddziela. W skutek zaś rdzawienia nitek metalicznych są one w wielu razach ściślej połączone z torbielą. W tym ostatnim razie wewnętrzna powierzchnia torbieli jest ciemniejszej barwy, pstrokata, szorstkawa. Przeciwnie w torbieli otaczającej jedwabną nitkę jest ona gładką. Badając ściankę torbieli pod mikroskopem, znajdujemy, że jest złożona z tkanki łącznej zbitiej, zawierającej w sobie dużo mass nieforemnych barwika krwi, tłuszczu i kupki tlenku żelaza. Grubość ścianki torbieli bywa rozmaita: jest ona cienką, jeśli spieszne spojenie powiodło się od razu w całej głębi rany, i przy użyciu podwiązki metalicznej; przeciwnie grubą bywa po silniejszém zapaleniu i w około węzłów jedwabnych. Torbiel podobna, raz powstawszy, będąc połączona z otaczającą tkanką łączną, oddziela węzeł i niszczy wpływ jego drażniący na otaczające części. Jedna podwiązka metaliczna podobnie otorbielona zostawała dni 158 bez ropienia na podwiązanej żyły szyjowej zewnętrznej psa. Jedwabnych podwiązek tak długo podobnie zachowujących się nie spotkałem.

c) W razie zropienia zewnętrznej osłony żyły podwiązki metaliczne i jedwabne, zaciskając ją mniej lub więcej formują w miejscu założenia obwódkę zakłęską. Bywa to nawet i wtedy, kiedy podwiązka niezupełnie zaciśnęła światło żyły, kiedy po niej swobodnie przesuwają się mogła. Jeśli ropienie było dobrej natury i rana zagoiła się kompletnie, to, jakem wyżej powiedział, węzły się otorbielały. W przeciwnym razie podwiązka przedzielała żyłę na dwoje owrzodzeniem; albo węzeł się odwieszywał, rozsuwał i razem z ropą wypływał; albo, zostając pod skórą, na nowém miejscu także się otorbielał. Podobne odwiązanie się węzłów częściej bywa z węzłami metalicznymi, jako tylko raz zawiązanymi. W jednym przypadku należącym do tej kategorii, i gdzie nitka metaliczna leżała na żyłę ropiejącej, ale zabliźniającej się, znalazłem ściankę naczynia i bliższą tkankę łączną zafarbowaną na sino. Pod mikroskopem badając tę część, przekonałem się, że osłona przydatkowa na pewnej przestrzeni przesiąknięta była niejednostajnie *wiwianitem* (phosphorsaures Eisenoxyd-oxydul). Przesiáknienie to było w jedném miejscu słabe, w inném daleko mocniejsze. W niektórych miejscach zdaje się, niby sine massy, kupki napełniały naczynie włoskowe; w wielu miejscach były większe ciemno sine kupki oddzielne, porozrzucane po tkance łącznej. Obok tych sinych mass leżały inne brunatne, bardzo podobne do tłuszczowych; ale mikrochemiczne analizy, jakie przytoczyłem już wyżej, wykryły, że obok tłuszczowych kupek były także grudki złożone z tlenku żelaza.

Dla czego jednakże raz tylko napotkaliśmy taki przypadek, lubo podwiązka metaliczna często zostawała w po-

dobnych warunkach? Na to trudno nam dać dostateczną odpowiedź (1).

(1) W literaturze odszukałem zaledwie kilka przypadków znalezionej wiwianitu w organizmie zwierzęcym i ludzkim. Dr. Schlossberger pierwszy podał do ogólnej wiadomości fakt znalezienia jego w organizmie zwierzęcym (Müllers Archiv 1847, str. 221—224). Schlossberger napotkał go w żołądku strusia w tém miejscu, gdzie leżała półknięta igła i wtedy zrobił przypuszczenie, że siny mocz, mleko i ropa zapewne zawdzięczają swoją nową barwę obecności tego ciała. Przytoczył również dane posinienia mięśni w miejscu zetknięcia się ropy z żelazem. W krótko potem Haidinger i Prof. Niclès z Nancy znaleźli w kościach wiwianit, pochodzący z zewnątrz. Roku 1848 Virchow widział przesiąknięte tém ciałem warstwy nie tylko zewnętrzne, ale i wewnętrzne kości szkieletu wykopanego w górnym Szlązku. Późniejsze i dokładniejsze dane udzielił Prof. Friedreich (Virch. Arch. T. X. str. 203). Tenże trafił przypadkowo na to ciało w płucach trupa warjatki; w płucach jednocześnie były ciała amyloidowe, za które z początku je poczytał. Ale posinienie za wpływem powietrza wskazało mu różność natury znalezionych ciał. Chemiczne badania przez Scherer'a zrobione oznaczyły właściwą istotę ciała. Zjawisko to, obecność wiwianitu w zdrowych płucach, w ich mięszu, nie jest dokładnie wyjaśnione. Fیزیologyści twierdzą, że żelazo w kulkach krwi jest w formie tlenku a nawet fosforanów. Prof. Grohé (?) podał do wiadomości, że napotkał wiwianit w wątrobie. W naszym przypadku nie znaleźliśmy tlenku fosforowego, co zależy, może od tego, że powietrze swobodnie działało w czasie ropienia, niemniej, że preparat długo leżał w spirytusie. Jakim sposobem powstał on w naszym przypadku, czy pod wpływem ropy lub krwi wyznaczynionój? Oto zresztą okoliczności, które poprzedziły powstanie wiwianitu: psu miano zastrzyknąć do żyły zasadowy

roztwór hematokrytaliny, ale przypadkiem koniec strzykawki trafił zamiast w światło, w ściankę naczynia, i znaczna masa tam zastrzyknięta została; zaraz potem podwiązano to miejsce nitką żelazną. Czyby to miało jaki wpływ na powstanie wianitu? trudno powiedzieć. Przedmiot ten potrzebuje nowych badań.

(Dalszy ciąg nastąpi).

POGLĄD KRYTYCZNY

NA OBECNE STANOWISKO

FIZYOLOGII I PATOLOGII NERWÓW ZWOJOWYCH.

skreślił Dr. **Konstanty Karwowski**.

(Dalszy ciąg z Tomu XLVIII Pamiętnika).

Doświadczenia te dowiodły, iż po wycięciu po cząstce z obu nerwów błędnych trawienie w żołądku zupełnie się wstrzymuje. **Breschet** i **Milne-Edwards** powtórzyli te doświadczenia z takimże skutkiem: po przecięciu nerwów błędnych znajdowali pokarmy w żołądku tylko lekko zmienione na powierzchni. Podobnie wypadki otrzymali **Tiedemann** i **Gmelin**, **Dieckhof** i **Joh. Müller**.

Jeśli teraz będziemy szukać przyczyny tych zmian w trawieniu, po przecięciu nerwu błędnego powstających, to pokaże się, że one są wywołane porażeniem włókien nerwu błędnego, pochodzących ze zwojów paracierzowych i sympatycznych. Nerw błędny składa się

z włókien czucia i ruchu dowolnego i z włókien zwojowych pacierzowych i sympatycznych. Do żołądka dochodzi mała ilość włókien czucia i ruchu, a tylko głównie włókna zwojowe; po zniszczeniu więc wpływu tych włókien powstają zjawiska wadliwości w sferze ruchów mimowolnych i chemicznych procesów, jakie mają miejsce w żołądku: pierwsze z nich powstałe w skutek porażenia włókien sympatycznych ze zwojów szyjowych i górnych piersiowych, drugie zaś w skutek porażenia włókien zwojowych w samym zwoju nerwu błędnego zrodzonych.

Zasługują tu również na uwagę zjawiska dowodzące wpływu systemu nerwów zwojowych na wydzielanie moczu. Chcąc się tego dowiedzieć, Joh. Müller i Peipers przewięzywali naczynia nerkowe u psów i owiec tak silnie, że przez to i nerwy ujęte w ligaturę ulegały mortyfikacji. Następnie zdejmowano ligaturę, i krążenie krwi w naczyniach nerek wracało do normy. Pomimo to jednak następowały zmiany w moczu, który zawierał w sobie krew i białko, a mocznika, kwasu moczowego i fosforanów wcale nie zawierał; po dłuższym zaś przeciągu czasu wydzielanie moczu zupełnie ustawało i następowało rozmiękczenie nerek.

Przecinając nerw błędny, czy też nerw nerkowy, przecina się zarazem i włókna zwojowe z nim złączone. W zjawiskach więc po przecięciu tych nerwów powstałych trzeba odróżnić, które od jakiego systemu nerwowego zależą.

Wiemy już, że ośrodki nerwowe, jak mózg i rdzeń pacierzowy, żadnego nie wywierają wpływu na odżywianie tkanek i kurczliwość mięśni mimowolnych. Zjawiska więc wyżej wspomniane do sfery nerwów zwojowych zaliczamy.

Pam. T. L. W. Tom XLIX.

wych odnieść potrzeba: z tych zjawiska w sferze odżywiania—do nerwów zwojowych pacierzowych, w sferze zaś kurczliwości naczyń i mięśni mimowolnych—do systemu sympatycznego.

Na początku części fizyologicznej téj pracy wspominałem o doświadczeniach robionych nad nerwami sympatycznymi na szyi u królika i kota. Doświadczenia te, robione najprzód przez Pourfoura du Petit, powtórzone następnie przez Brescheta, Brown Sequarda, Biffego, Rueta i Cl. Bernarda, dowiodły wpływu nerwów sympatycznych na kurczliwość tęczówki i naczyń oka. Cl. Bernard szczególnie robił wiele doświadczeń nad gałązką szyjową nerwu sympatycznego; wielu z tych doświadczeń sam byłem świadkiem w Collège de France. Za wieleby miejsca zajęło wszystkie te doświadczenia tu przytoczyć, opowiem więc tylko w krótkości, jakie bywały ich rezultaty.

Po przecięciu gałązki szyjowej nerwu sympatycznego zawsze miało miejsce bardzo ciekawe zjawisko podwyższenia temperatury odpowiedniego ucha o 4 do 5 stopni Centigr. Toż samo następowało po wyłuszczeniu węzła sympatycznego górnego. W całej okolicy, mającej tak temperaturę podwyższoną, krążenie krwi stawało się czynniejszém, co się daje widzieć bardzo wyraźnie na uszach królika. Następnym jednak dni po operacji krążenie krwi staje się powolniejszém, chociaż temperatura ciągle się w jednym stopniu utrzymuje. To podwyższenie temperatury ma miejsce nie tylko na powierzchni ciała, ale i w częściach głęboko leżących, jak w jamie czaszkowej i samej substancji mózgu. Krew z tych części pochodząca ma temperaturę wyższą od normalnej. Wszystkie tu opisane zjawiska ustają przy elektryzowaniu

części obwodowej przeciętego nerwu; co większa, że, przez dłuższy czas w ten sposób na koniec przeciętego nerwu działając, można otrzymać zjawiska zupełnie przeciwnie, to jest doprowadzić temperaturę do zniżenia niżej normy. Daje się tu spostrzegać jeszcze jedno zjawisko dowodzące sympatii wzajemnej zwojów sympatycznych, a mianowicie, że wtedy, gdy temperatura jednej połowy głowy po przecięciu nerwu sympatycznego się podwyższa, w tymże samym czasie temperatura drugiej połowy się zniża, i to o tyle o ile pierwsza się podniosła: tak, że zawsze summa stopni temperatury jednej i drugiej połowy dodanych do siebie, podzielona przez dwa, daje temperaturę normalną. Zasługuje również na uwagę, że część mająca temperaturę podwyższoną po przecięciu nerwu sympatycznego, tak *np.* ucho u królika, w szczególny sposób opiera się wpływowi temperatury zewnętrznej. I tak, jeśli królika po wyłuszczeniu mu zwoju sympatycznego lewego szyjowego umieścimy w temperaturze wyższej niż temperatura ciała, to temperatura prawej połowy głowy wkrótce się podwyższy, gdy tymczasem lewa żadnej zmiany nie ulegnie. To się spostrzega jeszcze wyraźniej, umieściwszy operowane zwierzę w temperaturze niskiej; wtedy prawe ucho będzie bardzo prędko stygnąć, gdy tymczasem lewe uporczywie swój ciepłik zachowuje. W takim razie temperatura jednego ucha różni się od temperatury drugiego często o 10 — 12° C. Jeżeli takie zwierzę będzie powolną śmiercią konać, to również okolica ciała, mająca nerw sympatyczny przecięty, daleko dłużej zatrzymuje ciepłik, niż część zdrowa; tak, że wtedy, gdy okolica nie operowana zupełnie już ostygła, okolica operowana jeszcze posiada znaczną ilość ciepłika. Że zjawiska te mogą być wywołane tylko

przecięciem nerwu sympatycznego, to o tém Cl. Bernard przekonał się zapomocą doświadczeń porównawczych, których rezultaty były następujące:

1. Przecięcie nerwu czucia, oprócz utraty czucia, sprowadza niżenie temperatury odpowiedniej części ciała.

2. Przecięcie nerwu ruchu sprowadza utratę ruchu i również niżenie temperatury.

3. Przecięcie nerwu sympatycznego nie sprowadza żadnych zjawisk w sferze ruchu i czucia, ale sprowadza podwyższenie temperatury operowanej części.

4. Przecięcie gałęzi nerwowej mięszanėj, zawierającėj w sobie włókna ruchu, czucia i sympatyczne, sprowadza potrójne zjawisko utraty ruchu, czucia i podwyższenia temperatury. Podwyższenie temperatury w tym razie będzie tylko mniej znaczne, gdyż będzie przeciwważone niżeniem tejsze temperatury, spowodowaném przez przecięcie nerwu czucia i ruchu.

5. Podwyższenie więc temperatury w tych razach jest wywołane przecięciem odpowiedniego nerwu sympatycznego.

Dla czego przecięcie nerwu sympatycznego sprowadza podwyższenie temperatury odpowiedniej części, na to trudno jeszcze odpowiedzieć. Przez sparalizowanie naczyń, rozszerzanie się ich i przepelnianie krwią to się nie daje dostatecznie objaśnić; gdyż po upływie kilku dni po operacyi naczynia się zwązają, a temperatura przytém ciągle zostaje jeszcze podwyższoną. Cl. Bernard w lekeyach swych z 1858 roku dowiódł, że czynność ogrzewania ciała ma miejsce w naczyniach włoskowatych, gdyż, czy to w stanie normalnym części jakiejś, czy też po przecięciu odpowiedniego nerwu sympatycznego, temperatura krwi żylnėj, to jest wychodzącėj

z naczyń włoskowatych, wyższą jest zawsze od arteryjalnej czyli wchodzącej. Jasna rzecz, że ten nabytek ciepła miał miejsce w naczyniach włoskowatych, i był spowodowany przyspieszoną organiczną metamorfozą, przyspieszonym żywieniem. To zaś przyspieszone żywienie nie zależy li tylko od rozszerzonych naczyń i przybywającej większej masy krwi, bo i przy zwężonych naczyniach podwyższenie temperatury danej części może mieć miejsce. Tak, po przecięciu piątej pary nerwów, błona łączna oka zaczerwienia się, naczynia jęj się rozszerzają; tymczasem temperatura tęg części nie tylko, że się nie podnosi, ale nawet obniża. Słowem, podwyższenia temperatury w podobnych razach nie można wytłómaczyć porażeniem tętnic, ale trzeba wyznać razem z Cl. Bernar-dem, iż w tym razie zawsze ma miejsce proces czynny. To podwyższenie temperatury pochodzi z podniesionej czynności żywotnej, dla tego też część taka tak silnie się opiera wpływowi działaczy zewnętrznych, a nawet po ustaniu życia długi czas zachowuje swoją temperaturę.

Na dowód tego twierdzenia, że to chemiczny proces wywołuje podwyższenie temperatury danej części, mamy jeszcze następujące doświadczenie Cl. Bernar-da. Podwiązywał on w danej okolicy ciała żyły, nie tykając tętnic; w skutek czego następowała staza i temperatura części zniżała się. Przecinał następnie odpowiednią gałąź nerwu sympatycznego, w skutek czego następowało podniesienie się temperatury. Jeżeli zaś podwiązał tętnice, a żyły pozostawił nienaruszone, wtedy tętnice nad podwiązaniem opróżniały się ze krwi, temperatura części operowanej zniżała się, i przecięcie nerwu sympatycznego nie sprowadzało już jęj podwyższenia; po-

chodziło to ztąd, że w tym razie brakowało materiału, który do żywienia służy i w naczyniach włoskowatych chemicznej metamorfozie ulega, to jest krwi arteryalnej.

Dla czego zniszczenie wpływu nerwu sympatycznego sprowadza podniesienie żywotności z podwyższeniem temperatury odpowiedniej okolicy? Cl. Bernard na to odpowiada, że w obecnym stanie nauki nie może sobie dostatecznie tego zjawiska objaśnić; wypływa tylko z tego, że układ nerwowy sympatyczny rządzi ogrzewaniem ciała. Ja się ośmielam sobie to zjawisko tłómaczyć w sposób następujący.

Biorąc na uwagę doświadczenia przez różnych fizyologów a szczególnie Ax-mana nad nerwem zwojowo-pacierzowym robione, można bardzo przypuścić, że ten układ nerwowy rządzi żywieniem ciała, i procesami chemicznymi mającemi w nim miejsce; układ zaś zwojowo-sympatyczny rządzi kurczliwością naczyń i mięśni mimowolnych. Dwa te układy nerwowe zostają wzajemnie między sobą w pewnym związku i antagonizmie. Wpływ jednego miarkuje się wpływem drugiego, i wzajemnie się wspierając, utrzymują pewną równowagę żywotną, która też stanowi normalny stan organów pojedynczych składających nasze ciało, czyli prawidłowe życie naszego organizmu. Możemy to jaśniej wytłómaczyć za pomocą doświadczeń robionych przez Cl. Bernarda nad gruczołem ślinnym podszczękowym, które najwyraźniej ten antagonizm wykazują. Przy doświadczeniu tém sam kilkakrotnie byłem obecny.

Było to w roku 1858. Cl. Bernard, dochodząc przechodzenia przez nerki różnych ciał organicznych i nieorganicznych, spostrzegł, że krew płynąca w żyłę nerkowej bywała jużto czarna, jużto czerwona. Zastanawiając

się bliżej nad tém, zauważał, że kolor czarny ma miejsce wtedy, kiedy mocz się z nerek nie wydziela; jak tylko zaś w ureterze odpowiednim mocz się pokazuje, natychmiast kolor krwi żyły nerkowej staje się czerwony. Następnie okazało się, że podobne zjawisko ma miejsce i w innych gruczołach, a mianowicie zostaje ono w związku ze stanem gruczoła. Każdy gruczoł ma dwojaką funkcją, a mianowicie: wyrabianie płynu jemu właściwego i następnie wydzielanie tegoż płynu. Otóż okazało się, że, gdy gruczoł wyrabia, wtedy krew w żyłach jego płynąca jest czarna, kiedy zaś zaczyna wydzielać, wtedy krew w jego żyłach przybiera kolor czerwony. Obie zaś te funkcje zostają pod wpływem szczególnych nerwów. Weźmy u psa gruczoł ślinny podszczękowy, który ma w swój substancji dwa rodzaje nerwów: gałązkę idącą od gałęzi językowej nerwu trójdzielnego i drugą pochodzącą od węzła szyjowego nerwu sympatycznego. Każdy z tych nerwów ma szczególny wpływ na funkcje gruczoła i kolor krwi. I tak widzimy, że, kiedy gruczoł wydziela (nie wyrabia) ślinę, co można sprowadzić sztucznie, podrażniwszy język kroplą octu, to krew w jego żyłach staje się czerwoną. Ta zmiana koloru krwi żylniej zostaje pod wyraźnym wpływem gałązki nerwu językowego, jeśli bowiem ją się przetnie, to zjawisko to wcale nie ma miejsca, a gdy przecięty koniec będziemy elektryzować, to gruczoł zacznie znowu wydzielać i krew w żyłach przybiera kolor czerwony. To zjawisko, że po przecięciu nerwu językowego krew w żyłach pozostaje ciągle czarną, ma miejsce nie dla tego, że przecięty nerw nie działa, ale że działa wtedy gałąź nerwu sympatycznego, bo gdy tę gałązkę przetniemy, to krew w żyłach zaraz przybiera kolor czerwony, i będzie

go zachowywać i w czasie wydzielania z gruczołu ślinny. Jeśli będziemy elektryzować koniec przeciętego nerwu, to krew w żyłę z robi się czarną i wydzielanie ustaje; przestajemy elektryzować, to zaraz wydzielanie znowu się poczyna, i krew żył staje się czerwoną. Należy więc przypuścić w każdym gruczole dwa rodzaje nerwów, jedne z nich które się mieszczą w mięszu gruczoła, a drugie idące tylko do naczyń; te drugie są to nerwy zwojowe sympatyczne. Gruczoł, kiedy wyrabia płyn jemu właściwy, znajduje się pod wpływem nerwu zwojowego sympatycznego, który ma własność zwięzania naczyń, przez co krew arteryalna przez dostateczny czas znajduje się w zetknięciu z tkankami gruczoła, dla odbycia procesu chemicznego zmieniającego jój kolor z czerwonego na czarny.

W razie, gdy działa nerw drugiego rodzaju, jak w gruczole ślinnym podszczękowym nerw językowy, wtedy gruczoł wydziela, wyrabianie ustaje, naczynia się rozszerzają, krew krąży z nadzwyczajną szybkością i zostaje przez czas zbyt krótki w zetknięciu z elementami organu, ażeby pod ich wpływem doznać zmian chemicznych, i wychodzi taką, jaką przyszła. Takie przypuszczenie podał w swych lekcyach Cl. Bernard. Nie można jednak utrzymywać na pewno, żeby w drugim razie, to jest gdy działanie nerwu sympatycznego w gruczole ustało, krew przepływająca przez ten gruczoł żadnym zmianom chemicznym nie ulegała, krew ta bowiem, dostawszy się do żyły czerwoną, przepłynąwszy nie wielką przestrzeń, staje się znowu czarną. Professor Cl. Bernard sam to następnie zauważył, i przyznał, iż być może, że w drugim razie krew, jakkolwiek szybko przepływa, doznaje jednak pewnych zmian, których następ-

stwa, jak zmiana koloru, mogą mieć miejsce dopiero po upływie pewnego czasu. W ten sposób krew, szybko płynąc, nie zmienia swego koloru, aż dopiero na zewnątrz gruczoła w żyłach; krew zaś powoli płynąca ma dosyć czasu do odbycia tego procesu chemicznego, gdy się znajduje jeszcze w samym gruczole. Ztąd wypada, że w tym drugim razie będzie pewna chwila, w czasie której krew w żyłe gruczoła płynie czerwona, tylko czernieje nie dostawszy się jeszcze na zewnątrz (1). Ztego wszystkiego zdaje się dosyć widoczną rzeczą wpływ nerwów zwojowych na stan gruczołów w stanie ich fizyologicznym; pokazuje się również, że cierpienia węzłów sympatycznych samych, jakoteż przeszkody jakiebądź i zkądbydz pochodzące w odbywaniu ich czynności wpływają na zmiany funkcyi w gruczołach i mogą wywoływać ich stan patologiczny.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

(1) Chociaż tak znaczna ilość krwi arteryalnej dostaje się do żył niezmienioną, krew jednak dochodząca do płuc jest zawsze czarną. Pochodzi to ztąd, że największa masa krwi żylniej pochodzi z mięśni, gdzie zjawisko zakolorowania ma miejsce w ten sposób, że gdy mięsień działa, to jest skraca się, krew w jego żyłach staje się czarną, i przeciwnie. Naturalna więc rzecz, że, gdy mięśnie są prawie ciągle w stanie działania, to taka masa krwi czarnej, dostarczona do żył przez mięśnie, nie zmienia swego koloru przez domieszanie do niej niewielkiej ilości krwi czerwonej z żył gruczołów.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 18 Listopada 1862 r.

(Prezes p. Kulesza).

Obecni jako goście pp. Radziszewski i Broniewski.

Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

P. Bącewicz zdał sprawę pod względem lekarskim ze swój tegorocznój podróży za granicę.

Salzbrunn zdaniem kol. Bącewicza z powodu ciągłych wiatrów i chłodnego w ogóle powietrza niestosowném jest miejscem pobytu dla osób chorujących na narządzia oddychania. W szczególności suchotnikom, mającym puls rozdrażniony i od czasu do czasu krwią płucie, lekarze miejscowi nie dają nawet tamtejszój wody mineralnój, chyba 2 do 3 łyżek na dzień i przytém nabiał (serwatkę, mleko ośle) wątpliwego po części pochodzenia. Takich chorych lepiej jest posyłać (jeśli zamożniejsi) do cieplejszych krajów, do Meran, do Szwajcaryi, albo, jeśli idzie o picie wód, do Szczawnicy.

Suchotników bez eretyzmu pulsu i krwią nie plujących radzi kol. Bącewicz wysyłać raczój do Ems, z tém zaleceniem,

żeby nie pili źródła Kesselbrunn, które jako ciepłe wywołuje krwotoki płucne.

Niestosowną jest wręście kuracya w Salzbrunn w chronicznych katarach oskrzelowych. zwłaszcza w wieku pode-szłym, w chrypkach bez podejrzenia gruźlicy i t. d.; u takich chorych skuteczniejszemi się okazują wody ciepłe *np.* Emskie.

Co się zaś tyczy kąpeli morskich w Trouville pod Hâ-vrem, zwiedzonych również w tym roku przez kol. Bącewicza, miejsce to, niedogodne pod każdym względem, na pochwałę nie zasługuje.

P. K a r p i ń s k i, wspomniawszy o dotkliwym u nas od lat wielu braku nowój formakopei krajowej, zwrócił uwagę na dwojaki sposób otrzymywania winianu żelaza i potażu (Ferro-Kali tartaricum). Według pierwszego przepisu przez wytra-wienie proszku żelaznego z winianem potażu (cremor tartari depur.) otrzymuje się rozczyn czarno zielonawy. Drugi spo-sób, francuzki, polega na tém, że tlenik żelaza otrzymany przez strącenie chlorniku żelaza potażem lub ammonią, wy-trawia się z takimże winianem potażu. Ten ostatni sposób, zdaniem p. Karpińskiego zasługuje na pierwszeństwo, prze-twór bowiem tą drogą otrzymany ma skład pewniejszy, i lepiej smakuje.

Następnie mówił pan Karpiński o różnicy gliceryny czy-stej (której drachma kosztuje 20 groszy) od nieczyszczonój, zawierającój chlorki (drachma 6 gr.) i o potrzebie wzmianko-wania na recepcie, którego z dwóch przetworów żąda lekarz.

P. S z o k a l s k i zrobił uwagę, że gliceryna *nieczysta*, jako gryząco działająca na oko, nie powinna być używana do maści wprowadzać się mających na wewnętrzną powierzchnią powieki, w którychto maściach krochmal rozgotowany w gli-cerynie bardzo dogodną, bo we łzach rozpuszczalną stanowi podstawę (maść Simona).

P. K a r p i ń s k i dodał, że nie ma jeszcze stałego prze-pisu na maść glicerynową; że maść ta nie daje się długo prze-chowywać, bo po kilku dniach staje się wodnistą; wspomniał wręście, że maść *ex hydrargyro praecipitato rubro*, która w ogóle potrzebowałaby być przechowywaną w naczyniach

ciemnych, daleko prędzej zmienia swą barwę na powierzchni, gdy jest przygotowaną z maści glicerynowej, a to zapewne z powodu większej przezroczystości takiej maści, a zatem ułatwionego działania światła.

P. R a d z i s z e w s k i odczytał opisanie przypadku poderżnięcia szyi, wyleczonego w Szpitalu Śgo Rocha.

P. L e B r u n uczynił z tego powodu praktyczne uwagi i wytknął niektóre niedokładności opisu.

Następnie p. B ą c e w i c z wspomniał o przytoczonym w Pamiętniku Towarzystwa Lekarsk. za miesiąc Wrzesień r. b. przypadku otrucia się chloroformem i wyraził zdanie, że w przypadku tym, z powodu wyraźnych znaków napływu krwi do mózgu, przystawienie pijawek do nosa i bąniek na karku było wyraźnie wskazane.

W dalszym ciągu rozpraw o panującej obecnie ospie, rozpoczętych na poprzedniem posiedzeniu, p. H e l b i c h na poparcie swego zdania o wybitnej różnicy warioloidów od ospy rodniej przytoczył spostrzegany w tych czasach przez siebie przypadek, w którym dziewczyna, nie szczepiona krowianką, przebyła wyraźne warioloidy.

P. K r y s z k a mówił o przypadku, w którym po przebytych warioloidach przyjęła się ospa ochronna, i z własnego doświadczenia szpitalnego bardzo zachwalał w ospie zimne okłady na twarz, często odmieniane, które łagodzą przebieg wysypki na twarzy, zmniejszają znacznie gorączkę i nawet mają zapobiegać septikemii.

P. M a r k u s f e l d przypomniał, że już H u f e l a n d okłady zimne w wysypce ospowej zachwalał jako zapobiegające znacznym bliznom następnym.

P. H e l b i c h smarowanie twarzy tynkturą jodową (dwa razy na dzień) uważał za sposób łatwiejszy i mniej przykry, do tegoż celu prowadzący.

P. L e B r u n widział tynkturę jodową bezskutecznie użytą, co się zaś tyczy zimnych okładów płatami w wodzie maczanymi, zwracał uwagę na trudność ich zastosowania w szpitalach z powodu nieustającego dozoru nad chorym niezbędnego w takich razach.

P. N a t a n s o n w kwestyi różnicy ospy od warioloidów wyraził zdanie, że i przed zaprowadzeniem ospy ochronnej bywały przypadki ospy ciężkie i łagodniejsze Krowianka modyfikuje ospę, sprawia, że krosty mniejszą mają skłonność do ropienia, ztąd też i mniejsza bywa skłonność do wessania i do wtórnej gorączki. Rozróżnienie dwóch wybitnych form chorobnych: ospy rodniej i warioloidów czynione bywa przez lekarzy mających na względzie tylko formy krańcowe; pomiędzy zaś temi krańcami są formy przechodnie, o których trudno jest powiedzieć, czy należą do ospy rodniej, czy do warioloidów.

P. H e l b i c h przypomniał wybitne cechy, na których opiera rozróżnienie warioloidów od ospy rodniej, jako dwóch całkiem odrębnych chorób, a mianowicie *w ospie rodniej* porządek w występowaniu wysypki, począwszy od twarzy aż do palców kończyn dolnych, brak powtórnych wysypek na częściach ciała już wysypką pokrytych, brak poprzedzającego jednostajnego zaczerwienienia skóry, silne oszpecenia bez następnej skłonności skóry do zaczerwienień; *w warioloidach* zaś wysypka od razu na całym ciele występująca, następne wysypki na tychże częściach ciała nie dochodzące do dojrzałości, poprzedzające wysypkę jednostajne zaczerwienienie skóry, brak oszpeceń i skłonność skóry następna do zasinień.

P. N a t a n s o n nie zgadzał się na różnicę opartą na poprzedzającym jednostajnym zaczerwienieniu skóry lub braku tegoż. Co do porządku występowania wysypki w ospie, był zdania, że takowy wyraźnym jest tylko w przypadkach typowych; oprócz tych zaś zdarzają się przypadki ospy z niewątpliwą gorączką wtórną, a jednak z nieregularnym postępem wysypywania się i te bywają najniebezpieczniejsze. Wreszcie różnice zachodzące między ospą rodnią a tak zwanemi warioloidami porównywał p. Natanson z odmianami zdarzającemi się w przypadłościach innych wysypek ostrych, np. szkarlatyny, której pewne epidemie połączone są nieodłącznie z zapaleniem zgorzelowem gardła, w innych zaś epidemiach brak go całkiem.

Nakoniec p. J a n i k o w s k i (Andrzej), odesławszy do rozpraw jakie w tymże przedmiocie przed kilkunastu laty w łonie

Towarzystwa toczyły się między nim i kol. Dworzaczkiem z jednej, a kol. Helbichem z drugiej strony (1), na poparcie zdania swego, przeciwnego zupełnej odrębności i różnicy ospy rodniej od warioloidów wspomniał o przypadkach ospy łagodnych, jakie już przed zaprowadzeniem szczepienia krowianką zdarzały się, i przycisk położył na ten ważny fakt, że warioloidy nigdy nie panują odrębnie, bez ospy rodniej, ale zawsze równocześnie z takową.

(1) Patrz Pam. Tow. Lek. Warszawskiego z roku 1847. T. XVIII, str. 131 i następ.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 2 Grudnia 1862 r.

(Prezes p. Kulesza.)

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia,

P. Le Brun opowiedział historiją chorój, którą przedstawił kolegom. Chora ta, lat 20 i kilka licząca, od lat blisko 10ciu cierpiąca na ból w żuchwie lewój, przed kilkunastu miesiącami przybyła do Szpitala Dzieciątka Jezus z obrzękłością potworną lewój połowy szczęki dolnej wyrównyującą wielkości główki dziecięcój. Bliższe śledzenie okazało, że obrzękłości téj przyczyną był wyrzynający się tak zwany ząb mądrości, który na średniej części utworzonego ropnia przesunął się był aż na przód żuchwy. Przed 3 1/2 tygodniami p. Le Brun uskutecznił na téj chorój w klinice chirurg. operacją wyluszczenia lewój połowy żuchwy. Prędkie bardzo zagojenie ran operacyjnych, o któróm obecni koledzy naocznie przekonać się mogli, przypisuje p. Le Brun w znacznej części użytym szwom z drutu żelaznego. Guz wyluszczoney okazał się, według śledzenia Dra Brodowskiego, kankroidem. Przy téj sposobności wspomniął pan Le Brun o podobnej wykonanej przez niego przed kilkoma laty operacyi, po którój w prawdzie zagojenie równie prędko nastąpiło, ale z powodu złośliwości guza zejście było śmiertelne.

P. Chwa t zdał sprawę z operacji pokruszenia kamienia moczowego, głównie z fosforanu wapna złożonego, przeszło cał średnicy mającego, którą wykonał przed niedawnym czasem u chorego lat 18 liczącego i okazał kawałki wydobytego skruszonego kamienia, tudzież przedstawił operowanego, który obecnie zdrow jest zupełnie.

Następnie opowiedział o chorój, lat 26 liczącój, która przybyła do Szpitala Starozakonnych z silną zanogcią (pararitium) dużego palca prawej ręki. Ręka i przedramię były nabrzmiące, na przedramieniu znajdował się wrzód zgorzelo- wy. Dolna część kości łokciowej (ulna) była całkiem odsło- nięta, poruszająca się, a po zrobieniu cięcia podłużnego z ła- twością udało się oddalić w całej długości tę kość łokciową, którą też kolegom p. Chwa t okazał. Że jednak i kość pro- mieniowa była u dołu z okostnej ogołoconą, i staw łokciowy nieco nadwerężony, więc koledzy w szpitalu doradzali odjęcie człon- ka całego powyżej stawu łokciowego, do czego wszakże p. Chwa t nie dał się skłonić. Przez czas niejaki z powodu ropniów tworzących się na dolnych kończynach i ogólnego upadku sił rokowanie było wątpliwe, jednakże w końcu odżywianie stoso- wnemi środkami podtrzymywane poprawiło się, a po odłu- szczeniu się powierzchownych blaszek kości promieniowej i po zapełnieniu miejsca oddalonej kości łokciowej twardemi gra- nulacjami, chora jest bliska zupełnego wyzdrowienia. Ruchy w stawach łokciowym i ręki, lubo ograniczone, są jednak mo- żliwe.

Prezes przedstawił potrzebę wyznaczenia komitetu do przejrzenia rocznych rachunków i kassy Towarzystwa.

Sekretarz stały (p. Szokalski) wniosł, aby komitet w tym celu wyznaczyć się mający zajął się też przejrzeniem rachunków Kassy wsparcia lekarzy, tudzież rozpatrzeniem projektów zmian w Ustawie Towarzystwa w ciągu ubiegłego roku czynionych; na co się Towarzystwo zgodziło, a do komitetu prócz Sekretarza stałego i dorocznego powołani zostali pp. N a t a n s o n , K r y s z k a i L a n g o w s k i .

Następnie *Sekretarz stały* doniósł o nadesłanych wosta- tnim czasie sprawozdaniach ze Szpitalów prowincjonalnych
P. T. L. W. Tom XLIX.

w przedmiocie uszkodzeń powodowanych maszynami rolniczymi; a w końcu posiedzenia zdał sprawę z nadesłanego Towarzystwu przez Dra K o s i ń s k i e g o w Warszawie opisu wykonanej przez niego z dobrym skutkiem operacji plastycznej (uranoplastice) w przypadku przedziurawienia podniebienia twardego.

Towarzystwo uchwaliło podziękować autorowi za nadesłaną pracę i ogłosić ją w Pamiętniku Lekarskim.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 23 Grudnia 1862- r.

(Administracyjne).

(Prezes p. *Kulesza*).

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

Odczytano i sprawdzono listę członków czynnych, honorowych, przybranych i korespondentów Towarzystwa.

P. *Łuczkiwicz* w imieniu komitetu rewizyjnego (koll. *Langowski*, *Kryszka*, *Natanson*, *Łuczkiwicz*, *Szokalski* i *Stanisław Janikowski*) odczytał sprawozdanie z odbytej rewizji kassy Towarzystwa, tudzież kassy wsparcia podupadłych lekarzy; przedstawił następnie w imieniu tegoż komitetu proponowany na rok przyszły budżet Towarzystwa, który przyjęty został; wreszcie odczytał projekt kontraktu zawrząc się mającego z księgarzem *Celsem Lewickim* o wydawnictwo nadal *Pamiętnika Towarzystwa*: przyjęcie kontraktu tego, z powodu zastrzeżenia przez Towarzystwo niektórych zmian, odroczone do następnego posiedzenia.

W końcu postanowiono, aby najbliższe posiedzenie przeznaczone było na wybory urzędników i na roztrząsanie projektów zmian w *Ustawie Towarzystwa*.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 8 Stycznia 1863 r.

(Prezes p. Kulesza.)

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

Złożono dla Biblioteki Towarzystwa:

1. Dra Wł. Sciborskiego Krótki rys historyczny chorób zaraźliwych i epidemicznych w Polsce do końca XVIII wieku. Warszawa 1861, w 8-ce, str. 31, (odb. z Pamiętnika T. L. W. z dnia 15 Lutego 1861).

2. *Tegoż* Rady dla matek zachowania się podczas ciąży, porodu i położu. Warszawa 1863, w 16-ce, str. 55.

3. Dra Gregorowicza Hygiena kobiet i dzieci. Warszawa 1861. Tom I, poszyt 1 — 6, str. 192.

Z kolei przystąpiono do wyboru urzędników na rok 1863, w skutek czego większością głosów obrani zostali:

Prezesem p. Natanson,

Vice-prezesem p. Dorantowicz,

Sekretarzem dorocznym, oraz Redaktorem głównym Pamiętnika Towarzystwa p. Stanisław Janikowski.

Wreście, po oświadczeniu p. Łuczkiewicz, że obecnie zatrudnienia nie pozwalają mu nadal zajmować się biblioteką Towarzystwa, na bibliotekarza powołany został p. Wilhelm Lubelski.

Następnie Prezes i pp. Chałubiński i Szokalski proponowali p. Mianowskiego, Rektora Szkoły Głównej Warszawskiej, na honorowego członka Towarzystwa. Jakkolwiek obecni członkowie, oceniając zasługi położone przez byłego Profes. Akademii Wileńskiej, niegdy Asystenta przy Jędrzeju Sniadeckim, oświadczyli gotowość dopełnienia niebawem wyboru przez akklamacyą, jednakże z powodu wyraźnego brzmienia Ustawy wybór przez głosowanie odłożono do najbliższego posiedzenia.

W końcu posiedzenia przystąpiono do balotowania na dwóch nowych członków, w skutek którego wybrani zostali większością głosów:

P. Karol Kaczkowski członkiem czynnym i pan Chałowski w Kutnie członkiem korespondentem Towarzystwa.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 13 Stycznia 1863 r.

(Prezes p. Ludwik *Natanson*).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

Prezes powitał pierwszy raz obecnego nowego członka Towarzystwa, p. Karola K a c z k o w s k i e g o, i wniósł, aby Towarzystwo złożyło podziękowanie wychodzącym urzędnikom Towarzystwa, a mianowicie pp. Kuleszy, Groerowi, Dybkowi i Łuczkiwiczowi, za gorliwe z ich strony pełnienie obowiązków.

Wniosek ten jednoznacznie przyjęty został.

Następnie, w dalszym ciągu dorocznych wyborów, w *komitecie kassy wsparcia podupadłych lekarzy* zatwierdzeni zostali na rok bieżący dotychczasowi członkowie z łona Towarzystwa wybrani, a mianowicie pp. B ą c e w i c z, Helbich i J a n i k o w s k i (Andrzej), na miejsce zaś p. N a t a n s o n a, terażniejszego prezesa, (1) powołany został p. Libchen; z lekarzy nie członków Towarzystwa ponownie do komitetu tego wybrano pp. Chlebońskiego i Podowskiego.

(1) Prezes Towarzystwa Lekarskiego, równie jak vice-prezes, podskarbi i sekretarz stały należą z urzędu do komitetu kassy wsparcia. (Ustawa kassy wsparcia podupadłych lekarzy, § 10).

Do komitetu redakcyjnego Pamiętnika Towarzystwa powołani zostali koledzy Baranowski, Hoyer, Konitz i Szokalski.

PP. Helbich i Le Brun przedstawili jako kandydata na członka czynnego Towarz. Dra Konstantego Rosé, którego praca p. n. „O tonie i szmerze diastolicznym“ była drukowana w Pamięt. Towarz. wr. 1860, T. XLIV, str. 363—398.

Wreście przystąpiono do balotowania na proponowanego na poprzedniem posiedzeniu członka honorowego, w skutek czego jednomyślnością głosów Dr. Józef Mianowski, Rektor Szkoły Głównej Warszawskiej, obrany został członkiem honorowym Towarzystwa.

Następnie Towarzystwo uchwaliło odnowienie czynności komitetu chorób epidemicznych, do którego z obowiązku należą naczelnicy lekarze szpitalów, będący członkami Towarzystwa. Posiedzenia komitetu odbywać się będą raz na kwartał, w dniach 10 Stycznia, 10 Kwietnia, 10 Lipca i 10 Października. W roku bieżącym wyjątkowo posiedzenie pierwszego kwartału naznaczono na dzień 10 Lutego.

Do komitetu słownictwa, złożonego z pp. Helbicha, Kuleszy, Langowskiego, Lubelskiego, Łuczkiwicza, Natansona i Szokalskiego zaproszono jeszcze kol. Tyrchowskiego.

Prezes przypomniał o komitetach w łonie Towarzystwa w roku ubiegłym zawiązanych, które wprawdzie już prace swe rozpoczęły, ale dotychczas sprawozdań nie złożyły; takimi są: komitet środków policyjno-lekarskich przeciw uszkodzeniom machinami rolniczymi i komitet środków przeciw zarazie wenerycznej. Komitety zaś: reformy lekarskiej i sprawdzania zgonów na wniosek *Prezesa* rozwiązano, ponieważ czynności tychże przeszły już to na komitet przez Rząd mianowany do przejrzenia urządzeń służby zdrowia w Królestwie Polskiem, już to na delegacyą higieniczną przy radzie miejskiej. Prócz tego wspomniał *Prezes* o zalegających z roku przeszłego sprawozdaniach z dzieł oddanych do rozbioru niektórym członkom Towarzystwa.

Na wniosek *Sekretarza stałego* Towarzystwo zatwierdziło w budżecie na rok bieżący zaliczkę ewentualnie do wyso-

kości rubli srebrem 480, na koszt wydawnictwa Pamiętnika Towarzystwa, pokryć się mającą w ciągu roku z przedpłaty na Pamiętnik.

W końcu posiedzenia rozbierano propozycje zmian w Ustawie Towarzystwa, a mianowicie:

1. Postanowiono na przyszłość zapraszać do grona Towarzystwa członków przybranych nie tylko z liczby farmaceutów, ale i z weterynarzy naukowo pracujących.

2. Uchwalono, aby posiedzenie publiczne odbywało się w drugiej połowie miesiąca maja każdego roku.

3. Wreście przyjęto propozycją utworzenia w łonie Towarzystwa trzech sekcji stałych, a w szczególności: *a)* sekcji fizjologii i nauk przyrodniczych, *b)* sekcji medycyny zewnętrznej, i *c)* sekcji położnictwa i gynecologii, pozostawiając członkom, którzy się do pojedynczych sekcji zapiszą, szczegóły uorganizowania tychże, i nie naruszając w niczym dotychczasowej kolei posiedzeń Towarzystwa, dwa razy w miesiąc odbywających się.

BIBLIOGRAFIA.

Warszawa pod względem topograficznym, higienicznym i geologicznym,

wraz z planem miasta, wystawiającym wartość higieniczną każdego domu. Dziełko ofiarowane radzie miejskiej miasta stołecznego Warszawy, pomyślane i w całości ułożone przez *Redaktora Przyjaciela Zdrowia* 1). Nakładem własnym. Warszawa, w Drukarni Józefa Ungra. 1862, (w 8ce, str. 114, IV, 89 i nieliczb. 10).

Sprawozdawca Stanisław **Janikowski**.

Książka powyższa składa się z 4ch części.

Część I, 114 stron obejmująca, jest poniekąd opisem topograficznym Warszawy. Wyliczone są tu kolejną numerów wszystkie budowle miasta (wyjąwszy cyrkuł XII czyli przedmieście Pragę, i domy poza rogatkami położone), a przy każdym numerze umieszczone są następujące rubryki: 1) *rodzaj budowl*i (dom drewniany, kamienica lub pałac), 2) *liczba podwórz* oznaczonych rzymskimi cyframi, 3) *czystość a)* podwórza, *b)* śmietnika, i *c)* studni: czystość każdej z tych trzech rubryk *a*, *b* i *c* oznaczona jest jedną z trzech cyfr 1, 2, 3, z których cyfra 1 oznacza najniższy stopień czystości,

(1) Dra Gregorowicza.

a cyfra 3 stopień najlepszy; 4) *uwagi* odnoszące się szczegółowo do stanu podwórza, jego zabrukowania, oświetlenia, stanu studni, obecności wodociągów, roślinności i t. d.

Z powyższego wyliczenia widzimy, jak niepospolitą pracą było ułożenie tej pierwszej części, trzeba bowiem było na to zwiedzić 2000 kilkaset podwórz, co choćby rozdzielone na 2 osoby (autor i p. Baltazar Gwozdecki), było nie małym mozołem. Jednakże opis topograficzny miasta Warszawy tą częścią książki p. Gregorowicza objęty, nie daje zdaniem mojem o stanie higienicznym miasta naszego należytego pojęcia, albowiem: 1, zawarte w tym opisie rubryki nie są dość wyczerpująco traktowane; 2, oprócz powyższych rubryk, do dokładnego obrazu miasta pod względem higienicznym potrzebne są jeszcze liczne inne szczegóły, których brak w dziełku p. Gregorowicza czuć się daje, brak zrestą naturalny, gdyż tego rodzaju wyczerpujący opis nie może być dziełem jednej ani nawet dwóch osób, ale potrzebna do tego jest praca zbiorowa za równo lekarzy, jak budowniczych, inżynierów, chemików i innych techników.

Co do pierwszego. Nie miałem wprawdzie pretensyi sprawdzać szczegóły opisu topograficznego w książce p. Gregorowicza, chodząc od domu do domu, od czego między innymi przyznam się, że odstraszyła mnie i groźna postawa stróżów, gdy pewnego dnia tego rodzaju wędrowkę rozpocząłem; jednakże przypadek chciał, że w opisie kilku domów, które znam od dawna, znalazłem niektóre niedokładności. I te niedokładności bardzo są wytłómaczone, gdy pomyślemy, w jaki pobieżny sposób musiał przegląd swój odbywać autor, mając tysiąc kilkaset (albo i więcej) domów a raczej podwórz do zwiedzenia. Tak np. w domu Nr. 497 *a.* nie jest wspomniane przejście, a raczej ciałniutka uliczka smrodliwa i ciemna. W domu pod Nr. 111 powiedziano, że nie ma śmietnika, tymczasem w sieni tuż pod schodami jest wielki kosz, służący za śmietnik i psujący nader powietrze i tak nie szczególne. W domu Nr. 760 powiedziano, że podwórko jest nie brukowane, tymczasem w samej rzeczy jest brukowane; i t. p. Studzien nie mających stopnia najdoskonalszego (Nr. 3) w opisie pana

Gregorowicza bardzo jest mało, tymczasem wiadomo powszechnie, jak wiele jest studzien w Warszawie z zepsutą wodą; tak *np.* studnie domów Nr. 497 *a*, i 731 oznaczone są trójką, chociaż woda z nich nie jest dobrą do picia (w pierwszym z tych domów jest ustęp do oddawania moczu tuż obok studni): widocznie autor patrzył tylko na powierzchowność studzien.

Co do drugiego. Niektóre rubryki, których brak w opisie topograficzno-hygienicznym miasta dotkliwie czuć się daje, są następujące:

1. *Stan ulicy przed domem*, szerokość tejże w stosunku do wysokości domu. O stanie ścieków i kanałów przy niektórych tylko numerach jest wzmianka, (nie ma zaś o nich mowy przy domach Nr. 413, 413 *aa*, i innych kanałami ulicznymi zapowietrzonych).

2. *Opis bramy i sieni*

3. *Opis wschodów.*

4. *Mieszkanie stróża.*

5. *Stan rynsztoków i rynien* do odpływu pomyjów, o których autor tylko w ogólności powiada, że prawie wszystkie nie odpowiadają warunkom pożądanego porządku.

6. *Co do kloak* wyliczone są tylko (w części III) domy nie mające kloak, tudzież statystyka kloak beczkowych, na dołach, na kanałach i na gnoju urządzonych. Przy niektórych tylko domach wzmianka jest o smrodliwych stolcach po piętrach. Stosunek liczby wychodków do liczby mieszkańców domu (któryby powinien być średnio: 1 wychodek na 24 mieszkańców) w jednym tylko domu (Nr. 2874 *ab*) jest podany (1 na 700 lokatorów!)

7. *Ustępy* do oddawania moczu, *pissoirs*, (które autor przez dziwne *qui pro quo* oznacza chemicznym wyrazem „*moczniak*“ urée, Harnstoff) wymienione są tylko w niektórych domach, w innych pominięte, *np.*: pod Nr. 466, 495 *b*, 497 *a*, 451 (bardzo smrodliwy), 626, i t. d.

8. *Zwierzęta*: w niektórych tylko domach wzmianka jest o chlewkach. Gnojowiska nie wszędzie są przytoczone.

9) *Mieszkania piwniczne*, w suterrenach, wcale nie są dotknięte; podobnież domy bez piwnic, i w ogóle wilgotność domów.

10. Z zakładów szkodliwych publicznemu zdrowiu wzmiankowane są tylko garbarnie, szlachtuzy, jatki i jeden zakład białoskórniczy, pominięte zaś są, z wiadomych mi, fabryki krochmalu, strun, odtapiania kości, i t. d.

Wreście dodać muszę, że pod względem opisu *geologicznego* Warszawy, zapowiedzianego tytułem, znalazłem tylko w części II, na str. 33, parę szczegółów o kilku studniach warszawskich wyjęte z rękopismu p. Kaczyńskiego.

Z tém wszystkiém za tę *pierwszą część* książki, część oryginalną, należy się autorowi wdzięczne uznanie tak z powodu mozolnie zebranych szczegółów, jakoteż i z tego względu, że po dziele *Erndtela* wydaném przed 132 laty (*Varsavia physice illustrata*) jest to właściwie pierwsze użyczenie skreślenia topografii lekarskiej miasta naszego, albowiem ogłoszona w r. 1830 rozprawa Augusta Wolffa p. n. „Rys topografii medycznej miasta Warszawy, (Roczn. T. P. N. Warsz. T. XXI, str. 268) porusza się głównie w samych ogólnikach.

Część II i III zawiera wiadomości (po większej części ogólne) z geologii, geografii lekarskiej, higieny, budownictwa i inżynierstwa miejskiego, czerpane z różnych źródeł; główną ozdobą tych dwóch części są ustępy wyjęte z dzieł i rękopismów znanych inżynierów tutejszych, pp. Kaczyńskiego, Ratyńskiego i Spornego.

W szczególności *Część II* po krótkim wstępie (str. 1—2) rozpoczyna się od—

1) *Wiadomości geologicznych*, zawartych na 5½ stronicach (str. 3 — 8), czerpanych z dzieła p. Boudin (nie Boudain) p. n. *Traité de géographie et de statistique médicales*. Paris, 1857 (nie 1849) T. I, str. 65, 66, 67, 77, 78. Wiadomości te poczynają się od wyliczenia czterech głównych warstw skorupy ziemskiej, z których czwartą, napływową, pan Gregorowicz w dziwném tłumaczeniu wyrazu *fossilifere* (zawierająca skamieniałości) nazwał *górnicyą*, (tak). Potém idą niektóre szczegóły o każdej z tych formacyj. Mówiąc o ziemi ornój i o wymoczkach żyjących w ziemi, zagrażających trwałości budynków w pewnych dzielnicach Berlina, autor (p. Gregorowicz) dodaje: „Jeżeli *Allgemeine preussische Verstandt*

(tak) nie zapobieży złemu, to stolicę prusaków mogą z czasem roztoczyć robaki.“ Zakończają ten ustęp uwagi o zanieczyszczeniu gruntu i powietrza w wielkich miastach, podług pp. Chevreul i Boudin.

2) *Wpływ powietrza miejskiego na rozwój chorób*, (str. 8—13). W tym dziale jest mowa o zimnicy (podług p. Boudin, l. c. pg. 79), cholery (Boudin pg. 83—84), o kołtunie (podług Dra Oczapowskiego), wreszcie ogólne uwagi o zdrowości pomieszkań.

3) *O wpływie podziemia na zdrowie*, (str. 14—39). Ten ustęp poświęcony jest wyłącznie *wodom*, a mianowicie:

a) zamieszczony w nim jest (str. 14—34) wyjątek z rękopisu p. Kaczyńskiego, zawierający najprzód ogólne wiadomości o wodach na ziemi, o powstawaniu źródeł, rzek i t. d.; potem o urządzeniu sztucznych źródeł z wód zaskórnych zapomocą drenowania, o gromadzeniu zapasów wody deszczowej, o rozpoznawaniu naukowem i technicznem okolic w celu wynajdywania zapasów wodnych podziemnych, o wierceniach przedsiębranych dla zbadania układu geognostycznego miejscowości, nakoniec o wierceniach studzien artezyjskich.

Po uwagach p. Kaczyńskiego o kilku studniach warszawskich (str. 33) następuje.—

b) Wyjątek z dzieła *Erndtela* „Varsavia physice illustrata etc. Dresdae 1730,“ w którym wody warszawskie opisane są według ówczesnego stanowiska nauki.

c) Wreszcie (str. 38) autor (p. Gregorowicz) przypomina jeszcze raz o cysternach weneckich, przed niedawnym czasem przez p. Grimaud de Caux opisanych, tudzież o potrzebie wiercenia studzien artezyjskich w Warszawie.

4) *O kanalizacji* (str. 39—49). Ten dział jest częściowym przedrukiem rozprawy p. Ratyńskiego „o kanalizacji miast, a w szczególności Warszawy,“ zamieszczonej w roku 1853 w Bibliotece Warszawskiej. Od czasu ogłoszenia owiej rozprawki p. Ratyński kilkakrotnym umyślnym wyjazdem za granicę rozszerzył jeszcze specjalne swoje w tym przedmiocie wiadomości i ułożył szczegółowy plan kanalizacji całej War-

szawy, ale plan ten niestety dotychczas ani w części nie wszedł w wykonanie.

W części IIIciój —

1) Autor mówiąc o *kłokach* warszawskich (str. 50—54), podaje ich statystykę, a mianowicie, że w całym mieście w 2819 domach znajduje się 2734 kłok, że w 125 domach nie ma wcale wychodków, że z liczby 2734 warszawskich kłok, umieszczone są: *a)* na beczkach 397; *b)* na dołach 1315; *c)* na gnoju 747; *d)* na kanałach 188; *e)* w Cyrkule XII (Praga) resztujące 87 kłok są na gnojach i śmietnikach. Nieczystość kłok przypisuje autor bardzo słusznie między innymi zwyczajowi stawania nogami na desce (usiadka), którą nazywa zwyczajem rolniczym, tudzież nieoświetlaniu kłok prywatnych. O środkach utrzymania deski w czystości (poprzeczna belka lub deska w wysokości pleców, nie pozwalająca wstępować nogami na deskę, i t. p.) nic autor nie wspomina; za to podaje przepis środka ubezwonnającego (roztworu koperwasu żelaznego) dla *wygódek* czyli stolców prywatnych. Wreszcie podnosi potrzebę *publicznych* wychodków i ustępów do oddawania moczu.

2) *O wilgoci* (str. 55—61). Tutaj autor najprzód mówi w ogóle o szkodliwości wilgoci dla zdrowia ludzkiego; o sposobach zabezpieczania fundamentów domu od wilgoci (według M. Lévy *Traité d'hygiène*, Paris 1857); o wadach cegły warszawskiej; o sposobie *Kuhlmana* mającym na celu polepszenie kamienia używanego do budowli i ochronienie go od wilgoci, a polegającym na skropieniu kamienia *krzemianem potażu* (*silicate de potasse*, co autor tłumaczy: *sylysat* (tak) potażu), wreszcie o cementach do tynkowania domów (podług M. Lévy. T. I. str. 624).

3) *Drenowanie dróg bitych i ulic brukowanych po miastach* (str. 61—78). Zajmujący ten ustęp jest pióra pana Józefa Spornego, autora „Hydrauliki agronomicznej,” specjalnego w tym przedmiocie. Główną przyczyną ciągłego psucia się bruków warszawskich jest według p. Spornego nagromadzenie się zbytniej w nich wilgoci, dającą się skutecznie

usunąć przez drenowanie, które też i wilgoci domów zaradza i zapobiega.

Część IVta i ostatnia (pióra p. Gregorowicza) zawiera „*Widzenie*“ to jest: poetycznie skreślony idealny obraz Warszawy po upływie wielu lat udoskonalonej nie tylko pod względem higienicznym, ale i pod innymi. Do owego szczytu doskonałości należy między innymi i to, że w Warszawie będzie, oddzielne „Towarzystwo homeopatyczno - lekarskie złożone z członków różnych stanów,“ w Towarzystwie medyczno-weterynaryjnym osobny dział homeopatyczno - higieniczny, wręcz oddzielne szpitale homeopatyczne dla ludzi i dla zwierząt i zgoda zupełna między allopatią i homeopatią. Tego rodzaju marzenia są zresztą bardzo naturalne ze strony *Redaktora Przyjaciela Zdrowia*, który od pewnego czasu stał się gorliwym homeopatyi rzecznikiem.

Zakończają wręcz dzieło uwagi filozoficzne o upadku klasy szlacheckiej (str: 87—89), których związek z tém, co poprzedziło, nie jest zbyt jasny.

W dołączonym planie litografowanym miasta pojedyncze domy oznaczone są kolorem czarnym, szarym lub białym, w miarę tego, jak średnia cyfra, wyciągnięta ze summy cyfr czystości podwórka, śmietnika i studni, zbliża się bardziej do jedynki, dwójki lub trójki.

O DZISIEJSZYM STANOWISKU OKULISTYKI.

UWAG KILKA

z powodu kongresu oftalmologicznego.

Międzynarodowe zjazdy naukowe posiadają, i nie bez słuszności, przywilej zajmowania w wysokim stopniu uwagi publiczności lekarskiej. Z tego powodu chętnie poniżej ogłaszamy (pod rubryką *Wiadomości zakrajowych*, str. 101) nadesłany nam opis Kongresu oftalmologów, który pod koniec roku przeszłego odbył się w Paryżu.

Jeżeli jednakże czytelnik, obznajmiony z obecnym stanem okulistyki, w zamieszczoném niżej sprawozdaniu nic prawie nowego nie znajdzie, jeżeli go nawet uderzą stare powtarzanki, jak *np.* rzecz o skoszeniu oka Graefego, to niechaj zważyć raczy, że kongresa naukowe bynajmniej nie w tym zgromadzają się celu, ażeby rozgłaszać naukowe nowości. Ich zadaniem jest zbliżać do siebie pracujące w jednym celu zdolności, rozpowszechniać naukę, zyskiwać dla niej nowych uczestników i nadawać pracom przyzwoite, ogólne kierunki. Jeżeli więc zagraniczni uczeni wystąpili w Paryżu ze znajomemi już nam

dobrze z dziennikarstwa pracami, to nam wprowadzie nie z tego nie przyjdzie, ale będzie bardzo na zdrowie dla Francyi, która niestety zaległa okulistyczne pole i nie troszczyła się niemal o to zupełnie, co gdzie indziej się działo.

Kto zna bliżej te stosunki, ten pewnie przyzna, że koryfeusze Paryzcy są po największej części ludźmi bez tego wykształcenia, jakiego obecne potrzeby po oftalmologu wymagają; i nie dziwota, skoro w tym kraju, gdzie niemal wszystko za pośrednictwem rządu się dzieje, nie ma ani jednej katedry oftalmologii, zmuszającej profesora do naukowego rzeczy traktowania. Okulista francuzki trudni się wyłącznie praktyką, zostawia jako podrzędne wszystkie kwestye teoryi na boku, a ztąd też jego nauka, z dentystyką prawie na równi postawiona, nie używa żadnego wyższego znaczenia. Publiczność lekarska we Francyi nie domyśla się nawet, jak wysoko ta nauka gdzie indziej stanęła, i każdemu dotąd jeszcze się zdaje, że jest li tylko szczupłą chirurgii gałązką, nie godną prawie wyżej dążącego umysłu wyłącznie zajmować. Przyznać także należy, że obecny rozwój nauk pomocniczych we Francyi nie dozwala wznioślejszego okulistyce polotu. Histologia nie osiągnęło tam jeszcze ogólniejszego uznania, a fizyologia przyrządów wzrokových tak mało dotąd jest uprawiana, że wolno jest istotnie na nie jeden z rozdziałów świeżo o tym przedmiocie wyszłego w Paryżu dzieła pana Giraud-Teulon (La vision binoculaire) z uśmiechem się zapatrywać. W braku tych podstaw cóż biedny oftalmolog poradzi, zwłaszcza jeżeli, w swoim szczupłym zamknąwszy się kółku, od wszelkiego się z resztą odsunie lekarskiego ruchu i

żadnego innego nie widzi chorego, idąc za przyjętym u francuzkich specjalistów zwyczajem.

Smiało twierdzić można, że od lat przeszło trzydziestu okulistyka we Francyi żadnego nie zrobiła postępu, boć trudno uważać za postęp chirurgiczne Desmarresa drobiazgi, dłubaniny literackie i kliniczne Sichla, lub pana Serres *fosfeny*. Wprawdzie wszystko to, okazane na miejscu z właściwą Paryżanom wystawnością, może inponować niejednemu cudzoziemcowi, ale bliżej obeznanego z rzeczami pewnie nie złudzi.

Jest nadzieja, że owe stosunki zmienią się wkrótce zupełnie, gdyż kongres okulistyczny, odbyty w Paryżu, otworzy zapewne Francuzom oczy. Już dzisiaj widać z pism peryodycznych, że stolica Francyi zaczyna się wstydić swój długoletniej beczynności i że się do różnej zabiera roboty. Dzięki więc kongresowi nowe dla okulistyki otwiera się żniwo, zwłaszcza, że materyał spostrzegawczy naukowy, jaki Francya przedstawia bezwątpienia wszystek inny przewyższa, a trzeba chcieć tylko i umieć, ażeby z niego korzystać. Wśród tego nowego ruchu nie małe dla naszego pracowitego ziomka Ksawerego Gałęzowskiego przedstawia się pole, zwłaszcza, że przeniesienie się Liebreicha z Berlina do Paryża dzielnego i nader ochotnego następcza mu współpracownika. Do nowych rzeczy trzeba nowych ludzi, zobaczymy więc wkrótce, jak się do nich wezmą nasi młodzi koledzy.

Jeżeli obecny zjazd paryzki miał wyraźnie za cel obudzenie Francyi z letargu, to naznaczenie w Wiedniu zjazdu w roku 1866 ma znów inne i kto wió czy nie ważniejsze zamiary. Wiadomo, że Wiedeń był kolebką nowożytnój oftalmologii i że szkoła Jana Adama Schmid-

ta i Beera długo despotycznie przewodziła w nauce. Wiadomo także, że szkoła ta, uważając głównie cierpienia oczne za odblaski cierpień całego ustroju, wpadła naostatek w istne diwagacye, których głównym organem stał się Jüngken w Berlinie i Sichel w Paryżu. Było tam niezaprzeczenie nie mało prawdy, lecz opartej li tylko na kliniczném postrzeżeniu, otwierającém szerokie pole do złudzeń i do przesady; nie dziwota zatem, że reakcja zaczęła szukać środków w samym przyrządzie wzrokowym i że znalazła je nareszcie w jego anatomii, fizyologii i anatomii patologicznej, usiłując wysnuwać i objaśniać patologiczne objawy i obmyślać zaradcze środki. Schoeni v. Ammon rozpoczęli ten szereg gorliwych pracowników, a zamyka go obecnie Graefe i cały zastęp jego przyjaciół badaczy, wspartych jakby na sam czas wiekopomnym wynalazkiem oftalmoskopu, który, pozwalając zastosować mikrografię na żywym, dał to okulistyce, czego nie ma żadna medycyna gałąź i przeznaczył ją niejako za narzędzie do objaśnienia wielu zawitych organicznych stosunków. Pod wpływem tego błęgiego kierunku okulistyka rozrosła się niesłychanie, bogacąc się w nieprzebrany obserwacyjny materiał. Wszelako mnogość szczegółów nie stanowi jeszcze nauki. Zarzucić można, że wśród wielkiej drzew mnogości zapomniano o lesie i to do tego stopnia, że gdy pogląd cellularny Virchowa usystematyzował cały niemal grom medycznej wiedzy, to pomimo tego, że się zrodził wśród samego Berlińskiego koryfeów obozu, dopiero w rękę Wiedeńskiego Stelwaga zyskał obszerne w okulistyce uznanie.

Zaprawdę, Wiedeń zapatrywał się zawsze z wyższego, ogólnego na okulistykę stanowiska i pozostaje w tém,

co teraz robi, wierny swym dawnym tradycjom; miejmy nadzieję, że i dziś jeszcze pokusi się o to, ażeby połączyć ulubioną swoją specjalność z resztą medycyny, od której się przez jego własne odstrzeżiła błędy. Ale obecnie nie da się to już osiągnąć mocą dawnych klinicznych mrzonek; trzeba zbadać oko odnośnie do reszty organizmu, i, wychodząc ze szczupłego okulistycznego obrębu, zgłębić w reszcie ludzkiego ciała wszystko, co przyrząd wzrokowy może dotyczyć. Na to trzeba stworzyć osobne zdolności, gdyż tu już nowomodna wyłączność rady sobie nie da. Daj Boże, ażeby Wiedeń chciał to zadanie zrozumieć, boć to jest pewne, że jako spadkobierca usiłowań Rokitańskiego i Skody ma w swém ręku wszelkie ku temu środki.

OPIS KILKU CHORÓB JAJNIKA

skreślił Dr. Adam Helbich.

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warszawskiego
dnia 3 Lutego 1863 r.

Ośm lat ubiegło, jak przez koll. Janikowskiego (ojca) powołany zostałem na naradę do pani D., wówczas 65 lat wieku liczącej osoby, zamężnej, matki trojga dorosłych dzieci. Silnej budowy ciała, zawsze dobrej myśli i wesoła, gospodyni zawołana, czerstwego i niezachwianego zdrowia wzorem nazwać się mogła. Jakoż oprócz zwyczajnych niemocy dziecięcego wieku, a po wyjściu za mąż połogów, nawet żadnej słabości nie pomni. Zaufana w stałym zdrowiu, zaniedbała po jednym z połogów powstałą przepuklinę pępkową, która w chwili pierwszej narady miała wielkość dwóch złożonych pięści, łatwo wprowadzać się dawała i z równą łatwością występowała przez otwór w samym pępku obszerność pięcioczęłkówki mający. Powodem lekarskiej narady był guz w jamie brzusznej, wielkością główce dziecięcej równający się. Osadzony w lewej pachwinie, łatwo wymacać się dawał. Nie sprawiał pani D. dotąd żadnych dolegliwości, więc lubo go od kilku miesięcy w małych

rozmiarach uczuwała, przecież zasięgać rady lekarskiej nie uznawała potrzeby. W ówczesnym stanie był zbitęj twardości, bez najmniejszego śladu chełbotającego wewnątrz płynu. Ku bokom cokolwiek ruchomy, w dotykaniu i naciskaniu nie wywoływał żadnego bólu. Powierzchnia jego niegładka i nierówna mieści wgłębienia i wyniosłości. Śledzony przez pochwę łatwo namacać się dawał, a oparty na wprowadzonym palcu, przy tłoczeniu drugą ręką z góry, usuwał się w kierunku czynionego nacisku. Nie było więc wątpliwości, że ów guz był przeistoczonym jajnikiem, a wymacana postać jego wnioskować dozwalała na przeistoczenie przyrody rakowatęj. Wcześniej badany i rozpoznany, byłby to może jeden z wypadków słuszne nawet wskazanie do cięcia brzuszego i wyłuszczenia guza (ovariotomii) dający, lecz chora nigdyby na operacyą nie zezwoliła, a w chwili obecnej wysięk wodnisty, w jamie brzusznej już wysledzić się dający, stawiał do użycia noża najsilniejsze przeciwwskazanie. Okoliczność rzeczona smutną w tym razie pogorszała przepowiednią. Leczenie zamknąć się musiało w szrankach nader ograniczonych, gdyż nietylko że o roztopieniu stwardniałości ani pomyśleć nie było można, lecz sama chora z góry zapowiedziała, że naradę lekarską jedynie dla zaspokojenia ciekawości własnej sprosiła, a żadnych lekarstw stanowczo brać nie będzie. Przepisano tylko ziółka (*herbam cardui benedicti et ballotae lanatae*). Czy je chora używała, zapewnić trudno.

W kilka tygodni po pierwszém widzeniu pani D. powtórnie do niej powołany zostałem. Inna choroby postać. Brzuch cały napięty obfitém wodnistego wysięku nagromadzeniem. Chełbotanie płynu łatwo poczuwać się daje. Stwardniałego guza domacać się niepodobna.

Przepuklina nadmiernie wysadzona, w kształcie kulistym, równając się głowie dorosłego człowieka, wyprężona wystaje na brzuchu. Zawartość jój, z trudnością i przykrym bolem, wprowadzić się wprawdzie dozwala, lecz natychmiast z silném parciem napowrót występuje. Tak wysokiój zmianie miejscowój żadne zjawiska ogólnego narażenia ustroju nie towarzyszą. Gorączki ani śladu. Tętno zwyczajne. Nawet łaknienie mało zmniejszone, a pragnienie żadne. Wypróżnienia stolcowe trudne, lecz prawie codzienne. Ilość moczu szczupła. Nogi nie nabrękle. Bolów nigdzie żadnych. Sen spokojny. Jeden ciężar brzucha, przeszkodę w chodzeniu dający, zabiegłój gospodyni wielką przykrość sprawiał.

W takiém położeniu wypuszczenie płynu nagromadzonego w brzuchu jedyne stanowiło wskazanie. Chora łatwo się na nie zgodziła. Jakoż przystąpiłem niezwłocznie do przebiccia powłok trójgrańcem, przez którego cewkę wypuściłem płynu kwart 13. Był on zielonawój barwy, czysty, bez strzępków, przy ściekaniu pieniający się, w przeważnój ilości biało zawierający. Tego samego dnia wieczorem chora podwiązana podniosła się, a nazajutrz już ją zwykłemi zatrudnieniami zajęta widziano.

Odtąd w mniej więcej odległych przerwach, z początku dłuższych, co kwartał, następnie coraz krótszych, bo co kilka tygodni, płyn z brzucha wypuszczać zmuszony byłem, doprowadziwszy liczbę wypuszczeń do 49 razy, a ogólną ilość wytoczonego płynu lekkim rachunkiem na 150 garncy oceniam.

Wypuszczana ciecz była zwykle czystą, parę tylko razy mętną i nieco osadną; barwy najczęściej zielonawój, czasami białawój, a dwa razy mniej więcej krwawój;

zawsze była pieniającą się, przesycona białkiem. Po każdym wypuszczeniu, przez sflaczałe pokrycia skórne guz stwardniały łatwo namacać się dawał, z biegiem czasu coraz większe przybierający rozmiary. W późniejszym okresie opukiwanie i wymacanie palcami przekonywało, że tak wątroba jak śledziona widocznie rozrastały się i twardniały.

Początkowo znosiła chora wypuszczanie płynu bez wielkiej siły utraty. Po pozbyciu się płynu wstawiała sama i namawiana tylko kładła się na czas krótki do łóżka. Następnie słabła coraz widoczniej. Po kilkunastu wypuszczeniach już ją do położenia się prowadzić przychodziło, a gdy przekroczyła liczbę 30, już o własnej sile podnieść się nie mogła, tylko obcą pomocą dostawała się do łóżka. Po pierwszych wypuszczeniach żadnego nie uczuwała bólu, następnie stale się pojawiał, zrazu znośny, potem więcej dokuczający, a w końcu trudny do zniesienia, nieraz zemdlenie powodując. Przychodził zawsze przy kończącym się wypróżnianiu płynu. Przy ostatnich wypuszczeniach następowały kilkudniowe nawet cierpienia w całej rozciągłości brzucha, zajęcie podzalne otrzewnej znamionujące.

Przez czas wypuszczanej cieczy pani D., oprócz nieżytych dolegliwości i dwukrotnego zepsucia żołądka, uległa także durzycowej gorączce, która wgroźnym przebiegu rzucała obawę niepomyślnego zakończenia, jednak nad spodziewanie pomyślny wzięła obrót, tylko przyczyniła już nadwątlonym siłom większego upadku, a ciału wycieńczenia. Na bieg miejscowej sprawy najmniejszego nie wywarła wpływu. Po tej gorączce już tylko siedm razy płyn wypuszczano i to w największej konieczności nieprzewycięzonego ciężaru, duszności lub innych objawów nadmiernemu wezbraniu cieczy towarzyszących.

Zasługuje także na wspomnienie zmieniona postać brzucha, na co się dwie składały okoliczności: 1ód Zwi-
słość powłok, pozbawionych zwykłej mięśniom ściąg-
liwości. Stan ten coraz w wyższym występował stopniu,
tak dalece, iż po późniejszych wypuszczeniach płynu cała
ściana brzuszna, we dwoje złożona, nakształt próżnego
worka, z jednego na drugi bok przekładać się dawała.
W postaci stojącej powłoki brzuszne opuszczały się
coraz niżej, tak dalece, że w czasie zebrania się płynu
sięgały niżej kolan i w zupełności zakrywały je przed
okiem. 2re Przepuklina, wzrosłszy do nadzwyczajnych
rozmiarów, zdawała się mieścić w sobie cały zwój kiszek
i sieci. Znamię pępkowe znajdowało się na wysokości
kolan i szczególném przeistoczeniem tkanek wzrosło do
obszerności dłoni. Skóra pokrywająca przepuklinę, roz-
ciągnięta i ścieńczona, często obnażała się z naskórka,
a ślimacząc się, tworzyła uporeczywe owrzodzenia, nie-
kiedy krwawiące, a zawsze sączące obfitą ropiastą wil-
goć. Z dodatkiem nieznośnego swędzenia i przeszywają-
cych nieraz bólów, była to dodatkowa do wielu innych
cierpień tortura. W przepuklinowy worek zbierała się
także ciecz, tworząc osobny zbiornik, z którego, za każ-
dym razem wypuszczenia jój z brzucha, przez wygniata-
nie rękami wytłaczaną być musiała. Czynność ta ko-
niecna stanowiła najboleśniejszą część przedsiębranego
działania. Po wypuszczeniu płynu łatwo przekonać się
było można o obszerności przepuklinowego otworu, prze-
chodzącej o wiele głowę dorosłego mężczyzny. Jakoż,
po mozolném wprowadzeniu do brzucha całej zawartości
z worka, wygodnie nie tylko jedną, lecz obie obok sie-
bie ułożone pięści pod pokrycia brzuszne, w głąb' jego
wnętrza zapuścić było można. Po uchyleniu ręcznego

łoczenia, natychmiast kosztem wypróżniającego się brzucha wypełniał się wnętrzościami worek.

Do powyższego zniekształcenia dodać potrzeba w słoniową objętość i twardość zgrubiałe kończyny dolne. Nie było to wysiękiem wodnym, przechodnim, lecz trwałym przekształceniem tkanek, które się utworzyło w skutku ciągłego nacisku utrudniającego obieg krwi w naczyniach. Na inne okolice nigdy żadne nie zawitało opuchnięcie.

Po ostatniem (49tém) wypuszczeniu płynu chora skutkiem wycieńczenia, podtrzymywanego bezsennością, bólem brzucha, schnięciem języka i całym zgoła zbiorem zjawisk trawiącej gorączki, w dni 10 zakończyła życie.

Najciekawszém byłoby otworenie zwłok pośmiertne; wyraźne zastrzeżenie w testamencie niedopuszczenia tego niweczyło wszelkie w tym względzie starania. Ta okoliczność pozbawia nas sposobności stanowczego wyrzeczenia o rodzaju pierwotnej choroby, bo wszakże jednym tylko zmysłem dotykania przekonać się można było o przeroście i przeistoczeniu jajnika, lecz na samém prawdopodobieństwie polegać musi wyrozumowanie, że było rakowatęj przyrody. W głębszėj jeszcze tajemnicy pozostanie kolejka i stopień zaszłych przemian w innych trzewiach brzucha, bo dotykalny przerost wątroby i śledziony jeszcze rodzaju przeistoczenia nie wytlómaczy. Cała więc naukowa korzyść z przebiegu tój długo trwającej choroby ogranicza się na tym wielokrotnie stwierdzonym pewniku, że wyrodzenie się jajnika wodną puchlinę brzucha zwykle za sobą pociąga i że wielokrotne w takich razach wypuszczanie płynu na mocy doświadczeń do znacznego przedłużenia życia jest konieczném wskazaniem.

Jeżeli w powyższym wypadku niedopuszczenie otwarcia zwłok pozbawiło naukę widocznej korzyści, to tenże sam powód do wyświecenia pewności w zasadnym poznaniu zagadkowej choroby położył tamę w następującem zdarzeniu.

Siedm lat temu, jak koll. Klecki powołał mnie na Pragę do pani K. Była to osoba lat 48 z górą licząca, niegdyś mocno otyła, średniego wzrostu, lecz szeroko rozrosła. Przy dobrém zdrowiu, lubiła stół obfity, a do tego więcej niż posilny, przyczem nie wzgardzała kieliszkiem wódki i szklaneczką węgryzna. Mimo zajęć obszernego gospodarstwa wiodła życie prawie siedzące, rządząc wszystkiem z wygodnego krzesła. Dzieci nie rodziła, a miesięczka ustała wczesnie. Rodzaj życia usposabiał ją do rozlicznych dolegliwości brzusznych, na których czele sama kładła wiatry. Co tylko usłużne kumostwo poradziło, jakikolwiek niezawodny środek gazety wygłosiły, wszystko to u pani K. próbę przejść musiało. Lekarzy radzić się nie lubiła, bo każdy z nich zmianę w sposobie życia zalecał, a téj się poddać za żadną cenę nie chciała. Czyto skutkiem wieloletnich dyetetycznych przekroczeń, czy z innéj niewiadoméj lub zatajonéj przyczyny, czy na podstawie schorzałego jakiego trzewia lub w następstwie tlejących miejscowych zapaleń, a czego trudno było wybadać i dociec, wywiązała się, a do tego w olbrzymie rozmiary wodna puchlina brzucha. Chora, mając nieprzewyciężoną obawę operacyi, z poddaniem się jéj czekała do ostateczności; jakoż, niezdolna do dźwignania nadmiernego ciężaru, od kilku tygodni pozostawała w łóżku. Puchlina ograniczała się na wydrążałości brzucha, nogi zaledwie ślad nabrzękłości nosiły. Płuca same nie były zajęte, chociaż przez parcie

na przeponę oddech był w wysokim stopniu utrudniony. Przewody dechowe, śluzem zaległe, pobudzały do kaszlu. Krążenie krwi prawidłowe, z przyspieszonym jednak tętnem. Twarz bladolinowa, nieco nabrzękała. Pokrycia brzuszne przez nadmierne rozdęcie tak były ścieńczone, że płyn zdawał się być pod samą skórą nagromadzony; ztąd chełbotanie jego na każdym miejscu wyraźne.

Ponieważ nie było innego wskazania, jak sztuczne wypuszczenie płynu, przeto za wyproszonym zezwoleniem pani K. przystąpiono do tej czynności, usadziwszy chorą na krześle.

Po zapuszczeniu trójgrańca w zwyczajnym miejscu po lewej stronie brzucha, wypłynęło przez cewkę cieczy gęstej, ciągnącej się, barwy brudno-zielonawej, większa połowa wiadra. Po tak obfitym odejściu brzuch opadł zaledwie przez połowę, a do tego wyraźnie tylko w dolnej podpepkowej części. Pozostałe opuchnięcie, więcej ku górze położone, wyrównywało jeszcze zwyczajnej dobrze rozwiniętej puchlinie. Cewką ani kropla więcej nie spływała. Wprowadzony przez nią gruby zgłębnik przekonywał, wolno poruszając się w pustej otchłani, że w niej już wcale cieczy nie było, a przecież brzuch był nią w górze przepełniony i chełbotanie najwyraźniejsze. Samą siłą ciężkości powinna była spłynąć ku dołowi i wyciec cewką, co gdy nie następowało, wyraźny stanowiło dowód, że reszta cieczy w brzuchu w innym zawartą była wydrążeniu, żadnej łączności niemającym z poprzednio otworzonym.

Nie pozostawała inna rada, jak powtórne przebicie trójgrańcem powyżej pierwszego. Dopełniono tego i znowu cewką spłynęła o wiele płynniejsza ciecz, nieco

zielonawo zabarwiona, w dwójnasób przenosząca ilość pierwszego wypuszczenia. Chora, nadzwyczajnie osłabiona, ułożoną została do łóżka; łyżkami zadawanego wina starano się ją pokrzepić. Przyszła wprawdzie do siebie, lecz odtąd już jój nie widziałem; czy się zebranie płynu powtórzyło, lub nie, powiedzieć nie umiem. Po kilku miesiącach dowiedziałem się o jój skonie.

Jakkolwiek zupełną niedokładnością odznacza się opis choroby pani K., ile że ani istotnej przyczyny jój powstania nie wyszczególnia, ani po dopełnionej operacyi następstw i kresu nawet życia chorój nie oznacza, w czém mnie tłómaczy jednorazowe tylko powołanie do niój i brak bliższej styczności; przecież, kreśląc stan rzeczy dokładnie mi znany, w samym czynie operacyi tyle znajduję ciekawego, że go godnym ogłoszenia i rozbioru oceniam. Główném pytaniem jest, jakiego rodzaju była wodna puchlina brzucha, dwukrotnego zapuszczenia trójgrańca na raz wymagająca. Zdaniem mojem dwie odrębne istniały puchliny. Jedna i zapewne pierwotna, workowa, ścianami jajnika objęta. Druga następna, w wydrążałości brzucha rozlana. Pierwszém przebicem wypuszczono wodę z wnętrza jajnika, którego ściany powolném przez wiele lat odśrodkowém parciem doszły rzadko widzianej objętości, dziewięć kwart cieczy pomieścić zdolnej. Wprowadzony przez cewkę trójgrańca zgłębnik, z górą 10 cali długości mający, nigdzie nie trafiał końcem swoim na opór, lecz się swobodnie po całej obracał otchłani. Drugiego przebicia wymagała ciecz w wydrążałości brzucha zawarta. Wyróżniała się większą płynnością i bledszą barwą od wypuszczonej pierwszym razem. Jest więc pewność, że dla każdój cieczy, odmienne nawet warunki składu posiadającój,

odrębne istniało zachowanie. Miejsce pierwszego przebicia i rodzaj płynu wypuszczonego z największym prawdopodobieństwem przemawia, że workową puchlinę jajnik lewy w sobie mieścił. Ubolewać należy, że wzbronione otwarcie zwłok nie dozwoliło naocznie stwierdzić rzeczywistości wyrozumowania. Drobną więc naukową pozostaje korzyść, że na wypadek podobnego w przyszłości zdarzenia z natychmiastowym dopełniającym drugim przebicciem ociągać się nie należy.

Mówiąc o wodnej puchlinie jajnika, do wysokiego stopnia objętości wzrosnąć mogącej, pozwalam sobie przytoczyć wypadek, dosyć głośny przed kilkunastą laty w Warszawie. Odnosi się on do pani W., lat 40 wówczas liczącej osoby, matki sześciorga dzieci, silnie zbudowanej i przy rozległych czynnościach obszernego wiejskiego gospodarstwa czynnie zajętej, a zawsze czerstwem cieszącej się zdrowiem. Poznałem tę panią przed wielą laty z okoliczności choroby jej męża, po zalewie krwawym mózgu na rozmiękczenie onegoż z niekorzystnym stłumieniem władz umysłowych cierpiącego. Gdy powtórnym zalewem z połowicznym porażeniem ciała dotknięty został, powołano mnie z Warszawy na wieś, celem zrobienia narady z miejscowymi lekarzami. Przy tej sposobności i pani W. zasięgała mojej rady, skarżąc się, że, lubo z lat nie wyszła, od roku już czyszczeń miesięcznych nie miewa, a w lewej pachwinie jakąś twardość uczuwa. Po ściśłym badaniu przekonałem się o przeroście jajnika lewego, dwóm złożonym pięściom ręki mężczyki równającego się. W owym czasie nie sprawiał żadnej dolegliwości, wszystkie urzędy w ciele odbywały

się prawidłowo, przeto sama pani W., przy zajęciu gospodarstwem i kłopotach o ciężką chorobę męża, żadnego leczenia używać nie chciała.

Następnie odbierałem listy o coraz większym wzroście guza, a po upływie roku osobiście pani W. przybyła do Warszawy. Zaproszony, wezwałem do narady kol. *F l a m m a*. Oto stan, w jakim chorą znaleźliśmy: brzuch w dolnej części rozpuchły, jak u niewiasty na zleżeniu będącej, nawet pozornie do ciąży podobny. Powierzchnia jego gładka, pępek niewystający. Opukiwanie w dolnej części daje odgłos tępy, w górnej i po bokach kiszkowy. Uderzenia poboczne o wyraźnym chelbotaniu świadczą. Wprowadzony palec w pochwę maciczną parę cali w górze trafiał na gładką powierzchnię rozrosłego jajnika. W jednym miejscu ściana jego tak była ścięńczoną, iż zdawało się, że same błony pochwy macicznej stanowią od zawartego płynu przegrodę. Szyi macicznej nawet dwoma wprowadzonymi palcami dosięgnąć nie było podobna, albowiem jajnik wyparł z miejsca macicę, tłocząc ją na prawo i ku górze, przez co tworzyła na 6 cali wyżej kości łonowej, z prawej strony linii białej, wypukłość twardą w postaci gruszki, przy nacisku bolesną.

Najmniejsza nie zachodziła wątpliwość, że chorobę stanowiła wodna puchlina jajnika lewego. Wskazauie samo się nastęczało: wypuszczenie płynu. Jednomyslnie zgodziliśmy się na nie; tylko rozbieraliśmy pytanie, jaką drogą wypuścić płyn, czy przez powłoki brzuszne wyżej pachwiny, czy przez pochwę maciczną w miejscu widocznie nastęczającym się. Spóźniona pora wieczorna, nieprzysposobienie się w trójkraniec, a nakoniec i uwaga, że u osoby z tyłu wysokiemi domami spokre-

wnionej wypada dla samej ostrożności przyzwać trzeciego koleżkę, skłoniła nas do odłożenia operacji do rana dnia następnego i przyzwania kol. Le Bruna. Inaczej się stało. Kiedy po dwóch godzinach wróciłem od innych chorych do domu, służący mój oświadcza, że dwa razy przysyłano od pani W. umierającej w hotelu.

Przez drogę biłem się z myślami, co zająć mogło; w końcu pojąłem i wytłómaczyłem sobie tak nagłą zmianę, lecz o los chorąj nie przestałem być w największej trwodze. W powołaniu lekarskiem zdarzają się okropne sceny i krytyczne położenia, przed którymi radby się pod ziemię schował, a znękanemu sercu pomaga tylko balsam własnej pewności i nagradza łaska Boga w powróceniu choremu zdrowia. Tak się i w tym wypadku działo. Za progiem pierwszego pokoju widzę zapłakane dzieci i służących, witają mnie słowami „mama umiera.“ Osoba niosąca im pociechę, zapytana przezemnie, co jest, lakonicznie odpowiada: „źle, jak najgorzej.“ Wbiegam do drugiego pokoju; poważni krewni siedzą ze spuszczonei głowami, zamyśleni, na mój ukłon ani skinieniem odpowiedzieć nie raczą; aby nie spojrzeć, odwracają twarze. Poprzednio przywołany lekarz, poważnym chodząc krokiem i z góry mnie zagadł: „cóżes ty zrobił,-jakże można było, cóż się to stało?“ Zebrałem resztę rozbiegłej przytomności i odrzekłem śmiało. „Co się stało, to ja wiem, a ty albo nie wiesz, albo, jeżeli wiesz, to wiadomości na moję krzywdę używasz.“ Tak stanowcza, pewna siebie odpowiedź upokorzyła koleżkę, a obudziła grzeczność w całym towarzystwie. Okrążyli mnie dla słuchania przebiegu choroby i domyślnego jej obrotu. W tém otworzyły się drzwi trzeciego pokoju,

w którym powołany kapucyn dopełniał u chorój ostatnich chrześcijańskich obowiązków.

Chora leżała na łożku więcj umarła, niż żywa. Twarz jēj, jak chusta blada, powieki zawarte, oczy zapadłe, nos wyciągnięty, usta sino-granatowe. Oddech tak słaby, że go ledwie dojrzcć, ledwie przysłuchem dorozumić się można. Głosu żadnego. Tętno w przedramieniu zupełnie zniknione. Przyłożone ucho do serca słabe tylko tętnienie rozróżnia. Ciało zimne, ręce i nogi zlodowaciałe. Brzuch w całej rozciągłości równo, lecz w nadzwyczajnych rozmiarach powiększony. Chęłbotanie płynu w każdėj stronie wydatne.

Na chwilę nie można było wątpić, że ściany jajnika pękły, a zawartość jego wnętrza w wydrązałość brzusznią wylała się. Samo oblanie i wywartę nacisk massą płynu na tyle trzewiów tłómaczył groźne zjawiska tym wypadkiem w całym ustroju wywołane. Przepowiedni przy na wpół wygasłém życiu nie mogłem stawiać pomyślnėj. Wsparty jednak na dawniejszém doświadczeniu podobnych wypadków, wprawdzie mniej groźnych, lecz szczęśliwie ukończonych, ośmieliłem się rzucić cień nadziei. Wewnątrz dostała chora eter octowy, zewnątrz okładano żywot flanelą, maczaną w ciepłym naparze pomórniku i ziół aromatycznych.

Nazajutrz o godzinie umówionėj przybyli obadwa zaproszeni kolledzy w celu wykonania operacyi. Wyęczeni dobrowolném pęknięciem jajnika, skończyliśmy na naradzie. Chorą zneleźliśmy o wiele lepiej, więcj do życia podobną. Rysy i barwa twarzy były mniej przerażające. Ślad tętna znalazł się w przedramieniu. Oddech był wyraźniejszym, lecz mowa jeszcze stłumiona. Ciało więcj ocieplone.

Przy powyższych lub im podobnych ciągle używanych środkach dzień każdy przyrzucał poprawy. Znalazło się tak obfite oddawanie moczu, że z pewnością wyrzec można, że tą drogą wypróżniła się cała masa wylanego w wydrążałość brzuszna, a następnie w obieg krążenia wessanego płynu. W stosunku do niebezpieczeństwa, jakim zagrożoną była, pani W. nad spodziewanie szybko wyzdrowiała i dzisiaj po upływie lat 16, bez śladu miejscowego cierpienia, w całym znaczeniu najlepszym cieszy się zdrowiem.

Napomknąłem wyżej, że podobnych pęknięć ścian jajnika i wylania się płynu w wydrążałość brzuszna miałem kilka przykładów. Tak jest, lecz podobnie szczęśliwie na zawsze ukończonego, bez wznowionego zebrania płynu w późniejszym czasie w jajniku, ani razu.

Niedawnemi czasy, pani P. w Warszawie, pięćdziesięciu lat dochodząca osoba, kształtnie lecz szczupło zbudowana, od niejakiego czasu nosiła wyżej lewej pachwiny guz, żadnej z niego w początkach nie doznając ani przeszkody, ani dolegliwości. Jednak, skoro wielkością zrównał głowie dziecięcej, różne w sąsiedztwie wywoływał cierpienia, mianowicie tłocząc kiszkę odbytową i pęcherz moczowy. Mechanicznie wstrzymywał wypróżnienia stolca i odejście wiatrów, czego następstwem były rozpierania brzuszne i rozliczne ze złem trawieniem połączone zjawiska. Nacisk pęcherza pociągał potrzebę częstego oddawania moczu, a to z przykrém parciem, dęciem i bolem. Główna na tę okoliczność zwrócona przez chorą skarga spowodowała przyzwanego naprzód lekarza, iż, nie biorąc się do ręcznego wysledzenia, upa-

trywał w trzewiach moczowych siedliska choroby. Jedno śledztwo wystarczyło do rozpoznania wodnego wezbrania w jajniku. W owym czasie pani P. dla ważnych powodów udała się na wieś; bawiąc tam, wiele cierpiała. Powołany lekarz przeraził męża i dzieci oświadczeniem, że to jest rak macicy. Udano się do Krakowa, tam przyznano słuszność naszemu rozpoznaniu choroby. Tego tylko nie pojmuję, jaką sztuką mógł jeden z lekarzy wprowadzić śledczy zgłębnik w wydrążałość macicy, dla przekonania się o jej stanie, kiedy w kilka dni potem, u przybyłej do Warszawy, ani pomyśleć można było o dosięgnięciu palcami szyi macicznej, a sama macica, wypchnięta ku górze, prawie na równi z pępkiem po prawej stronie wyraźnie i z łatwością przez skórę wymacać się dawała. Do stanowczej wówczas narady przybrano kolegów *Le Bruna* i *Glisczyńskiego*. O rodzaju cierpienia nie zachodziła wątpliwość. Uradzono konieczność przebicia jajnika trójgrańcem w okolicy nadpachwinowej. Chora, obawą powodowana, ociągała się z wyborem dnia; nadszedł wreszcie, ale dobrowolnego pęknięcia i wylania się płynu w wydrążałość żywota. W jednej chwili najgroźniejsze okazały się zjawiska, raczej rychłą śmierć, niż zachowanie życia zapowiadające. Chora przetrwała niebezpieczeństwo szczęśliwie i nad spodziewanie szybko do dawnego powracała zdrowia. Po upływie jednakże kilku miesięcy jajnik powtórnie wzrósł do pierwotnej wielkości.

Za radą jednego z lekarzy, sądzącego, że to być może przeistoczenie rakowate jajnika, wymagające wyłuszczenia go z brzucha, udała się chora do Berlina. Tam po naradzie z ósmiu lekarzy złożonej i w ich obecności wzięto się do przebicia. Ile i jakiego wyciekło płynu,

niewiadomo. Po dwóch tygodniach wysłano chorą do Hall w Styryi, dla picia tamtejszej jodynowej wody i brania kąpieli. Lecz te wody wcale jój nie posłużyły. Wycieńczona ciągłym rozwolnieniem, ostatek sił zebrała, aby przynajmniej na ojczystej umierać ziemi.

Po powrocie do Warszawy, domowa wygódka, troskliwa opieka rodziny, pożywna kuchnia i stosowne środki lekarskie przywracały zdrowie, lecz na równi z jego poprawą rozrastał się także jajnik, w końcu doszedł grożącej pęknięciem wielkości. Aby uniknąć tej ostateczności, która, przy pomyślniejszych warunkach zdrowia, stawiała życie na kartę, kol. Glisczyński przebicie wykonał. Następnie ja dwa razy jeszcze też samą czynność powtórzyłem. Szóstemu zebraniu się płynu w jajniku tak wysokie towarzyszyło się wycieńczenie, a gorączka w rodzaju zakaźnej dniem i nocą paliła, że o przebicu ani pomyśleć było można. Jakoż, po dwuletnich zabiegach o utrzymanie pacjentki przy życiu, po dojściu do nadzwyczajnego wychudnienia ciała, w gorączce trawiącej umarła.

W tém zdarzeniu zasługuje na uwagę ta okoliczność, że trzema ostatnimi przebiciami wypuszczony płyn z jajnika był gęstości patoki, przez dosyć obszerną cewkę trójgrańca ciągnął się, wlekl i z trudnością wyciekał, tak dalece, że odpływowi zastrzykaniem ciepłej wody dopomagało się. Po należytóm wypróżnieniu worka, nalewkę wysokową jodu, z razu większą, następnie małą ilością wody dobraną, bez sprawienia najmniejszego bólu przez cewkę wstrzykiwano. Dwa razy ostatnie, płyn wyciekający był tak odrażający i ekliwój woni, że otaczającym osobom zaledwie przy użyciu wódki kolońskiej silna wola wystarczała do pozostania i wytrzymania przy

jego odcieku. Jeżeli więc po pierwszym pęknięciu jajnika płyn wylany w wydrążałość brzuszną, chociaż w części gęstością i składem, mógł mieć dalekie nawet podobieństwo do wypuszczonego przez późniejsze operacye, to zachodzi pytanie, jaką sprawą chemiczną lub fizyczną postarała się natura rozcieńczyć go i uzdolnić do wessania i pozbycia się jednem z cędzideł ciała, tudzież jak ochronić się podołała od krwi zakażenia przy tak wyróżniających się własnościach płynu.

Wiadomo jest, że ostro przebiegające zapalenia jajnika najzwyczajniej ropieniem się kończą. Sprawa zapalna udziela się sąsiednim częściami i przy dodatku wywartego nacisku następuje wzajemne spojenie i zrośnięcie. Jeżeli w takich razach przychodzi do utworzenia się ropnia, to wszystko, co było zapalone, bierze współdział, topi się i czyni łatwem wytlómaczenie otwierania się różnemi drogami zebranej ropy. Do zwykłych, a razem pomysłniejszych należy pochwa maciczna i kiszka odbytowa; biada pęknięciu w wydrążałość brzucha.

Są wypadki, w których na lata przewlekłe zebrania się płynów w wnętrzu jajnika torują sobie do wypróżnień też same drogi, nawet bez wywołania poprzedniego a przynajmniej czynnego zapalenia. Tak, w ubiegłym roku mieliśmy z koll. Glisczyńskim i Apte osobę podeszłego wieku, lat kilkanaście przerost jajnika lewego noszącą, u której przy nieżytowém zajęciu przewodów dechowych i towarzyszącym kaszlu, z wielkiem przerażeniem całej rodziny pękł jajnik przez pochwę i ściekając dni kilka zielonawą, wlekącą się z gęstości cieczą, wypróżnił się całkowicie. Czy się w przyszłości nie zbie-

rze i przy wieku sędziwym będzie czas po temu, z zasadną pewnością ani przeczyć, ani twierdzić nie można.

Otwierania się przez kışkę odchodową miałem kilka przykładów, z których jeden najciekawszy odnosi się do zmarłej przed kilku laty panny S. Była to osoba zupełnie zbudowana, śniadój cery, czarnego oka i włosów, przytém do wieku lat 40 zupełnie zdrowa i szczęśliwego do wesołości usposobienia, które ją nawet wśród dolegliwych często w późniejszym czasie cierpień nie opuszczało. Po wcześniejszej nad zwykły czas utracie miesięczki i bez dania najmniejszych do tego powodów, uczuła może w pół roku później twardość w pachwinie lewej. Sama, sądząc że to przepuklina, utwierdzoną została w tém mniemaniu przez znajomego felczera, który ją nawet w pasek przepuklinowy zaopatrzył. Nosila go istotnie kilka tygodni, pomimo że ból sprawiał, a twardość rosła. W Krakowie ściślejże badanie wyświeciło rodzaj choroby, polecono stosowne środki tak wewnątrz, jak zewnątrz i udania się latem do Buska. Wszystko, co radzono, było robione, ale na guz wpływu nie wywarło, doszedł bowiem wielkości głowy dorosłego człowieka, rozdzielać się nie chciał i nie zrządzając zbytich dolegliwości, prawie trzy lata, jako zmartwiały pasorzyt, uważany był za *noli me tangere* zdaniem wszystkich lekarzy. Panna S. przyzwyczała się do niego i dowcipkowała mianem kry, jakie mu w Krakowie nadano. Mawiała: moja kra latem się nie topi, lub zadawała pytanie, kiedy nadejdzie czas, że popłynie. Otóż kres najmniej spodziewany nadszedł, bo pewnej nocy, bez przyczynienia się w czémkolwiek chorój, guz otworzył się

w kiszce odbytową i wylał prawie bezwiednie w poślanie. Przerazona chora przysłała po mnie; w przeciągu pięciu godzin wychodziła na stolec ośm razy, ilość oddaną oceniała na kilka kwart. Płyn mnie okazany był gęstością i barwą podobny do odwaru siemienia lnianego, z tą różnicą, że w skład jego wchodziły drobne, żółtawe, łatwe do rozgniecenia kulki, do grubego piasku wielkie podobieństwo mające. Dni kilka trwał odpływ w coraz większych przestankach a mniejszej ilości, poczem guz zeszedł do wielkości dużej pięści. W pół roku na nowo wzrastać począł, w 10 miesięcy powtórnie się otworzył. Odtąd dwa lub trzy razy rocznie zbierał się, pękał i zamykał, tak, iż w niespełna pięciu latach powtórzyła się ta kolój 9 lub 10 razy. Płyn wydzielany nabierał z czasem coraz większej gęstości, pierwotna barwa zmieniała się w żółto-brunatną. Początkowo słabo wonny, w późniejszych razach wydawał smród przykry i przenikliwy.

Dni kilka po pęknięciu całe mieszkanie było zapowietrzone. Zdaje się, że po wielu pęknięciach krater jajnika nie zamykał się wcale. Dosięgnąć go było można, lubo z trudnością, w znacznej wysokości kiszki odbytowej. Wydawał się w dotknięciu jakby wrzód rakowaty, środkiem przedziurawiony, o brzegach nierównych, okrążeniu grzybowatém, łatwo krwawiącym. Przykry ból nie dozwalał długiego śledzenia, a tém mniej wprowadzenia w głąbią palca. Wszystkie okoliczności razem wzięte przeważnie wpływały na wyczerpanie całego sił zasobu, a dodawszy do tego wstrzymać się niedozwalające rozwolnienie żołądka, często krwawe, a zawsze z dokuczającym wydymaniem połączone, przy zupełnej nietylko utracie chęci do jadła, lecz nieprzewyciężonym wstręciem

do wszelkiego jedzenia, łatwo pojmiemy wyschnięcie ciała prawie na kośćci i niestety długą walką ze śmiercią.

Opisy chorób jajnika, przezemnie wyżej podane, nie były skreślone w myśli jakiej rozprawy, a tém samém nie mogły mieć na celu wyliczenie wszelkiego rodzaju cierpień i przeistoczeń tego trzewia. Spisałem co ważniejszego w tym względzie widzieć mi się zdarzyło, uważając za powinność dzielić się z kolegami, jeżeli nie wartością przedmiotu, to przynajmniej uczciwą chęcią korzystania z najmniejszej drobnostki w wielkim obszarze wiedzy lekarskiej. Aby więc te kilka opisów nie stanowiły prostej liczby, następne z nich pozwałam sobie wyciągnąć uwagi.

Zawiązek ciężkiej nieraz w przyszłości choroby jajnika, jeżeli mu z miejsca ostre zapalenie (peri, lub endo-oophoritis) nie towarzyszy, zwykle przechodzi niepostrzeżony, lub tak niewydatnymi cechami oznaczony, że rzadko nawet troskliwemu badaniu stanowczo wykryć się dozwala.

Rozwój chorób jajnika zwykle ustaniem miesiączki bywa poprzedzony. Długie czasy nawet ważne przeistoczenia zachowują się obojętnie, bez wpływu na ogólny ustrój. Jajnik, wyłącznego urzędu przeznaczenie mający, zamieszczony w ciele bez wpływu na główne czynności żywotne, chociaż ulegnie samoistnej chorobie, to nie nadwiera z początku zwykłego innych trzewi działania, dopóki nie wzrosnie na pasorzyt pochłaniający na swoje istnienie zasób odżywny na gospodarstwo całego ustroju wyrabiany.

Zaliczając do wyjątkowych ukończeń rozdzielenie się czyli rozejście do pewnego już stopnia wzrosłego obrzmie-

nia jajnika, czego w długim okresie mojego zawodu jedno mógłbym tylko przytoczyć ciekawe zdarzenie, to w ogólności albo wyniszcza ciało, żywiąc się jego kosztem, a czasami nękając przykremlami, albo pociąga w towarzystwo inną jaką chorobę, a z pierwszeństwa wodną puchlinę brzucha. Wątpić należy, aby rzeczony następstwo do pewnego tylko rodzaju przeistoczeń było przywiązane. Równie przy zrakowaceniu jajnika, jak przy workowej jego puchlinie i, co raz jeden widziałem, przy wodunkach w wnętrzu jego rozgnieżdżonych, wodna puchlina brzucha powstaje; w innych zaś razach przy tymże samym rodzaju przeistoczeń z wyniszczenia do śmierci przychodzi, a puchliny nie ma śladu. Zdaje się więc, że jój powstanie raczej na karb ogólnego usposobienia, niż na konieczność wpływu schorzałego jajnika położyć można.

Zwracało to zawsze uwagę patologów, że w trzewiach, bliźniaczy układ mających, pewne choroby z pierwszeństwa osiedlają się częściej w jednej, niż drugiej połowie. Na zasadzie wypadków przezemnie widzianych wnoszę, że cierpienia i przeistoczenia jajnika, z małym wyjątkiem, trzymają się lewój strony. Wyboru jednak tego nie śmiem sobie tłumaczyć, ile że żadnemi prawami położenia lub sąsiedztwa, wpływ wywierać mogącego, usprawiedliwić się nie może.

O leczeniu wieleby się powiedzieć dało; w streszczeniu tak je pojmuję. Są przykłady, że nawet znaczne rozrośnięcie jajnika rozejść się może, nigdy więc próby rozpedzenia zaniedbywać nie należy, zwłaszcza w początkach choroby, kiedy jeszcze o rodzaju przeistoczenia stanowczo wyrzec niepodobna.

W wodnej puchlinie jajnika, skoro niezbitemi dowody stwierdzoną zostanie, jakiegokolwiek rodzaju będzie

płyn zebrany, z wypuszczeniem go przez przebicie długo ociągać się nie należy; uprzedzić bowiem wypadu dobrowolne pęknięcie i wylanie się w wydrążałość brzuszna, co chorą w każdym razie na największe wystawia niebezpieczeństwo, a nawet nagłą śmierć spowodować może.

Rozrosłe i stwardniałe jajniki, bez względu na ich rodzaj, czy uważać w ogóle za *noli me tangere* i czasowi zostawiać w pokoju, lub śmiałym cięciem chirurgicznego noża wyluszczać, to od tyłu zawisło okoliczności, że w ten zamęt dotąd nie zapuszczę pióra, dopóki usiłowania znamienitych chirurgów, obecnie nad wyświeceniem tego przedmiotu gorliwie pracujących, nie dopną pożądanego celu w wytknięciu stanowczych do operacyi wskazań, w wydoskonaleniu i ułatwieniu sposobów jej wykonania, a tém samym w pozyskaniu téj pożądanéj pewności, jaka tak ważnemu przedsięwzięciu przewodniczyć winna, aby złożona na szali ratunku nadzieja odniosła stanowczo przeważający rachunek w liczbie zachowanych przy życiu i uleczonych chorych.



Otwór w podniebieniu twardém przenikający do jamy nosowój. Operacya plastyczna z dobrym skutkiem.

przez Doktora **Kosińskiego**,
Prosektora przy Szkole Głównej Warszawskiėj.

U pana K.....go, oficera N.... pułku piechoty, 27 lat liczącego, wskutek zapalenia kości podniebienia (osteitis) i wynikłėj ztąd nekrozy, po oddzieleniu się znekrozowanėj części kości, utworzył się w podniebieniu otwór okrągły, łączący jamę ust z jamą nosową i mający w średnicy 7 linii.

Przyczyną cierpienia kości była, jak się okazuje z opowiadania chorego, zadawniona choroba syfilityczna. Miał on bowiem w 1857 roku wiewiora (ulcus syphiliticum) na członku, którego, przy użyciu odpowiednich środków, dość prędko się pozbył. W początku bieżącego roku zaczął doświadczać nieprzyjemnego swędzenia i ciągłego zatkania w nosie, co zrazu przypisywał zwyczajnemu katarowi; mieszkając zaś na wsi i nie mając sposobności zasiągnięcia rady lekarskiėj, nie wiedząc nadto

o grożącym niebezpieczeństwie, przez długi czas żadnej kuracyi nie używał. Wtedy dopiero udał się do lekarzy o poradę, gdy wydzielanie się z nosa śluzu ropiastego stało się zbyt cuchnącém, a błona śluzowa nie tylko w nosie, lecz i na podniebieniu zaczęła ulegać wyraźnemu zniszczeniu. Przy użyciu w wielkich dawkach i przez długi czas jodku potasu dalsze szerzenie się choroby zostało wstrzymane, jednak część kości nekrozie uległa, musiała się oddzielić i za pomocą szczypczyków przez jamę ust wydobytą została. Kość tę mam u siebie pod ręką: przedstawia ona czworobok nieregularny wielkości pół cala kwadratowego; dolna jej powierzchnia jest dość gładka, zawiera mnóstwo maleńkich dziurek; w środku jej od przodu ku tyłowi wyraźnie widzieć się daje spojenie czyli szew, przedłużający się na powierzchni górnej w oś, do której była przytwierdzoną przegródka nosowa; brzeg przedni jest gruby, niegładki i ząbkowany; brzeg tylny, również ząbkowany, stanowi tylny brzeg wyrostków podniebniennych kości szczękowych górnych, łączący się z brzegiem przednim kości podniebniennych. Z samego opisu tej części kości już łatwo sobie przedstawić, nie widząc nawet chorego, w jakiej części podniebienia znajdował się otwór; dodam tylko, że postać otworu nie odpowiadała postaci opisanej kości, gdyż, jak powiedzieliśmy wyżej, otwór był zupełnie okrągły, co wynikło niezawodnie ztąd, że po oddzieleniu tego kawałka kości jeszcze później mniejsze kawałki się oddzieliły, których chory nie dostrzegł. Brzegi otworu były nieco zaokrąglone i pokryte gładką blizną, a u góry przedzielała go na dwie równe połowy przegródka nosowa, której brzeg, do otworu zwrócony, był również gładką blizną pokryty. Przez ten otwór z jamy ust mo-

zna było z łatwością wprowadzić koniec palca jak do prawego, tak do lewego przewodu nosowego dolnego.

Naturalném następstwem tego stanu była niemożebność jak przymowania pokarmów i napojów, tak też wyraźnej mowy. Chory, nie zakrywszy sobie otworu, nie mógł nic wziąć do ust, ani przełknąć, albowiem pokarm lub napój wpadał mu do jamy nosowej; głos jego przy największém sileniu się był cichy, nosowy, a wyrazy z trudnością mogły być rozumiane. Dla usunięcia tych niedogodności chory zatykał otwór kłębkiem skubanki, którą zawsze miał przy sobie. Każdy się łatwo domyśli, ile podobne ciągle noszenie w ustach przesiąknięj śliną i śluzem skubanki stało się dla chorego przykrém, a nawet z pewnych względów było niebezpieczném; niebezpieczném, gdyż kłębek łatwo mógł wypaść i być połkniętym, albo, co gorsza, jeżeliby na noc nie był wyjętym z otworu, mógł wnikać do krtani i sprawić zaduszenie. Temi to powodami zniewolony był chory szukać rady lekarskiej; a dowiedziawszy się, że w chirurgii są używane blaszki czyli tak zwane *obturator*y do zasłaniania przedziurawionego lub rozdwojonego podniebienia, udał się do mnie, prosząc, aby mu wskazać, jak i gdzie ma się o takowy obturator starać. Obejrzawszy otwór w podniebieniu, znalazłem, że błona śluzowa po bokach otworu była zupełnie zdrową i w dostatecznej ilości, aby, oddzieliwszy ją od kości i zrobiwszy w pewnych odstępach nacięcia, przenieść ją na otwór i pokryć go. Radziłem więc choremu, aby wprzód, nim się o obturator starać będzie, poddał się operacyi, która go może uwolnić od tego przykrego cierpienia, i że wtedy tylko będzie zmuszonym uciec się do obturatora, jako ostatecznego środka, kiedy operacya pożądanego skutku nie przyniesie.

Zapewniłem zresztą chorego, że operacya sama przez się nie jest ani niebezpieczną, ani zbyt bolesną. Chory chętnie się zgodził na moją radę i w tym celu w końcu października roku 1862 umieścił się w Szpitalu Ujazdowskim.

Wiadomo, że Langenbeck w ostatnich latach operacyą rozdwojonego podniebienia czyli tak zwaną *urano-plastykę* robi w ten sposób, iż razem z błoną śluzową stara się od kości oddzielić okostną i przenieść ją na szczelinę. Wypadek tej operacyi ma być taki, że z błony okostnej tworzy się kość nowa, wypełniająca szparę w podniebieniu. Jakkolwiek oddzielenie tej błony od kości podniebienia ułatwia się tém, że okostna za pomocą ściśłej tkanki łącznej jest mocno z błoną śluzową zrośnięta, to znowu nie mniej dobrze jest nam wiadomo, że jest mocno przytwierdzoną do niegładkiej i chropawej powierzchni kości; wzięwszy nadto na uwagę, że operacya się robi w jamie, gdzie dostęp jest nieco trudny, wątpić można, czy zupełne oddzielenie okostnej jest zawsze możliwe. Sądziłbym nawet, że oddzielenie tej błony częściowe, z pozostawieniem jej gdzie niegdzie przy kości (z powodu samej tylko trudności oddzielenia), dla dobrego rezultatu operacyi jest raczej korzystnym, niż szkodliwym; a to z powodu, że kość, będąc zupełnie obnażoną z okostnej, łatwo może uleść zapaleniu i exfoliacyi. Widziemy wprawdzie nieraz, że powierzchnia kości pozbawiona okostnej pokrywa się granulacyami i zabliznia się, co się mianowicie na kościach czaszki zdarza, (choć do tego są inne warunki, o których nie miejsce byłoby tu mówić), lecz przykłady podobne bądź co bądź są bardzo rzadkie, tak dalece, że w chirurgii jest prawie zasadą, iż powierzchnia kości obnażona i

wystawiona na wpływy zewnętrznego powietrza, wprzód nim się zablizniać zacznie, musi się exfoliować.

Postanowiłem więc na chorym oficerze wykonać operacją w ten sposób, aby z płatami błony śluzowej, które mają być przesunięte, dla pokrycia otworu *przenieść okostnej tyle, ile się da jój oddzielić bez wielkiej trudności*, sądząc, że część jój pozostała przy kości ochroni kość od nekrozy.

Podczas operacji chory (naturalnie niechloroformowany) znajdował się w takim położeniu, w jakim się operuje katarakta na prawym oku, jeżeli operacja nie jest robiona lewą ręką, to jest leżał na wysokim łóżku z głową wtył zarzuconą, mając operującego za głową. Dla okrwawienia rany poprowadziłem w odstępnie na jedną linią od brzegów otworu cięcie przenikające do kości z jednej i z drugiej strony. Nie zrobiłem cięć zupełnie równoległych do brzegów otworu, lecz tak, aby z przodu i z tyłu schodziły się one pod kątem ostrym, przez co na linii środkowej utworzyły się z błony śluzowej dwa ostre trójkąci, podstawą obrócone ku otworowi, a zarazem i ku sobie. Błonę śluzową w tych trójkątach oddzieliłem i usunąłem zupełnie. Tym sposobem otwór, a raczej rana z okrągłej zamieniła się w podłużną. Starąłem się to zrobić dla tego, aby zbliżenie brzegów rany uczynić ściślejším i zabliznienie pewniejším: wiadomo bowiem, jak jest trudne zabliznienie wszelkich otworów przetok, przenikających do jam, a nawet zwyczajnych wrzodów, gdy mają kształt okrągły; a prócz tego, gdybym miał ranę okrągłą i chciał ją połączyć w jedną linią, spotkałbym tę niedogodność, że w środku rany naprężenie byłoby znaczne, gdy po końcach błona śluzowa utworzyłaby fałdy odstające od

kości. Po okrwawieniu brzegów, w odstępnie na 7 — 8 linii od nich z każdej strony poprowadziłem inne cięcie półkoliste równoległe od wyrostków zębowych kości górnoszczękowej i oddalone od nich na kilka linii. Każde z tych cięć przenikało również do kości i miało 15—16 linii długości; przednie ich końce były oddalone od siebie na 10 linii, tylne znajdowały się z przodu dziur podniebiennych tylnych (foramina palatina posteriora). Po starannem oddzieleniu od kości części między temi cięciami a brzegami okrwawionemi zawartych, mieliśmy dwie listwy, połączone z przodu i z tyłu z resztą miękkich części, składające się z błony śluzowej, gruczołków, tkanki łącznej bardzo ściślej, oraz z okostnej, o ile się ta oddzielić dała. Szerokość obydwóch listew razem wynosiła do 15 linii. Przypominamy, że otwór miał w średnicy 7 linii, a po okrwawieniu brzegów 8 do 9^{'''}, listwy zatem, które miały go pokrywać, były, razem wzięte, prawie dwa razy szersze. Nie bez celu to zrobiono: okrycie węższe, będąc mniej odżywianem, łatwo mogłoby obumrzeć; a chociażby i to nie nastąpiło, brzeg jego zewnętrzny mógłby nieprzyrosnąć do podniebienia, a wtenczas mielibyśmy szparę między błoną śluzową i kością.

Po oddzieleniu obu listew, błonę śluzową na brzegach otworu pozostałą odłączyłem i wywinąłem powierzchnią dolną ku jamie nosowej.

Mając tedy dwie oddzielone od kości listwy, przystąpiliśmy do połączenia ich za pomocą pętlic szwu. Cztery pętlice wystarczały do zupełnego zbliżenia brzegów rany i ściślego ich połączenia. Szew był nałożony czterema oddzielnymi płaskimi nitkami z jedwabiu za pomocą haczykowej osadki (porte-aiguille). W tym przy-

padku miałem takową osadkę z przyrzędu do stafilorafii Prof. Pirogowa; listwy przebijałem igiełką z góry, to jest z jamy nosowój ku dołowi. Nitka każda z osobna była związaną podwójnym węzłem za pomocą dwóch cążek, a końce jój były krótko obcięte. Brzegi rany schodziły się ściśle bez wielkiego naprężenia, listwy dobrze przylegały do podniebienia, bo operowany, wzięwszy wody do ust i płócząc je, nie czuł, aby zachodziła do jamy nosowój. Mówił wyraźnie i głośno.

Zapyta kto może, dla czego do zeszyca rany nie użyłem nitek metalicznych, na przykład z drótu cienkiego, tak wychwalanych przez wielu. Wyznać muszę, że dobrego skutku operacyi w ogóle nie przypisuję bynajmniej własności szwu, jaki jest do nich użyty. Szew się nakłada na ranę w celu otrzymania zabliznienia bez ropienia, tak zwanój *prima intentio*: główny warunek do otrzymania tego zabliznienia jest, aby brzegi rany były zdrowe i równe, i żeby dokładnie do siebie przylegały. Spojenie *per primam intentionem* następuje w częściach miękkich w ciągu pierwszych dwóch lub trzech dni; jeżeli się przez ten czas nie uda, musi nastąpić ropienie, a wtedy nie wiele zyskamy na tém, jeżeli szew dłużej jeszcze pozostanie. Inna jest rzecz, jeżeli się obawiamy, aby działaniem mięśni świeża jeszcze blizna nie rozerwała się, jak na przykład przy osteoplastyce *Syme-Pirogowa* i t. p.; lecz tam, gdzie się tego obawiać nie potrzebujemy, używanie przez chirurgów szwów srebrnych, żelaznych, jedwabnych i t. d. zależy jedynie od osobistego upodobania, jest to rzecz gustu. Zarzut jedyny przeciwko nitkom jedwabnym jest ten, że wywołują ropienie. Jeżeli i rzeczewiście tak jest, to ropienie w dziurkach szwu w pierwszych dniach nigdy nie jest tak znaczne,

aby mogło przeszkodzić do osiągnięcia spojenia *per primam intentionem*. Po zdjęciu szwu otworki, w których się jedwab' znajdował, już w parę dni zablizniają się bez śladu; a każdy się zgodzi na to, że, gdzie idzie o ścisłe i równe połączenie rany, tam szew jedwabny jest najbardziej odpowiedni. Nitka metaliczna zbyt cienka przerywa brzegi rany, gruba nie zbliża ich dokładnie. Z resztą i nitka metaliczna, jako ciało obce, nie zostaje w ranie bez wywołania choć małego ropienia. W obecnym przypadku chodziło mi głównie o ścisłe zbliżenie rany i dla tego użyłem nitek jedwabnych.

We dwie doby po zrobionj operacyi zdjąłem dwie pętllice szwu, dwie inne zostawiłem i zdjąłem je dopiero na czwarty dzień. Rana była zrosniętą zupełnie, nie rozchodziła się ani na jedną linią; listwy do podniebienia przylegały dobrze. Dwie rany po bokach podniebienia były wypełnione skrzepami krwi; w kilka dni oczyściły się zupełnie i pokryły się granulacyami, a następnie zaczęły się od brzegów zablizniać. Choremu po operacyi było zalecone, aby mało mówił, nie czyścił zbyt gwałtownie nosa, dyetę ograniczył do mleka i herbaty i często płókał usta i nos, w pierwszych dniach wodą zimną, a później rumiankiem. Po zatuszowaniu na 8my dzień ran bocznych saletranem srebra zagojenie nastąpiło zupełnie. Blizna na linii środkowej, przedłużająca się z przodu i z tyłu w szew podniebienia (*raphe*), była prawie nieznaczną.

W trzecim tygodniu po operacyi chory jadł i pił bez żadnej przeszkody, mowa stała się zupełnie czystą. Badając miejsce, gdzie się otwór znajdował, czułem twardość chrząstkowatą, na co zwróciłem uwagę kolegów, którzy się o tém przekonali. Może po upływie

dłuższego czasu będę miał sposobność widzieć operowanego i przez ukłócie szpilką przekonać się, czy się kość nowa odrodziła, lub nie.

Nadmienić winienem, że oddzielenie obu listew od podniebienia kostnego było zrobione skaryfikatorem, jaki się w okulistyce do skaryfikowania powiek używa. Narzędzie to odpowiadało celowi bardzo dobrze. Krwotok podczas operacji nie był wprawdzie znaczny, jednak zmuszał chorego co chwilę przepłókiwać usta i nos zimną wodą; to znacznie przedłużyło operację, która trwała 35 minut.

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE.

Kilka słów o kongresie oftalmologicznym w Paryżu (*)

podał Dr. Paweł Kruniewicz.

Dnia 30 września 1862 r. o godzinie 1éj po południu przy *rue Cadet Nr. 16*, w tak zwanéj *Salle du Grand Orient de France* w Paryżu, zgromadziło się około 150 lekarzy okulistów przybyłych ze wszech stron świata. W liczbie ich można było zauważyć prawie wszystkich luminarzy na polu oftalmologii. Niektórzy z nich, by stanąć na kongres, musieli odbyć dobrą podróż, lądem, inni morza, a nawet Ocean przepłynąć. Wszystko to jednakże nie wstrzymało szlachetnego zapału tych zacnych mężów, owszem każdy z nich spieszył z niecierpliwą żądzą, by się czegoś nowego dowiedzieć, lub co nowego zakomunikować, w wątpliwych kwestiach zdania doświadczonych zasięgnąć i za pomocą osobistego porozumienia się jałowój polemiki uniknąć. Każdy też z nich i krajowi swojemu się zasłużył, bo w obec przedstawicieli ludów cywilizowanych godnie świadczył o jego intelligencji i pracownikach dla dobra całej ludzkości. Słusznie więc kraj każdy chlubi się takimi

(*) Porównaj uwagi zamieszczone na początku tego poszytu, str. 65. Krótką wiadomość o tym zjeździe okulistów miał już czytelnik w ostatnim poszycie przeszłorocznym Pamiętniku. (Tom XLVIII, str. 395—397).
Prz. Red.

obywatelami, a inne ludy czczą i poważają ten naród, co wy-
daje męźów światła i prawdy.

Pierwszemu posiedzeniu kongresu przydywał nieusta-
jący komitet oftalmologiczny, członkami którego byli: prezes
Dr. Sichel, wice-prezesa DDr. Desmarres i Giraud-
Teulon i sekretarz Wecker. Komitet rozpoczął swoje
działanie przedłożeniem Zgromadzeniu okulistów projektu u-
stawy terażniejszego kongresu, pierwój przez tenże komitet
przygotowanego. Roztrząsanie tego projektu trwało prawie
dwie godziny; artykuły niektóre uległy zmianie, te zaś,
które dawały szczególniejszą władzę komitetowi lub też utrud-
niały wolny wstęp każdemu z lekarzy, były zupełnie odrzuco-
ne. Załatwiwszy się z ustawą, Towarzystwo lekarzy przystą-
piło do wyboru prezydenta kongresu, dwóch wice-prezyden-
tów i 2ch sekretarzy. Większością głosów byli wybrani Vle-
minckx na prezydenta, Donders i Desmarres na
vice-prezydentów, a Giraud-Teulon i Wecker na sekre-
tarzy. Dra Sichel zaszczycono tytułem honorowego prezesa.

Dnia 1 października posiedzenie kon gresu rozpoczęło
się odczytaniem protokołu posiedzenia poprzedniego; następnie
ogłoszono nazwiska tych członków kongresu, którzy się zapi-
sali dla zakomunikowania ustnego lub czytania w przedmiocie
okulistyki. Poczém pierwszy zabrał głos Dr. Knopp (z Hei-
delberga). Mówił on o teoryi astygmatyzmu, przyczém przed-
stawił swego pomysłu przyrząd optyczny. Za pomocą tego
przyrządu łatwo było przekonać się, że oko najlepiej sformo-
wane ma dwa ogniska, jedno dla promieni przechodzących
w kierunku południka prostopadłego, drugie zaś dla promieni
poziomych. Zwracał on nadto uwagę na tę okoliczność, że
za pomocą oftalmoskopu można bardzo często w razach astyg-
matyzmu widzieć brodawkę nerwu wzrokowego szerszą w jed-
nym lub drugim kierunku. — Dr. Courseraine mówił o egi-
pskiem zapaleniu oczów i jego skutkach; przy uporczywych
granulacyach radził nie tylko wycinać spojówkę powiek zajętą
przez granulacye, lecz nawet i *ligamentum tarsi*. Przeciw
temu sposobowi wielu lekarzy powstało z pewnym oburzeniem.
Najsilniej protestowali okulista A b b a t z Egiptu i Belgijczyk

Dr. Eliot. Ten ostatni z resztą utrzymywał, że lekarze belgijscy, granulacye zwyczajnym sposobem lecząc, otrzymują świetne rezultata; używają oni w pierwszych dwóch okresach téj choroby *mucilaginem tannicam* albo siarczan miedzi, a w 3m i 4m, gdy przezroczyste i miękkie ziarna stają się już twardemi, uciekają się do saletranu srebra lub nacięć (incisio).

Dr. Arlt (profesor z Wiednia) dowodził, że *musculus orbicularis palpebrarum* dzieli się na dwie części, że to można widzieć przy jego ścięgnię wewnątrzniem i że włókna tego muskułu dolne dochodzą do skrzydeł nosa; ztąd też Arlt wnosił, że u starców fałdy pod oczami powstają skutkiem wyraźniejszego rozdzielenia się tych dwóch części. Rozprawił też i o tém, że zewnętrzna część tego muskułu przyczynia się do osuwania się zewnętrznego kąta oka przy zamykaniu powiek. Na to Donders odparł profesorowi wiedeńskiemu w krótkich lecz dobitnych wyrazach, że uważa za niedostateczne objaśnienie opuszczania się zewnętrznego kąta oka podczas zamykania się powiek, działaniem li tylko części zewnętrznój *m. orbicularis*. P. Arlt zapomniał przy téj teorii, ciągnął dalej Donders, działania *musculi levatoris palpebrae*, który, podnosząc powiekę, podnosi zarazem kąt oka zewnętrzny, przy zamykaniu zaś powieki, jak wiadomo, działanie jego ustaje, skutkiem czego kąt oka powraca na swoje miejsce.

Dnia 2 października, na trzeciém posiedzeniu, z kolei pierwszy zaczął czytać Dr. Schweiger *de retinitide pigmentosa*. W téj pracy autor najwięcej zwracał uwagę na dwójakie źródło zabarwienia siatkówki w téj chorobie: a) naczynia samój siatkówki w jednych razach, b) w innych zaś *membrana choroidea*, której barwik przeistoczony dostaje się do siatkówki (? — Red.)

Dr. Ruete z Lipska przedstawił metaliczny przyrząd swego wynalazku, który miał kształt powiększonych osi i średnic oka, otoczonych metalicznymi pręcikami w kierunku możliwych promieni. Za pośrednictwem tego przyrządu dowodził okulista lipski, że, jeżeli dwa promienie osiowe, jako też dwa wierzchnie i dwa dolne krzyżują się, inne nie mogą

z sobą się krzyżować. Gdy więc oczy będą skierowane ukośnie na jakibądź przedmiot ku dołowi i na zewnątrz, ku górze i na zewnątrz, bądź na prawo bądź na lewo, wówczas, chociaż osie optyczne będą się spotykać, osie poboczne (południkowe) w żaden sposób się nie spotkają. Dowcipny pomysł i dowodzenia R u e t e g o były dobrze przyjęte przez całe Towarzystwo lekarzy i wywołały oklaski.

Dr. H a s n e r (z Pragi) zwracał uwagę na operacyą odrywania zrosnięć tęczy od torebki soczewkowej (*capsula lentis crystallinae*) za pomocą haczyka tępego, wprowadzonego przez zrobiony otwór w rogówce i następnie pod zrosnięcie. Wskazany sposób operacyi wyzwał dosyć długie rozprawy. Szkoła Berlińska reprezentowana przez G r ä f e g o, L i b r e i c h a i W e b e r a, była przeciw używaniu tępego haczyka. Szkoła zaś Wiedeńska w osobach A r l t a, K n o p p a i innych podtrzymywała Dra H a s n e r a. W e b e r powoływał się przy tém na S t r e a t f i e l d a używającego jakoby do téj operacyi także haczyka, tylko ostrego, na co obecny tu Londyński okulista C r i t c h a t zapewnił W e b e r a, że jego kolega S t r e a t f i e l d nigdy w takich razach ostrego haczyka nie używa. Rozprawy wszczęte z tego powodu dały panu D e s m a r r e s sposobność wyrazić też swoje zdanie, iż on nie sądzi, ażeby można było przy dzisiejszym stanie nauki, narażać oko chorego na niebezpieczeństwo ze wszechmiar tak wątpliwéj operacyi; mówił nadto, iż chcąc oderwać szerokie zrosnięcie błony tęczowéj, można narazić się na zranienie soczewki lub też całkowitą nieemożebność oderwania; chcąc zaś zastosować tę operacyą do niewielkich zrosnięć, nie widzi on ani korzyści, ani powodu, trudno bowiem przypuścić, aby małe zrosnięcie mogło być przyczyną chronicznego zapalenia błony tęczowéj, gdyż zdarzały mu się przykłady kilkakrotnego chronicznego zapalenia bez najmniejszych zrosnięć; widocznie więc zależy to od chorobliwego stanu naczyń téj błony, a nie od samych zrosnięć, jak mniemają niektórzy autorowie.

Dr. G r ä f e (z Berlina) ustnie zakomunikował o rozpoznawaniu i leczeniu zézowatości (*strabismus*). Starał się on dowieść nasamprzód, że nie hypermetropia jak utrzymuje D o n-

ders, jest najczęstszym powodem do strabizmu, lecz inne przyczyniają się do tego cierpienia, jakoto: konwulsye w dzieciennym wieku, a także wiele nerwowych i innych chorób spowodzają skrócenie pojedynczych mięśni oka. Przy rozpoznawaniu skoszenia oka Gräfe radzi: 1. wypróbować każde oko z osobna, jak ono może widzieć z daleka i z bliska. Jeżeli oba oczy są dosyć silne, to w takim razie każde z osobna może rozróżniać jednostajnie przedmioty oddalone; — to się łatwo poznaje zakrywając z kolei to jedno oko, to drugie. 2. Przekonać się o harmonii ruchów oka; w tym celu Gräfe każe choremu utkwić wzrok w jakikolwiek mały przedmiot trzymany przed jego oczami na przestrzeni 1go metra i wtenczas zakrywa ręką zdrowe oko chorego, w skutek czego oko chore, zrobiwszy pewne wysilenie, zwróci się ku wskazanemu przedmiotowi, oko zaś zdrowe pod zasłaniającą go ręką skieruje się mniej lub więcej na zewnątrz (deviation). Potém, gdy się nagle odkrywa oko zdrowe, to się najwidoczniej postrzega, że ono było odwrócone od przedmiotu, lecz w téjże samej chwili zwraca się ku niemu. To postrzeżenie powinno służyć za najwyraźniejszy dowód braku symetrii ruchów w obu oczach. Przy rozpoznawaniu jako też i leczeniu oczu hypermetropów Gräfe radzi się posługiwać wypukłemi soczewkami Nr. 10, 18, 20 lub 40. W słabym stopniu zézowatości radzi używać szkła pryzmatyczne, których podstawa powinna być zwróconą ku stronie przeciwnéj samemu zboczeniu oka. Gräfe zrobił przytém uwagę, że największy wpływ wywierają pryzmy na mięśnie proste wewnętrzne, mniej są skutecznemi na zewnętrzne, górne i dolne; pozostają zaś bez żadnego wpływu na ukośne. Operacya w tych razach jest bardzo dobrym środkiem, lecz trzeba umieć zastosować ją do stopnia zézowatości. Wiądomo, że podczas operacyi oka zézowatego mięsień przy miejscu przyczepienia się jego do twardówki (sclerotica) bywa zazwyczaj zupełnie przecinany, i że następnie przyrasta w części bardziej ku tyłowi twardówki zbliżonéj. Otoż Gräfe dowodził, że przy słabéj zézowatości nie ma potrzeby przecinać cały mięsień, lecz że dosyć jest nadciąć niektóre tylko jego włókienka. W znacznym zaś stopniu zézowatości prze-

cięcie samego mięśnia nie wystarcza, konieczne potrzeba poprzecinać nadto i wszystkie jego boczne odnogi.

Oprócz tego Gräfe zakomunikował jeszcze: *a)* o innerwacji muskułu zastosowanego Brücke'go i *b)* o postrzeżeniach swoich nad działaniem makowca (opium) na tęczę. Co do pierwszej dowodził on, że w podłużnych pęczkach włókien muskułu Brücke'go przechodzą włókienka nerwu 5tej pary, w poprzecznych zaś włókna nerwu sympatycznego. Rozszerzenie źrenicy za pomocą atropiny jest następstwem sparaliżowania muskułu Brücke'go, skutkiem czego akkomodacja się znosi. Chory w takich razach widzi przedmioty oddalone, lecz nie widzi bliskich. Co się tyczy działania makowca (opium) Gräfe zauważył, że po zastrzyknięciu podskórném przetworów makowca następuje zwężenie źrenicy.

Rzęsistemi oklaskami Towarzystwo dało dowód uznania prac Profesora berlińskiego.

Dr. Giraud-Teulon (z Paryża) urządził nową tablicę Jägera różnych czcionek druku, służących do zbadania różnych stopni siły wzroku. Cała innowacja na tém zależała, iż okulista paryzki wyraził miarą metryczną odległości, w jakich wzmiankowane druki najlepiej czytać się dadzą. Donders przy téj zręczności zrobił uwagę, że tablice jego ziomek, tak Snella jak i Van Haanana podobnie są urządzone, lecz że tablica p. Giraud-Teulon jest pełniejszą.

Dr. Liebreich przedstawił okazały atlas z chromolitografowanemi rysunkami chorób wewnętrznych oczu, badanych za pomocą oftalmoskopu. Przymem podał ogólne rysy chorób wyrażonych rysunkami w tym atlasie (1).

Dr. Ksawery Gałęzowski (Adjun. kliniki p. Desmarres) czytał sprawozdanie z chorób wewnętrznych oczu, spostrzeganych przez niego w ciągu 1861 roku w klinice p. Desmarres za pomocą oftalmoskopu. Zwrócił on uwagę na niezbędnosc statystycznych wywodów tych chorób i wykazał, że z badanych przez niego najczęstszymi były: *a)* congestio retinae,

(1) Praca ta była przyjęta przez okulistów z wielką sympatją. P. aut.

b) atrophja nervi optici i c) staphylova posticum. Nad każdą z tych chorób czynił swoje uwagi i opisywał dosyć szczegółowo ich przypadki. Obok wielu zajmujących przykładów przytoczył p. Gałęzowski jeden bardzo ciekawy pod względem praktycznym, a mianowicie: Szanowny nasz ziomek obserwował u pewnego chorego mocne przekrwienie nerwu wzrokowego jednocześnie z próchnieniem zębów i szczęki górnej. Otoż po wyrwaniu chorych zębów i ustaniu pomienionego próchnienia, ustało zarazem i przekrwienie n. wzrokowego. Mówiąc o albuminurii i jednoczesnym cierpieniu siatkówki, radził p. Gałęzowski odróżniać trzy okresy téj choroby: 1szy apoplektyczny, w którym przedstawiają się liczne ogniska apoplektyczne rozchodzące się w koło brodawki nerwu wzrokowego w kształcie promieni, jak to można było widzieć w pokazanym rysunku. Sama brodawka jest przytém mocno nastrzyknięta. 2gi okres zaczyna się od początków stłuszczenia w mowie będących ognisk, które się przedstawiają również w postaci rozrzuconych po siatkówce plamek żółtych. 3ci okres, w którym cała środkowa część siatkówki skutkiem połączenia się tych plamek z sobą przedstawia tłuszczowe przerodzenie się. Mówiąc *de amaurosi cerebrali*, p. Gałęzowski zwracał uwagę na dwie całkiem oddmienne postacie: a) zanik nerwu wzrokowego, przyczém brodawka jego (papilla), jakkolwiek zmniejszona, zachowuje wyraźne jeszcze kontury i b) 2a zjawia się w postaci infiltracyi brodawki nerwu wzrokowego, pochodzącej z ucisku wywieranego przez guzy na skrzyżowanie nerwów wzrokowych lub będącej następstwem chorób zapalnych niektórych części mózgu, przedewszystkiém zaś *corporum geniculatum* lub *eminentiae quadrigeminae*. Załączone przytém ryciny bardzo dokładnie cały ten przedmiot objaśniły (1).

(1) Winniśmy tu powiedzieć kilka słów o naszym ziomku, szanownym Dr. Ksawerym Gałęzowskim. Pracując z wielkiém zamiłowaniem w zawodzie okulistycznym prawie już od trzech lat, zajmuje się on badaniem chorych w klinice p. Desmarres. Ma téż materyału poddostatkiem: przeszło sto chorych przychodzi codziennie po radę do tego zakładu. Dziś już p. Gałęzowski nieraz wyręcza ojca i syna pp. Desmarrów, i sam na

Dnia 3 października ostatnie posiedzenie godziną wcześniej się rozpoczęło.

Dr. *Marques* (z Lizbony) czytał o skutecznym leczeniu kurzej ślepoty (hemeralopia i nyctalopia), za pomocą ol. *jecoris aselli*. Zapewnił, że on i niektórzy z jego ziomeków otrzymywali w ten sposób najświetniejsze rezultata.

Dr. *Donders* (z Utrechtu) mówił o hypermetropii, jako najczęstszej przyczynie zezowatości, przyczem tę zrobił uwagę, że oczy krótkowidzowe skłonne są bardziej do zezowatości wewnętrznej (*strabismus convergens*) a dalekowidzowe do zewnętrznej (*strabismus divergens*). Dowiódł tego za pomocą figur przedstawiających samą organizację tych dwóch różnych patologicznych stanów. Następnie wytłómaczył i znaczenie samej hypermetropii na zasadzie rozmiarów średnicy przednio-tylnej, to jest, że w oczach dalekowidzów siatkówka znajduje się między ogniskiem soczewki a samą soczewką, czyli inaczej że ognisko znajduje się poza siatkówką, skutkiem czego promienie idące od jakiegokolwiek przedmiotu padają na powierzchnię siatkówki przed skrzyżowaniem się ich, ztąd też takie oko żadną miarą nie może widzieć przedmiotu.

Dr. *Williams* (z Cincinnati w Ameryce północnej) czytał o leczeniu *pannus* za pomocą inokulacji. Metoda ta wywołała żwawe rozprawy i w końcu przez wszystkich lekarzy była jednomyślnie odrzucona.

Dr. *Rivo-Landro* (z Lyonu) komunikował swoje doświadczenia nad leczeniem poczynającą się katarakty za pomocą metody p. *Sperino* to jest *paracentesis* powtarzaną

swoję rękę ordynuje. Nadto miéwa w tój klinice wykład o zastosowaniu oftalmoskopu do rozpoznawania wewnętrznych chorób oczu. Po większej części lekarze z różnych stron świata przybyli słuchają go i zaręczali mi sami, że z jasnego i dokładnego wykładu p. Gałęzowskiego wiele korzystają. Istotnie, z zadziwiającą biegłością włada on oftalmoskopem i nadzwyczaj trafnie rozpoznaje choroby. Każdy raz, gdy odwiedzałem klinikę Desmarra, nie mogłem dosyć nacieszyć się widokiem ochoczej i niezamordowanej pracy Dra Gałęzowskiego, wiedząc że wcześniej czy później z tój pocziwój pracy kraj nasz skorzysta.

Prz. Aut.

po 20, 30 do 50 razy u jednego i tegoż chorego. Otoż pan Rivo-Landro utrzymywał, że u 5 lub 6 chorych operowanych przez niego w ten sposób nie otrzymał najmniejszego rezultatu i dla tego odrzuca tę metodę, jako niebezpieczną i niepraktyczną. Prawie wszyscy z obecnych zgodzili się na ten wniosek. Tymczasem p. Reymond, szef kliniki p. Sperino, bronił tego sposobu, dowodząc, że p. Sperino otrzymywał najświetniejsze rezultata, lecz nie we wszystkich przypadkach. Radzi zatem nie odrzucać stanowczo téj metody, lecz owszem wypróbować ją w takich przypadkach, w których ją zastosowuje sam p. Sperino, to jest w kataraktach peryferycznych twardych, i centralnych (?). Mimo to jednakże lekarze Kongresu powtórnie potępilli tę operacją jednogłośnie.

Dr. Coccius (z Lipska) wynalazł oftalmoskop, za pomocą którego można widzieć wewnątrz własnego oka. Składa się ten oftalmoskop z małej rurki (6 centimetr. długości) mającej na jednym końcu zwierciadło wklęsłe obrócone na zewnątrz, z otworem małym pośrodku i soczewką wypukłą, na drugim zaś końcu na diafragmie jest umocowana wypukła soczewka służąca do ześrodkowania promieni światła przechodzących do środka rurki przez okrągły, bardzo mały otwór (wielkości 6 milimetrów w średnicy) znajdujący się z boku diafragmy. Chociaż p. Coccius starał się dowieść ważności swego narzędzia w oznaczaniu południków oka, lecz nam się zdaje, że w praktycznym użyciu nie da się ono zastosować. Sposób zastosowania tego oftalmoskopu jest następujący: patrzy się prosto na lampę, a promienie światła już wracające z wnętrza oka odbijają się na zwierciadle i przedstawiają naszemu oku własne jego wnętrze.

Dr. Fano czytał o kataralném zapaleniu woreczka i przewodzie łzowym, dowodząc, że na wewnętrznej ich powierzchni tworzą się granulacye, a zatem do leczenia ich radził używać *tincturam iodi* zmieszaną po połowie z wodą.

Dr. Abbatt (z Alexandryi) czytał o autoplastyce *corneae pellucidae* za pośrednictwem przyklejania gummą lub kazeiną świeżo wyciętej rogówki u żywych zwierząt do oka ludzkiego!!! Komunikacya ta najmniejszej uwagi kongresu nie

zwróciła i pozostała nawet bez zarzutów. Dr. Furnari wystąpił z uwagami nad algierskim zapaleniu oczu, które co do istoty niczém się nie różni od egipskiego.

Dr. Jules Guérin pokazywał niedawno operowanego przez się chorego za pomocą tak zwanéj *tenotomia subconjunctivalis*, przyczém dowodził, że on pierwszy zaczął używać tego sposobu. Wszystkim jednakże wiadomo, że sposób ten w Anglii jest już od dawna praktykowany.

W ostatku zgromadzenie prosiło Dondersa o wyjaśnienie teoryi astygmatyzmu. Znakomity ten fizyolog pośpieszył zadosyć uczynić żądaniu kolegów. Donders zaczął od tego, że astygmatyzm jest częstszy, niż się można było spodziewać. Zależy on właściwie na tém, że soczewka nie jest régularnie sferyczna, lecz że jéj profil prostopadły jest więcej albo mniej wypukły od profilu poziomego; ztąd tedy jedni chorzy łatwiej rozróżniają linią pionową, inni poziomą. Taką wadę można poprawić za pomocą szkieł cylindrycznych. Że zaś tą wadą mogą być dotknięci zarówno krótkowidze, jak i hypermetropi, a więc i szkła powinny być używane w jednych razach cylindryczno-wklęsłe, w innych wypukłe. Donders zwracał i na to uwagę, że są przypadki nadzwyczajne, (wprawdzie rzadkie), w których w jedném i témże samém oku profil soczewki prostopadły jest natury krótkowidzów i potrzebuje szkła wklęsłego cylindrowego, gdy tymczasem profil poziomy jest natury hypermetropijnéj, a więc tylko szkłem wypukłym cylindrycznym poprawiony być może. Rozpoznaje się astygmatyzm za pomocą tychże szkieł lub szczeliny (fente), to jest tak urządzonych okularów, że chory patrzy tylko przez wąską podłużną lub poprzeczną szparę. Jedni astygmatycy widzą lepiej przez szpary podłużne, inni przez poprzeczne. Długie i pokilkakrotne oklaski zgromadzenia świadczyły o sympatii i wysokim szacunku dla pracy i zasług znakomitego fizyologa-okulisty. Donders najwidoczniej w opinii całego kongresu najwyżej stanął (1).

(1) Nie mogę się powstrzymać od skreślenia w kilku wyrazach powierzchni tego znakomitego męża. Ma on lat około 40, wzrost

Kongres zakończył swoją czynność wyborem czasu i miejsca na przyszły zjazd okulistów. Zaproponowano miasta: Londyn, Wiedeń, Berlin i Heidelberg. Co do czasu także z razu były zdanie podzielone: jedni żądali zjazdu po upływie trzech, drudzy pięciu lat. Większością głosów postanowiono zwołać przyszły kongres do Wiednia za 4 lata, to jest w 1866 roku. Członkami nieustającego komitetu w Wiedniu wybrani: A r l t, J ä g e r i G o l z.

Na bankiecie wznoszone były toasty na cześć wybitniejszych postaci naukowych jak Dondersa, Gräfe'go i t. p., a potem pili zdrowie uczonych każdej narodowości, a raczej każdego mocarstwa.

piękny, rysy twarzy bardzo regularne, głos przyjemny, wymowa pociągająca. Ruchy i postawa nader szlachetne; nieustanna zaś praca nad nauką, utwierdzając w nim głębokie poczucie i zamiłowanie prawd wszechludzkich, odwiecznych, wyraża się w całej tej postaci niezależnością i tą niekłamana skromnością, która po wszystkie czasy zdobyła prawdziwych mędrców.

Prz. Aut.

WYCIĄGI Z LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

POŁOŻNICTWO.

K e h r e r. O leczeniu gorączki połogowej.

Pomimo znakomitego wyświeatlenia etiologicznej i patologicznej strony gorączki połogowej przez nowsze badania patologiczno-anatomiczne, wiadomy jest wszystkim wypadek rozpraw, które się toczyły w Akademii Paryzkiej o leczeniu téj ciężkiej niemocy: „que le traitement de la fièvre puérpérale est encore à trouver.“ To zdanie podzielają po wszystkich krajach lekarze powołani do działania w epidemiach złośliwych. Wszyscy zgodnie wygłaszają, że wszelkie leczenie już wybuchłej gorączki połogowej jest nadaremne, i że się należy zająć wyłącznie leczeniem zapobiegającym.

Dr. K e h r e r z Giessen utrzymuje, że teoria zapalenia najbardziej zdyskredytowała terapią gorączki połogowej i że leczenie będzie dopóty przewrotne, dopóki jój nie będziemy uważać jako ostre zatrucie krwi. Wykazane ślady ubiegłego zapalenia przy sekcyach zdawały się potwierdzać to fałszywe zdanie, jakoby gorączka połogowa zależną była od jakiegoś stanu zapalnego. Bezwątpienia wydarza się szereg przypadków, w których zapalenie, albo inne jakieś miejscowe cierpie-

nie wprzód się objawia, a potem dopiero występuje gorączka. Tu zaliczyć należy mianowicie przypadki sporadycznej gorączki połogowej powstałej skutkiem obrażenia pochwy i macicy przez kleszcze lub obrót. Te postacie są następstwem miejscowego cierpienia i wymagają istotnie przedewszystkiém leczenia miejscowego.

Inny zaś zachodzi stosunek w największej liczbie przypadków wydarzających się w instytutach położniczych. Tu już ciężarne zapadają, poród bywa często nieprawidłowy, zaraz po nim znajdujemy puls nadzwyczaj przyspieszony; po 1, 2—3 dobach dreszcz ze znacznie przyspieszonym pulsem, ból i wzdęcie żywota, skóra sucha, upadek sił, oczy zapadłe, szklane, wyraz twarzy bardzo cierpiący i t. d. Po kilku dniach chore z nadzwyczaj wzdętym i bolesnym żywotem umierają. Sekcja wykazuje wypocenie serwatkowe, krwawo-serwatkowe, ropiastoplastyczne w jamie brzusnej. Byłożto zapalenie? Z pewnością nie pierwotne zapalenie, ale ostre zatrucie krwi, bez lub z wypoceniem. Są na to dowody i ze stanowiska klinicznego i patologiczno-anatomicznego: zjawiska u chorych i na trupie wykazują bez zaprzeczenia ogólną chorobę krwi, jako pierwotną, która się objawia jako sama gorączka, lub też jako gorączka z miejscowemi cierpieniami, jakoto w układzie żylnym i limfatycznym rozmaite stany zapalenia, które, równie jak i owa gorączka, są symptomatami ogólnej choroby. W innych razach gorączki połogowej uważać należy zapalenia jako czysto następne, jako skutki poprzedzających je wypocin. Skutkiem bowiem przypadkowego dostania się do jamy brzusznej uryny, żółci i t. d. występuje szybko przebiegające zapalenie otrzewnej; podobny skutek wywołują przepociny otrzewnej w połogu, które początkowo powstały z prostego podrażnienia.

Czy zatem w gorączce połogowej zapalenie jest tylko symptomatem, czy też *obok niej* istnieje, zawsze ono jest li skutkiem, a nie przyczyną ogólnej choroby, i niesłusznie się dzieje, jeśli przy leczeniu za nadto się zwraca uwagę na te i wszelkie inne cierpienia miejscowe. Wszyscy prawie w nowszych czasach uważają gorączkę połogową za chorobę ogólną, a jej umiejscowienia za mniej ważne, jednakowoż przy leczeniu

za nadto uwzględniają w epidemicznój gorączce połogowój miejscowe przypadłości.

Środki zalecane przez K e h r e r a już były wprowadzie i przez innych zachwalane i znów zarzucone, jak: china, opium, camphora, ale autor utrzymuje, że razem skombinowane okazały mu się bardzo skutecznymi. I tak zadawał chorym $\frac{1}{8}$ gr. morfiny, którąto dawkę powtarzał 2, 3, 4 razy na dobę, stosownie do stopnia bólu w żywocie. Jednocześnie z morfiną, lub w godzinę po niej przepisywał:

Rp. Camphor. scrup. $\frac{1}{2}$.

Gm. mimosae drachmam.

Aq. chamomill. unc. tres.

Liq. ammonii acet.

Sacchari albi aa. unciam. MDS. Co 2 godzin łyżkę, naprzemian z proszkami chinii sulphur. gr. 1 pro dosi, zadając dniem i nocą do ustąpienia symptomatów, co się odbyło, przy silnych potach i powiększonej sekrecyi uryny, odchodów połogowych i pokarmu, w przeciągu 1—2 dni. Raz jeden polepszenie dopiero 5go dnia nastąpiło. Na biegunkę nie zwracano uwagi. W czasie epidemii w Giessen w roku 1859 chore, leczone podług innych metod, prawie wszystkie umierały; 12 chorych, przedstawiających tenże sam śmiertelny obraz choroby, prędko się wyleczyły powyższemi środkami.

Już Huxham, Pringle, de Haen, Larrey i inni wyrzekli: „jeśli te lekarstwa w gangrenie pojedynczych części ciała dzielnie skutkują, dla czegoż mają być bezskuteczne w ogólném zepsuciu krwi, będącém powodem złośliwych gorączek?“ Zresztą nie zachwala je K e h r e r jako specyfika, tylko jako środki najodpowiedniejsze wskazaniu żywotnemu (indicatio vitalis). Właściwój sprawy chorobowój nie przeciwnają, tylko zyskuje się więcej na czasie dla usunięcia krwi zakażonój.

W czasie epidemii ciężarne dostawały wino i chininę, którój każda stopniowo wypotrzebowała aż do porodu od skrupułu do $\frac{1}{2}$ drach., co jednakowóż nie wstrzymało wybuchu ani też złagodziło przebiegu choroby.

W tamecznym instytucie uskuteczniano dezynfekcją (odwietrzanie) w pokoju za pokojem parą z wody królewskiej (aq. regia); przy zamkniętych drzwiach i oknach wlewano w jedno naczynie opiłki miedziane z kwasem saletrzanym, a w drugie nadtlenik manganu z kwasem solnym. W każdym pokoju pozostawały naczynia przez 2—3 dni, potem oczyszczano podłogę, ściany i sufit, i trzymano przez kilka dni drzwi i okna otwarte, a następnie dopiero zajmowano je. Te kadzenia miały miejsce wprawdzie dopiero pod koniec epidemii, jednakowoż godnym jest uwagi, że po wykadzeniu wszystkich pokoi żadna położnica już nie zachorowała. W każdym razie dezynfekcja ta ma tę dogodność, że woń od niej pochodząca nie długo trwa, i pokoje zaraz mogą być zajęte.

(Monatsschrift für Geburtskunde, Bd. 18. Heft 3. 1861).

2. Veit: Wydobycie płodu przez t. zw. dobrowolne wyklucie (evolutio spontanea).

Prof. Veit z Rostock, w artykule godnym uwagi: o wydobyciu płodu na sposób tak zwany dobrowolnego wyklucia (evolutio spontanea), podaje dwa następujące spostrzeżenia:

1. Przyzwany na naradę do rodzącej przez Dra W., zastał zaniedbane położenie poprzeczne; bark (prawy) głęboko wklonowany w miednicę, (główka na lewo) ramię prawie całe na zewnątrz części rodnych, a ponieważ macica silnie na dziecku była obciążona, ręka więc, w celu zrobienia obrotu, przeprowadzić się nie dała. Dla rozwiązania matki w najkorzystniejszy dla téjże sposób, ponieważ płód już obumarł, przystąpił do otworzeniu klatki piersiowej i brzucha u tegoż. Przy wyjęciu mocno przyczepionych trzewiów brzusznych, a mianowicie nerek, uczuł Veit, że dolna część tułowia skutkiem pociągania nieco niżej zstępuje i bark się wytlacza. Zaniechał tedy myśl o operacyi obrotu przez szkołę zalecanęj, i ciągnąc za rączkę wypadłą, przeprowadził bark pod lewy łuk łonowy ku górze i na lewo, kiedy drugą rękę naciskając na brzeg żeber, a następnie wyżej sięgając, ściągnął dolną część tułowia. Postępowanie to nie wymagało zbyt wielkiego wysilenia ze strony operatora. Dziecię było donoszone.

2. W zaniedbanym przypadku położenia poprzecznego, u mnogorodzącej z prawidłową miednicą, po śmierci donoszonego płodu skutecznie, przy wciśniętym barku prawym (głowa na lewo) do wychodu miednicy, wyjęcie wnętrzości. Wydobyć w sposób powyższy, przy nieco większem użyciu sił, udało się jak najlepiej. W obydwóch przypadkach obrót, gdyby się nawet był udał, nie byłby zapewne równie pomyślnym uwieńczony skutkiem dla matki, jak pomoc wspomniona.

Nauczeni doświadczeniem, jak jeszcze trudny i w następstwach groźny bywa obrót po wyjęciu wnętrzości, wielu autorów zaleca oddzielenie głowy od tułowia we wszystkich zaniedbanych położeniach poprzecznych, w których pomimo wszelkiego racjonalnego leczenia ręka w żaden sposób dojść nie może do nówek albo nawet do pośladeków, a przytém płód jest obumarły. W tym celu i w nowszych czasach podali niektórzy narzędzia odpowiednie. Wymagalnym zaś jest do dekapitacji, żeby szyjka płodu była przystępną, co właśnie najrzadziej się przytrafia; po największej części dojść do niej trudno, i nie pozostaje w takich razach jak otworzenie klatki piersiowej i brzucha, po czém nie zawsze jeszcze obrót ułatwiony bywa dla operatora, ani też bez niebezpieczeństw dla matki da się skutecznie. Z uwagi na to radził już sumienny obserwator *M i c h a e l i s*, odwołując się do własnego doświadczenia, naśladować naturę w jej postępowaniu przy dobrowolnem wykluciu. Na korzyść tego postępowania przemawiają też obie powyższe obserwacye *V e i t a*, który słusznie zaleca, ażeby po każdym wyjęciu wnętrzości postarać się przedewszystkiem o wyprowadzenie płodu *conduplicato corpore*.

Nie zawsze wprawdzie wydobyć tak łatwe będzie, jak w przytoczonych przypadkach, lecz gdzie ręka sama nie podoła, tam do pociągania użyć można haka tępego lub tępo-ostrego. Im głębiej bark do miednicy zstąpił, tém łatwiejsze jest wydobyć. Wyjęcie wnętrzości nie ma zatém być przedwstępną operacją do obrotu, ale, jak *V e i t* chce, do wydobyć na sposób dobrowolnego wyklucia. Rączka wypadła pociąga się w kierunku tym samym, w jakim się odbywa prawidłowy przebieg dobrowolnego wyklucia, to jest: pociąga się

rączka ku dołowi aż do ukazania się barku poza kośćmi łonowymi, następnie łukowato ku górze, a w końcu ku górze i ku stronie, gdzie leży główka płodu. Do spełnienia najgłówniejszego celu téj trakcyi, to jest do sprowadzenia barku, wymagalne jest dość znaczne wysilenie ze strony operującego. Druga jego ręka znajduje dostateczny punkt oparcia w miednicy płodu i w części dolnej stosu pacierzowego, tak, że się często bez haka obejść można. Przystępując po wyjęciu wnętrzości do téj operacyi, przypuszczamy jako prawidło, że główka płodu, jak przy dobrowolném wykluciu, znajduje się ponad wchodem miednicy na gałęzi poziomej kości łonowej lub na kości biodrowej. Jednakowoż spostrzeżenia Stephensa, Ulmera i Simpsona nauczają nas, że nie we wszystkich przypadkach dobrowolnego wyklucia główka to położenie zajmuje. Spostrzegali oni, że czasem główka jednocześnie z klatką piersiową zstępuje do małej miednicy i razem przed pośladkami się wysuwają. Toż samo zauważył Michaelis w dwóch przypadkach po wyjęciu wnętrzości. W takich razach posuwania się główki widoczném jest, iż ręka operatora wewnątrz działać nie może; ale i obrót, jeśli wykonalny, to w skutkach nie bardzo jest ponętny. Radzi tedy Michaelis przełamanie grzbietu, albo dekapitacyą, jeśli łatwiejszą jest do wykonania.

Veit, zalecając po wyjęciu wnętrzości przy głębokim położeniu barków owo bezpośrednie wydohycie, nie wyłącza od niego i tych przypadków, w których tył płodu do tyłu matki jest obrócony; albowiem doświadczenie naucza, że dobrowolne wyklucie i w tych razach jest możliwe. Jeśli klatka piersiowa obrócona jest ku przodowi, to poprzedzający bark nie tak łatwo i nie tak szybko zstąpi do miednicy. Obniży się bark aż do wychodu miednicy, to po wyjęciu wnętrzości wydohycie płodu równie dobrze się uda, czy tył płodu ku tyłowi, czy też ku przodowi będzie obrócony. Trudniejsza tylko będzie operacya pod tym względem, że nóżki łatwo zatrzymać się mogą powyżej przedniej ściany miednicy, przez co utrudni się sprowadzenie pośladków.

Przeszkody do wydohycia w mowie będącego nie mogą pochodzić od miednicy, ponieważ głębokie położenie barków

dowodzi przynajmniej względnie obszerną miednicę. Operacja łatwiejsza będzie u mnogorządzących, ponieważ miękkie części miednicy mniejszy u nich przedstawiają opór, niż u pierwiastek; ale i u tych spostrzegano dobrowolne wyklucie. Jeśli bark nie zstąpił jeszcze głęboko, a wyjęcie wnętrzości jednakowoż się okaże konieczne, to należy pamiętać, zanim się przystąpi do powyższego sposobu wydobywania, iż w takich razach natura czasem pomaga sobie dobrowolnym obrotem, to jest płód nie rodzi się *conduplicato corpore*, ale powoli zstępują pośladki, a bark cofa się ku górze. Wypada zatem po wyjęciu wnętrzości naśladować naturę przez bezpośrednie działanie na pośladki, naciskając palcami na miednicę płodu. Probując pociąganie, uważny operator zmiarkuje, czy na drodze obrotu dobrowolnego, lub też bezpośredniego wydobywania poród łatwiej nastąpi. Spostrzeżenie bowiem D o h e r t y naucza nas, że czasem nawet przy wciśniętym barku do wchodu miednicy płód wydobyty być może sposobem dobrowolnego wyklucia. Pociąganie hakiem osadzonym na dolnej części stosu pacierzowego nie sprowadziło pośladków i pozostało bez skutku. Później dopiero zstąpiła górna część płodu niżej i przy współdziałaniu w tym miejscu osadzonego haka wyciągnięto najprzód bark.

Po każdym tedy wyjęciu wnętrzości usprawiedliwionóm będzie pociąganie płodu (jako próba) wewnątrz miednicy uskutecznione; i wszędzie, gdzie prawdopodobieństwo przemawia za udaniem się bezpośredniego wydobywania i nie spostrzega się ustąpienia barku ku górze, zalecić można natychmiastowe pociąganie rączki wypadłej dla dokonania operacji w mowie będącej. (Monatsschrift für Geburtskunde, Bd. 18. Heft 6. 1861).

3. A r b e i t e r: Czy długo jeszcze po śmierci rodzącej macica zatrzymuje swą samodzielną czynność?

Rodząca umiera na krwotok wewnętrzny, skutkiem rozdarcia sklepienia pochwowego i szyi macicznej. Autor przybywa we 3 kwadransie po nastąpniej śmierci, na znakach któ-

rój nie zbywa, robi obrot, wydobywa już obumarłe dziecię i wydała wreszcie ręką i miejsce. Podczas tych operacyj macica była nieskurczona i podatna, a po zupełném jój wypróżnieniu ściągnęła się w postaci kuli twardej, jak po prawidłowym porodzie. Na otwarciu zwłok nie dozwolono.

(Aerztliches Intelligenzbl. Baierns Nr. 42. 1861).

4. John Clay: Nowy znak wskazujący oddzielenie się miejsca po urodzeniu dziecięcia.

Po skutecznieniu podwójnego podwiązania i przecięcia sznurka pępkowego znajdujemy część jego wiszącą przy matce obwisłą i prawie bezkrwistą; jednakże po kilku (1 do 3) minutach napełniają się jego naczynia i sznurek więcej obrzmiewa. Jeśli natenczas uchwycimy sznurek pępkowy palcem dużym i wskazującym jednej ręki, a drugą ręką go uciśniemy, to palce pierwszej ręki uczują pewne chełbotanie (fluctuatio) podobne do wywołanego przez nacisk na rurkę sprężystą płynem napełnioną. Sznurek pępkowy traci zaś na ciężkości i pełności, skoro miejsce oddzielone jest od macicy. Objawy te, na które p. Clay zwraca uwagę naszą, następują w tym porządku (1, obwisłość, 2, pełność, 3, na nowo obwisłość) tak regularnie, że można z pewnością wnosić o oddzieleniu się miejsca po utracie poprzedniej pełności w sznurku pępkowym. Autor podaje, że sprawdził ten znak w 900 przypadkach. Nie w każdym wprawdzie przypadku znak ten jest bardzo widocznym, mianowicie kiedy macica nie jest dokładnie skurczoną; ale bardzo jest wyraźny przy prawidłowém zachowaniu się macicy. Jest do życzenia ażeby i inni lekarze zajęli się sprawdzeniem tego faktu ważnego pod względem praktycznym.

(The Dublin Quart. Journ. of M. Sc. Novbr. 1860).

C H I R U R G I A.

(Sprawozdawca Dr. Karwowski).

5. B u s c h: Kwas chromny w chorobach zewnętrznych.

Kwas chromny jako środek zewnętrzny był zalecany dawniej przez U r e g o w krwawnicach (hemorroidach), przez T r o m m e r a (1851) jako środek żrący, przez M a r s h a l l a (1857) do niszczenia narostów syfilitycznych. Obecnie Dr. B u s c h w Gera robił nad nim wiele doświadczeń i przekonał się, że może być z korzyścią użytym w następujących przypadkach:

a) Roztwór 1 części kwasu w 2 częściach wody działa jako środek osuszający i ściągający; użytym być może z korzyścią do pędzlowania wrzodów atonicznych goleni, jak również miejsc dotkniętych tryszczyką (eczema). Wrzody pędzlują się co 3 do 4 dni, a po 3ch do 4ch pędzlowaniach zaczynają pokrywać się dobrymi granulacjami. Użyty w tryszczyce (eczema) środek ten nie sprawia niemal żadnego bólu, i bardzo prędko ma usuwać tak uparte nieraz i przykre świerbienie.

b) Mięszanina łyżeczki małej kwasu z 5 do 6 kroplami wody, działa jako środek żrący, szczególnie na miejsca pozbawione naskórka. Użytecznym się okazał przy tamowaniu powierzchniowych krwawień, jako też do przyżegania wrzodów gangrenowych i odleżeń, i w ogóle wrzodów z wydzielaniem cuchnącém i słabą lub żadną granulacją. Wrzód taki posmarowany tą mięszaniną, pokrywa się strupem suchym, który już czyni zbytecznym wszelki inny opatrunek. Strup ten odpada po upływie 5 do 15 dni, i odkrywa powierzchnią pokrytą dobrymi ziarnistościami.

c) Mięszanina kwasu chromnego ze skubanką działa jak *cauterium actuale*; robi się to w następujący sposób: Część, którą chcemy wypalać, pokrywa się skubanką, którą się następnie skrapia kilkoma kroplami mieszaniny kwasu z wodą jak pod gł. b. Po upływie kilku sekund skubanka zamienia się w masę brunatną, przyczém powstaje ciepło 108° Centigr. Ból, z początku silny, ustaje zupełnie w ciągu 24 godzin. Strup ztąd powstały odpada po upływie kilku tygodni i odkrywa powierzchnią bardzo umiarkowanie ropiącą i dobrze się gojącą. Środek ten używa się dla niszczenia nowotworów naczyniowych (telangiectasia), narostów podejrzanój natury i tym podobnych. (Deutsche Klinik. 1863).

6. W o r m a l d: Nowe poszukiwania nad nekrozą kości.

Dr. Th. W o r m a l d, chirurg przy Szpitalu St. Bartolomeu w Londynie, przedstawia następujący pogląd na sposób, jakim natura sprowadza wydzielanie się na zewnątrz znekrozowanych kości. Wspomina on najprzód, że już Bransky Cooper utrzymywał w lekcjach swoich klinicznych, iż ropa z kości znekrozowanych pochodząca zawiera w sobie bardzo wiele fosforanu wapna, którego wcale nie ma w ropie zwyczajnej. Poszukiwania Doktora Wormalda pokazały, że wydalenie znekrozowanych części kości na zewnątrz następuje drogą sprawy chemicznej. Zauważył on, że ropa w takich razach oddziaływa z początku alkalicznie, następnie zaś staje się kwaśną. Ze zmianą odczynu ropy z alkalicznego na kwaśny, otwór kloaki, z początku bardzo mały, zaczyna się szybko powiększać. A t t f i e l d, demonstrator chemii przy tym samym szpitalu, przekonał się, że w takich razach kość znekrozowana bywa pokryta warstewką kwasu fosforowego, który ją powoli roztwarza i ułatwia wyjście sekwestru. (The Lancet Nr. XVII, 1862).

7. Statystyka owariatomii.

Mało która z operacyj w tak krótkim czasie zyskała sobie taki rozgłos, i tylu zdań sprzecznych stała się przedmiotem,

jak owariotomia. W takich razach najlepiej kierować się danymi statystycznymi. Otoż przy końcu roku zeszłego w Towarzystwie Królewskim Lekarskim w Londynie miały miejsce ważne spory co do korzyści i niebezpieczeństw téj operacji. Spencer Wells, operator przy Samaritan hospital, dokonał 56 operacyj owariotomii. Z tych, w trzech razach było zrobione przecięcie tylko ściany brzusznej, a w trzech innych wyłuszczenie torbieli zaczęte lecz niedokończone z powodu licznych przyrostów. Z trzech pierwszych chorych, jedna wyzdrowiała zupełnie po zrobioném nakłóciu (punctio); dwie inne zmarły: jedna w 15, a druga w 8 dni po operacji. Trzy następne chore zmarły wszystkie, lecz nie skutkiem operacji, jeno skutkiem postępu sprawy chorobnej, jedna w 3 tygodnie, druga w 4 miesiące, a ostatnia po upływie roku, mając przez ten czas wykonane dwa razy nakłócie (punctio). Spencer Wells operował razem 50 chorych, oprócz wyżej wspomnianych, z tych 33 wyzdrowiało, 17 zaś zmarło po operacji. Baker Brown dokonał 31 takich operacyj, po których 21 chorych wyzdrowiało, 10 zaś zmarło. Wypada z tego, że $\frac{2}{3}$ operowanych przychodzi do zdrowia. Przeciwnicy owariotomii utrzymują, że w wielu razach, gdzie operacja ta była wykonaną, chora byłaby i bez niéj przyszła do zdrowia przy leczeniu usmierzającym (curatio palliativa; w innych razach, gdzie po operacji zmarła, mogłaby była bez niéj żyć jeszcze przez czas długi lub nawet i wyzdrowieć. Ze sprawozdania Roberta Lee pokazuje się, że rzeczy inaczej się mają (Clinical Reports on Diseases of the ovaries). Przytacza on 44 wypadków torbieli jajnika, gdzie operacja mogła być dokonaną, a jednak nie była. Z tych przy leczeniu usmierzającym zmarło 36 pacjentek, 8 zaś żyło jeszcze czas dość długi, to jest od 3 do 27 lat po pierwszém nakłóciu. Wypada więc ztąd, że przy leczeniu wyczekującym umiera 81 na 100; kiedy przy leczeniu stanowczém, operacyjném umiera 32 (Baker Brown) do 34 (Spencer Wells) na 100. (*)

(*) Porównaj Pam. Towarz. Lek. Warsz. z roku 1862, T. XLVIII, str. 392—393.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA.

Choroby dzieci.

8. R. Förster: Mierzenie ciepła u dzieci.

Mierzenie ciepłoty ciała w chorobach, mianowicie gorączkowych, coraz ważniejszym się staje i w coraz powszechniejsze użycie, jeżeli nie w praktyce prywatnej, to przynajmniej w praktyce szpitalnej wchodzi. Co więcej, ciepłomierz poczyna wzbogacać semiotykę chorób dziecinnych, jak wiadomo, ze siebie dotychczas ubogą i wzbogacenia potrzebującą. Dr. R. Förster w rozprawie: „Ueber Thermometermessung bei Kindern“ (Journ. f. Kinderkrankheiten. Juli u. August 1862) podaje prosty, a choć może nie nowy, dotąd bardzo zaniedbany sposób, ciepłomierstwo, ułatwiający. Sposób ten polega na tém, że ciepłomierz przed zagłębieniem go w jamę pachy, wprzód jeszcze przez zanurzenie go w gorącą wodę ogrzewa się do 45° Cels. Tak ogrzany ciepłomierz, zanurzony w pachę, po bardzo krótkiej chwili przychodzi do równowagi z ciepłem tej ostatniej, które na skali termometru odczytać się daje.

Ten prosty sposób skraca całą czynność ciepłomierzenia bardzo znacznie i tém samym czyni je przystępniejszym w praktyce. Jeżeli bowiem użycie termometru nie ogrzanego uprzednio w wodzie wymaga co najmniej 5ciu, a niekiedy i 10ciu minut wyczekiwania (stosownie do czułości narzędzia), to tu, przy użyciu ciepłomierza ogrzanego w wodzie uprzednio, odpowiedź pożądaną otrzymujemy w 30'' — 1'. Pewni odpowiedzi, że jest stanowczą, być możemy, jeżeli w pewnej wysokości podziałki kolumna merkuryusza przez ½ minuty się trzyma. Tak więc nawet w pospiesznej praktyce szpitalnej, nawet w pra-

ktycy prywatnej użycie ciepłomierza staje się możliwém, bo łatwém.

Artykuł wyżej powołany p. Förstera, cenny szczegółowością postrzeżeń nad zmianami ciepła u noworodków, mało ostatecznie daje nowego, mało takiego, czego byśmy nie znaleźli w pracach poprzedników Förstera, w pracach Baerensprung'a (Müller's Archiv 1851, u. 52) i innych.

9. Bouchut: Gorączka mleczna u noworodków.

P. Bouchut w wykładach swoich klinicznych podaje ciekawe postrzeżenia dotyczące jawiącej się niekiedy u noworodków karmionych przez matkę gorączki mlecznej (Milchfieber). Napad ten gorączkowy przychodzi na dzieci równocześnie z chwilą, kiedy matka karmiąca takiéjże gorączce podlega. Gorączce téj u dzieci towarzyszy nabrzmiewanie gruczołów mlecznych, a nawet wydzielanie płynu do mleka podobnego. Nie przytaczamy tu objaśnień, jakie temu faktowi daje p. B., opierający się na przypuszczeniu kazemii czyli zakażenia krwi twarogowego, któremu i gorączkę mleczną kobiet karmiących za winę kładzie. Fakt przytaczamy, jako warty sprawdzenia przez dalsze postrzeżenia i warty ściślejszych objaśnień. (Journal f. Kinderkrankh. Juli u. August 1862).

10. Barthez: Szczepienie ospy ochronnej w pierwszych dniach życia.

W Towarzystwie lekarzy szpitalnych w Paryżu poruszone zostało pytanie, jaki jest najwcześniejszy termin, w którym szczepienie ospy ochronnej u dzieci dokonywać można. Sprawę tę podnosili wielokrotnie lekarze francuzcy, mianowicie w Gazette des hôp. w 1861 r. pp. Le Barillier z Bordeaux, Legurd z Caen, Delfrayssé i inni.

Streszczając uwagi i spostrzeżenia nazwanych lekarzy i p. Bartheza, który ostatni był referentem sprawy téj przed Towarzystwem lekarzy szpitalnych, przychodzimy do wniosku:

1. Że szczepienie ospy ochronnej w pierwszych dniach życia jest niebezpieczne gwałtownym odczynem zdolnym na-

wet śmierć spowodować w razach, gdy dziecko szczepione znajduje się w niekorzystnych warunkach higienicznych, a także w zacieśnioném powietrzu, jak *np.* w szpitalach i domach położniczych, domach podrzutków i t. d., a także w razach gdy dziecko jest z natury lub z zaniedbania wątłe, słabe.

2. Że przeciwnie przy dobrych warunkach higienicznych, u dzieci z urodzenia zdrowych, wczesne w dniach pierwszych po urodzeniu szczepienie ospy nie pociąga za sobą owego gwałtownego odczynu gorączkowego, róży, wrzodzenia, gangreny; że więc je u takich dzieci im wcześniej, tém lepiej przedsiębrać należy dla uchronienia ich od możliwego najścia ospy prawdziwej, która, jak wiadomo, w pierwszych dniach życia groźną i straszną jest chorobą. (Journ. f. Kinderkrankh. Juli u. August 1862).

11. Bouchut: Nowy symptom płonicy (szkarlatyny).

P. Bouchut za objaw niezawodny i we wszystkich przypadkach szkarlatyny nieomylnie dający się spostrzegać podaje, że nacisk lekki na skórę zaczerwienioną wywarty palcem, tyłcem ołówka, trzonem narzędzia i t. p. powoduje bieleńnię skóry w miejscu naciśniętém przeszło minutę trwające. Przy róży, przy odrze takie przeciągłe trwanie białości po ustaniu nacisku na miejscu zaczerwienioném nie ma miejsca. Objaw więc ten, jako wyłącznie w szkarlatynie spostrzegany, a polegający wedle p. B. na zmnożonej kurczliwości naczyń skórnych w téj chorobie, może służyć ku rozróżnieniu jój od innych chorób skórnych w razach wątpliwych. (Journal f. Kinderkrankh. Juli u. August 1862).

HYGIENA PUBLICZNA.

12. J o r d a n: Choroby robotników w fabrykach wyrobów stalowych. (Caspers Vjschr. Januar 1863. T. XXIII. str. 136—173).

Dr. J o r d a n, zamieszkały w Suhl, miasteczku w Prusach, prowincyi Saskiej, 9000 mieszkańców liczącem, z których przeszło połowa dorosłych zajęta jest fabrykacją broni, miał dostateczną sposobność zbadania szkodliwości, na jakie narażeni są robotnicy w takich fabrykach, chorób, które ztąd wynikają, i środków zaradczych, które mogą tymże zapobiegać. Oto niektóre ciekawsze dla nas szczegóły z tój sumiennej pracy.

1. *Podwyższone ciepło*, na które robotnicy są wystawieni, sprawia skłonność do zaziębień, reumatyzmów; wywołuje nadto stały napływ krwi do pewnych organów, a w końcu i zapalenia tychże, jakoto do mózgu i jego opon, do płuc, do układu żyły wrotnój i t. d. Wreście cierpienia oczne wywołane blaskiem ognia.

Środki zaradcze. W zamkniętych przestrzeniach: dobra wentylacya. Za odzież wełna lub bawełna, jako lepiej wsiąkająca pot. Urządzenie stosownych zasłon ochraniających robotnika od działania ognia.

2. *Nadmiarowe znużenie ciała* tylko odpowiedniemżywieniem i stosownym odpoczynkiem da się zrównoważyć. Tę dobrą radę, niestety, nie wszyscy robotnicy spełnić są w stanie. Szczególniej rada dotycząca wypoczynku dla większej ich części pośmiewiskiem się wydać musi: a jednak innej rady pod tym względem nie ma! W opis szczegółowy skutków wynikających z nadmiarowego i jednostronnego wytężenia niektórych mięśniów ciała tutaj się nie wdaję, albowiem ze szczegółowych opisów szkodliwości rzemiosł i przemysłów zagranicznych korzyść dla kraju naszego nie będzie zupełna: w tym

względnie niezbędne są dokładne badania u nas na miejscu przedsiębrane, a te, da Bóg, przy obudzoném dla higieny publicznej zajęciu, znajdą się z czasem. Oby tylko ten czas jak najprędzej nastął!

Z pojedynczych narzędzi zmysłowych najczęściej cierpią *oczy* przez zbytne wyteżenie przy zajęciu grawera, albo przez pracę przy oświetleniu niedostateczném lub rażącym *oczy*. Stosowne daszki, okulary, wreszcie właściwe, a łagodne oświetlenie zapobiedz mogą w znacznej części złemu. *Sluch*, szczególnie robotników w hamerniach, wiele cierpi: działanie tych głośnych szmerów złagodzone być może noszeniem bawełny w uszach. Są to wszystko rady nadzwyczaj proste i na pozór nawet naiwne, ale nie trzeba zapominać, że w higienie rady najważniejsze i najskuteczniejsze są właśnie częstokroć najprostsze i dla tego zbyt lekceważone przez powszechność.

3. Najgubniejszą szkodliwością, na której działanie bezustannie większa część robotników w fabrykach wyrobów stalowych się wystawia, jest *pył stalowy*. Pod jego wpływem powstaje niemoc dziesiątkująca szeregi robotników, a tak uderzająca w *oczy*, że nawet nielekarskiej powszechności dobrze jest znaną pod n. „*choroby szlifierskiej*“ (Schleiferkrankheit).

Dr. Jordan nie miał wprawdzie sposobności zebrać statystykę śmiertelności szlifierzy w *Suhl*, podaje jednak według źródeł angielskich (1) następujące przerażające cyfry o śmiertelności w tém rzemiośle. Tysiąc przypadków śmierci, które się wydarzyły po 20tym roku życia pomiędzy mieszkańcami miasta Sheffield, porównane ztąż samą liczbą szlifierzów ostrzących widelce, zmarłych również po 20tym roku życia, dały następujące wypadki:

(1) Dr. Holland. Diseases of the lungs from mechanical causes and inquiries into the condition of the artisans exposed to the inhalation of dust. London 1843.

					między szlifierzami widelców:	między innymi mieszkańcami:
Od roku 20 do 29	zmarło	tam			475 osób	184 osób
— 30 39	—	—			410 —	164 —
— 40 49	—	—			115 —	158 —
— 50 59	—	—			— —	155 —
— 60 —	—	—			— —	339 —
					1000	1000

Kilkonastoletnia praktyka w Suhl przekonała Dra Jordana, że podania te o zgubności zatrudnienia szlifierzów nie są bynajmniej przesadzone. Przewlekłą niemoc, której podlegają ci nieszczęśliwi, prawdziwi męczennicy naszej cywilizacji, padając zawczasu ofiarą tych samych narzędzi morderczych, które jeszcze na polu bitwy tysiące ludzkich żywotów zgładzić mają, niemoc tę określa Dr. J. jako chroniczne zajęcie płuc z licznymi złogami mass twardych, kamienistych, złożonych, jak bliższe śledzenie okazuje, z pyłu stalowego. W chorobie tej rozróżnia autor dwie postacie: jedną dłużej trwającą, prowadzącą do rozedmy płucnej (emphysema) i rozszerzeń oskrzelonych (bronchiectasis); drugą, szybciej śmiertelną, z przypadłościami suchot gruźliczych (phthisis tuberculosa), od których jednak brakiem dziedziczności ma się wyróżniać.

Równie szkodliwe jak ostrzenie (czyli szlifowanie) jest gładzenie (polerowanie) przedmiotów stalowych, przy którym prócz odrywającego się pyłu stalowego działa jeszcze na płuca proszek szmyrglu (kamienia do szafiru zbliżonego), użytego do gładzenia.

Jakież są *środki zaradcze*? Wentylacja, wentylacja i jeszcze raz wentylacja. Przyrządów wentylacyjnych w tym celu już wiele wymyślono: po szczegóły tychże odsyłamy ciekawego czytelnika do artykułu Dra J. Tutaj tylko dodamy, że urządzenie należytego przewietrzania w tego rodzaju fabrykach jest obowiązkiem sumienia ciążącym na wszystkich właścicielach zakładów fabrycznych. Ponieważ jednak do spełnienia tego obowiązku sumienia właściciele nie zawsze się poczuwają, pożądaną byłoby zdaniem naszym rzeczą, aby w tę kwestyą

wdały się prawodawstwa, i żeby obowiązek moralny w obowiązku prawnym się zamienił.

Ostrzenie na mokro byłoby niezawodnie najskuteczniejszym środkiem; ponieważ jednak przez takie działanie wiele się traci na czasie, przeto rozległe zaprowadzenie tegoż może się liczyć do *pobożnych życzeń* (pia desideria).

Wszelkie zaś inne środki tylko półśrodkami nazwać można; z tém wszystkiém dla wiadomości robotników rozgłaszać je należy, zwłaszcza te, które są skuteczniejsze, jakoto trzymanie mokrych gąbek przed ustami podczas roboty, i t. p.

4. Wreście liczne *uszkodzenia mechaniczne* (częstokroć śmiertelne), na które narażani są robotnicy w fabrykach wyrobów stalowych, pochodzą jużto z nieostrożności robotników, jużto z pękania kamieni, na których odbywa się ostrzenie. Tym ostatnim przypadkom zapobiegają ochrończe przyrządy, których kilka opisuje autor.

Jeżeli w powyższém może stosunkowo zbyt obszernie rozwiędliśmy się nad artykułem Dra Jordana, uczyniliśmy to, pragnąc peryodyczne sprawozdania z higieny publicznej w piśmie naszym rozpocząć od przedmiotu w samej rzeczy nader ważnego, od higieny przemysłowój, która w kraju naszym niemal zupełnie odłogiem leży; przytém kierowała nami i ta myśl, że uwagi te może i bezpośrednio mogłyby przynieść korzyść, gdyby się udało w Warszawie poruszyć kwestyą higieny robotników wystawionych na działanie pyłu stalowego, albowiem przemysł nożowniczy, który właśnie tego rodzaju szkodliwości za sobą pociąga, należy w mieście naszym do dosyć znacznie rozwiniętych.

13. Eulenberg: Choroby robotników obrabiających kamienie. (Pappenheims Monatsschrift 1862, II. 182 — 89.)

Praca ta ściśle się łączy z poprzedzającą, tylko że tutaj zamiast pyłu stalowego mamy do czynienia z pyłem kamiennym, który jednakże nie mniej zgubne wywiera działanie, niż tamten.

Dr. Eulenberg obrachował śmiertelność między pewną liczbą tych robotników; oto wypadki 4ch ostatnich lat:

Rok	Liczba robotników	Liczba przypadków śmierci z gruźlicy (phthisis tubercul).	Stosunek na sto
1858	192	12	6,24
1859	195	13	6,66
1860	177	17	9,60
1861	144	10	6,94

W ogóle od roku 1845 do 1861 było 115 przypadków śmierci, z tych 106 z *suchot płucnych!* Rzadko kiedy robotnicy ci dosięgają starości: według tablic podanych przez Dra Eulenberg, jeden tylko dożył 61 lat wieku, a wiek średni wynosił zaledwie 37 lat!

Między *środkami zaradczeni* kładzie autor przycisk na to, żeby nigdy nie pracować w przestrzeni zamkniętej, lecz żeby zawsze jedna połowa pracowni była otwartą; pod gołym niebem należy zawsze takie położenie wyszukiwać, żeby mieć, wiatr za sobą. Większą też uwagę zwraca, niż Dr. Jordanć na inne środki zapobiegające miejscowe, od samego robotnika zależne, a mianowicie na *maski*. Z tych zaleca szczególnie maskę drócianą pokrytą gazą przezroczystą; zewnętrzną powierzchnię gazy należy od czasu do czasu obcierać gąbką zwilżoną, i to tém częściej im obfitsze są tumany pyłu. Gaza może być tak przezroczysta, iż maska bynajmniej nie przeszkadza w robocie, ale trzeba tylko przewyciężyć ciąglém naleganiem obojętność robotników na własne swe zdrowie, która częstokroć wszelkie pojęcie przechodzi; do obojętności tej przykłada się jeszcze pewien rodzaj fałszywego wstydu przed towarzyszami, aby nie być uważanym za zniewieścialca i tchórze. Z tego powodu Dr. E. rzuca w końcu pytanie, czy prawodawstwo nie powinno by nawet wdać się w ten przedmiot, aby rozporządzeniem karném *przymuszać* robotników do przedsiębrania niezbędnych środków ostrożności.

14. Josephson: hygiena min.

Wiadomo, że w oblężeniach, podczas zbliżania się do twierdzy, dzieje się pod ziemią wojna min i kontr-min, w której oblężeni usiłują przeszkodzić oblegającym w zbliżeniu się do fortyfikacyi drogą krytą. Usiłowania oblężonych skierowane są głównie ku temu, aby zniszczyć i zasypać podkopy przeciwników przez wybuchy prochu, które niweczą ich prace. Otóż eksplozje tego prochu, w przestrzeniach ciasnych, gdzie powietrze z wielką trudnością krąży, stają się powodem wywięzowania gazów szkodliwych; ztąd przypadki, dobrze znane inżynierów, a których opis nie znajduje się w dziełach specjalnych. Dr. Josephson miał świeżo sposobność spostrzegać je przy robotach przedsięwziętych dla zburzenia fortyfikacyj w Jülich (Prusy, prow. Nadreńska), a w przypadłościach tych rozróżnia trzy głównie formy. Ból głowy, w różnym stopniu, wszystkim trzem jest wspólny. W najlżejszej towarzyszy mu lekkie odurzenie; w drugiej nieprzytomność umysłu, od 10 — 15 minut trwająca; w trzeciej wreszcie przyłączają się nadto konwulsje i inne znaki silnego napływu do mózgu.

Przyczyną tych przypadłości jest, zdaniem Dr. J. otrucie wywięzującemi się gazami, głównie siarkowodorem (HS). *Leczenie:* W pierwszej formie p. J. zaleca głównie środki przeczyszczające; w drugiej i trzeciej z początku eter octowy, jako środek pobudzający, następnie zaś, gdy chory już wrócił do przytomności, rozcierania skóry aż do rozgrzania.— *Środki zapobiegające:* polewanie ścian i ziemi podkopu mlekiem wapiennym przed eksplozją; trzymanie przed ustami gąbek napojonych mlekiem wapiennym albo roztworem siarku żelaza. (Milit. Ztg. II, 1. Ann. d'hyg. publ. T. XIX, str. 221).

15. Salisbury: Wpływ słomy spleśniałej na człowieka.

Dr. Salisbury nowemi doświadczeniami stwierdził szkodliwe działanie roślin skryto-płciowych rozwijających się na pewnych roślinach. Pod wpływem słomy stęchłej, pokrytej pleśnią, spostrzegał on w obozie w Newark rozwijającą się

u wojskowych słabość, cechującą się głównie gorączką gastryczną i wysypką do odry podobną. Ażeby się przekonać, czy słabość ta rzeczywiście pochodzi od wyziewów spleśniałej słomy, na której sypiali wojskowi, Dr. S. szczepił sobie i kilkunastu osobom zarodki(sporae)grzybków, któremi słoma była przepełniona, a wypadek był potwierdzający, to jest za każdym szczepieniem wywołał cierpienie zupełnie podobne do owego, któremu wojskowi ulegali, tylko w postaci łagodniejszej.

Z powodu podobieństwa wysypki i jój przebiegu do zwykłej odry, rzuca Dr. S. pytanie, czy takie szczepienie nie zapobiega rzeczywistej odrze?... Pytanie to możeby zasługiwało na dalsze śledzenie. (Americ. Journal of med. sc.—Union méd. 29 nov. 1862.)

16. Max. Vernois: Środki policyjno - lekarskie przeciwko szerzeniu się wścieklizny. (Ann. d'hyg. publ. Janv. 1863, T. XIX, pg. 5—65).

W obszernym swym artykule autor, opierając się na dokumentach urzędowych, które jako członkowi rady higienicznej dpt. Sekwany były obficie przystępne, ma głównie na oku środki do *psa* odnoszące się, gdy przeciwnie p. Tardieu w pracy swój o wściekliznie w tychże rocznikach ogłoszonej (1854, N. S. T. I. str. 217 i nastp.) miał szczególnie na względzie *człowieka*.

Czytelnikom naszym podajemy w streszczeniu główne wypadki pracy pana V., które i nasz kraj żywo obchodzą.

I. Wnioski ogólne naukowe. Podatek na psy, zaprowadzony we Francyi w r. 1856, liczbę psów wynoszącą w początku roku 1856 1,698,446 zmniejszył w ciągu trzech lat 1856—58 o 2,345; w obec przeto tak nieznacznego wypadku można powiedzieć, że *podatek od psów bardzo nieznacznie zmniejszył ich liczbę.*

Ze zmniejszoną liczbą psów nie zmniejsza się liczba przypadków wścieklizny.

Dotychczas zaprowadzane środki policyjno-lekarskie przeciw wściekliznie nie wywierają tych skutków, jakich się

władza spodziewała, albowiem, *wszystko razem wzięwszy*, wścieklizna rzadziej się tam zdarza, gdzie nie przedsiębrano żadnych środków przeciwko psom.

Nie ma stosunku bezwzględniego pomiędzy liczbą psów, liczbą mieszkańców pewnego kraju (departamentu), a liczbą przypadków wścieklizny tamże wydarzających się.

Kaganiec, zastosowany w sposób dotychczasowy, nie jest w stanie zabezpieczyć człowieka od pokąsań psa dółkniętego wścieklizną.

Kaganiec, nawet najlepszy i najsurowiej nakładany, nie byłby w stanie powstrzymać psa wściekłego i przeszkodzić mu kąsać, albowiem byłyby niewątpliwie rozdarty. (Znakomici berlińscy weterynarze do innego w tym względzie doszli wypadku (1), dla tego też punktu tego nie uważamy za tak stanowczo rozstrzygnąć się dający, jak to czyni p. M. Vernois. Radzibyśmy w tym względzie posłyszec znanie pp. weterynarzy tutejszych. *Redakt.*)

Jeśli kaganiec nie zapobiega szerzeniu się wścieklizny, nigdy on nie wywołał samowolnego rozwinięcia tej choroby: nie ma przynajmniej spostrzeżenia, któreby tego dowodziło.

Gdy *w największej liczbie przypadków* pokąsanie człowieka ma miejsce *wewnątrz* mieszkań, przeto zakładanie kagańca psom *zewnątrz* mieszkań nie zdaje się być usprawiedliwionem, albowiem mniej jest przypadków wścieklizny, gdzie przepis odnośny nie istnieje.

(Umyślnie podkreśliłmy wyrazy: *w największej liczbie przypadków*, ażeby już przez to wskazać, o ile pod tym względem twierdzenie pana V. jest nieuzasadnione. Że z cyfr statystycznych dają się nieraz paradoksalne wyprowadzać wnioski, rzecz to wcale nie nowa; tutaj zaś tém mniej nas to może

(1) Dr. Bardorf podał między innymi następujące znaczące cyfry na przeszłorocznym zjeździe niemieckich naturalistów i lekarzy w Karlsbadzie. W roku 1856 liczba wydarzonych przypadków wścieklizny w Berlinie wynosiła 56. W roku następnym zaprowadzono ścisłe przepisy co do kagańców; w roku 1858 już się wydarzyły tylko 2 przypadki, a odtąd ani jeden. (Prag. Vjschr. T. 76. Misc. pg. 15).

zadziwiać, jeśli się zastanowimy, że wykazy, na których pan V. opiera swe obliczenia, obejmują tylko lat 5 (1853 — 58), w którymto przeciągu czasu w połowie departamentów nie był zaznaczony ani jeden przypadek wścieklizny, w departamencie zaś Sekwany, przedstawiającym najwyższą cyfrę, liczby z dwóch różnych źródeł urzędowych pochodzące okazywały różnicę od 2ch do 10ciu przypadków! Jakąż tu wiarę dać cyfrom z odleglejszych departamentów pochodzącym! Wreście w obrachunkach tych trzeba mieć bardzo na względzie sposób, w jaki są wykonywane przepisy policyjne w niektórych departamentach istniejące, wykonanie to bowiem, według własnych słów pana Vernois w większej części miejscowości jest tylko pozorném. *Redak.*)

Trzymanie psów *na uwięzi* usprawiedliwione jest jedynie w miejscach otwartych dla publiczności. (Idzie tylko o rozległość znaczenia, które do tych wyrazów *przywiążemy*.—*Red.*)

Zamykanie po domach suk *podczas grzania się*, jest bardzo stosownym środkiem pod względem przyzwoitości publicznej, ale z zapobieganiem wściekliznie nie ma wcale związku.

Z dotychczasowych spostrzeżeń nie jest wiadomo, iżby którakolwiek rasa psia miała przed innemi skłonność do wścieklizny czyto dobrowolnie powstającą, czy udzieloną.

Wścieklizna tak samowolna, jak udzielona, zdarza się we wszystkich porach roku i we wszystkich miesiącach, środki więc policyjno-lekarskie przeciwko téjże powinny być *nieużywane*.

Wścieklizna może powstawać samowolnie, jednakże przypadki te są daleko radsze, niż te, w których choroba była udzieloną.

Nowe poszukiwania są niezbędne dla wyjaśnienia sposobu powstawania i okoliczności, które towarzyszą wybuchowi wścieklizny samowolnej u psa.

Te tylko poszukiwania będą w stanie rozświetlić prawdziwą *etiologią* a *może i naturę* wścieklizny i objaśnić władze administracyjne co do skutecznych środków, które przeciw jej szerzeniu się mogą być przedsiębrane.

II. Wnioski praktyczne odnoszące się do środków policyjno-lekarskich zapobiegających wściekliznie.

Na samém czele kładzie tu autor *projekt* nowego ogólnego rozporządzenia policyjnego, opartego z jednej strony *na zupełnej niemal swobodzie pozostawionej psom*, z drugiej zaś strony *na odpowiedzialności prawnej właściciela, nader surowo przestrzeganej*.

(W naszym kraju odpowiedzialność ta opiera się na art. 685, 686 i 687 kodeksu kar gł. i popr. (1) i na art. 1383 i 1385 kodeksu cywilnego (2). *Redak.*)

Ponieważ pokąsanie przez psa jest niewątpliwie niemal jedyną przyczyną rozwinięcia się wścieklizny u człowieka, przeto jednym z najpożyteczniejszych środków byłoby *znaczne* zmniejszenie liczby psów, dające się osiągnąć tylko przez *znaczny* na psy *podatek*, któryby się przyłożył do zmniejszenia

(1) K. K. G. i P. art. 685. „Ktoby dzikie lub inne niebezpieczne zwierzęta, bez pozwolenia, albo w prawdzie za wiedzą policyi, lecz bez należytej ostrożności utrzymywał, ten, oprócz wynagrodzenia wynikłej ztąd dla kogobądź szkody, ulegnie: karze pieniężnej, za pierwszym razem od 1 do 5 rubli; za drugim od 5 do 10 rubli; za trzecim od 10 do 20 rubli; a za czwartym razem aresztowi od dni 7 do 3 tygodni.“

Art. 686. „Téjże saméj karze i podług tych samych prawideł ulegnie właściciel domowego zwierzęcia, który, znając jego złośliwość, należytych środków, celem zapobieżenia wynikającemu ztąd niebezpieczeństwu, nie przedsięweźmie.“

Art. 687. „Kto wiedząc, że należący do niego pies lub inne zwierzę podpadło chorobie zwanéj wścieklizną czyli wodowstrętem, środków dla odwrócenia mogących ztąd wyniknąć szkodliwych skutków nie przedsięweźmie, albo policyi o tém znać nie da, ulegnie: karze pieniężnej od 5 do 20 rubli; albo aresztowi od 7 dni do 3 tygodni, stosownie do okoliczności winę jego zwiększających lub zmniejszających.“

(2) Kod. Cyw. art. 1383. „Každy jest odpowiedzialny za szkodę, którą zrządził nie tylko przez swój czyn, ale też przez swoje niedbalstwo albo przez swą nieroztropność.“

Art. 1385. „Właściciel zwierzęcia, albo ten, który go używa, przez czas używania jego, odpowiedzialnym jest za szkodę, jaką zwierzę zrządziło, bądź gdy zwierzę było pod jego strażą, bądź gdy się zabłąkało i uciekło.“

liczby psów bezpożytecznych. Prócz tego należałoby, zdaniem pana Vernois:

Zakładanie kagańca zostawić do woli właścicieli, wyjąwszy na pociągach kolei żelaznej i w powozach publicznych.

Dozwalać psom wolne krążenie tylko pod warunkiem, że będą zaopatrzone w obrozę z wypisanym nazwiskiem i mieszkaniem właściciela.

Nakazać zgładzenie wszystkich psów tułających się, nie opatrzonych w taką obrozę.

I przypomnieć właścicielom, że są odpowiedzialni za niedogodności i przypadki, których przyczyną stają się zwierzęta do nich należące.

Do rozporządzenia takiego radzi autor dołączyć instrukcją o znakach głównych najzwyczajniejszych, zapowiadających rozwój wścieklizny u psa (1), o środkach jakie w razie pokąsania natychmiast przedsięwziąć należy, wręczyć przepisy o chwytaaniu, odosabnianiu i obserwacji psów wściekłych, lub o wściekliznę podejrzanych.

(1) Pies nie chce jeść jest mniej wesoły, nawet smutny; nie chce wszystkiego jeść, nie chce wychodzić; oczy mu błyszczą; szelest go przestrasza; nie ucieka on jeszcze przed panem, ale nie idzie do niego. Pokłada się, wyszukuje cienia, pod jakim sprzętem, w kącie; wkrótce potem przychodzi pewien rodzaj dziwnego szczekania. Dla pana troskliwego o swego psa zaiste aż nadto znaków przestrzegających.

K R Y T Y K A.

Spinale Kinderlähmung, Monographie von Dr. J. v. Heine. Stuttgart 1860 (Cotta). (w 8ce; VIII i 204 stron, i 14 tablic litografowanych.)

Sprawozdanie Dra L. Konitza.

(Odczytane na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. z d. 3 lutego 1863 r.)

Paralysis spinalis infantilis pana Heinego, opisana przez p. Bouchut pod nazwą: *paralysis idiopathica*, przez innych autorów jako *paralyse essentielle*, nie jest jeszcze wyjaśnioną przez anatomią patologiczną, a to z powodu, iż 1^o dzieci na ten paraliż nie umierają, 2^o że i za granicą w prywatnej praktyce rzadko kiedy pozwalają na otwieranie czaszki i kolumny pacierzowej. Na brak tedy danych z anatomii patologicznej bardzo narzeka p. H. we wstępie do swój monografii. Tamże wymienia troskliwie wszystkich znakomitych autorów, którzy jednogłośnie jemu przyznają, że on pierwszy wielkie położył zasługi w zbadaniu wszechstronném objawów, przebiegu i leczenia téj formy paraliżu w wieku dziecięcym.

Następnie przechodzi do symptomatologii. P. Heine rozróżnia dwa okresy: ostry i przewlekły; jeden w drugi przechodzi bez widocznego rozgraniczenia.

1. Okres. Dzieci zdrowe i dobrze ukształcone od 6 miesięcy do lat trzech wieku liczące zapadają nagle, mianowicie w peryodzie ząbkowania, rzadziej w czasie ostrych wysypek, z następującemi przypadłościami: napływ krwi do głowy, go-

rażka, wielka niespokojność i konwulsye. Te niepokojące przypadki w krótkim bardzo czasie przemijają, a pozostaje natomiast porażenie, które czasem nawet zamiast powyższych niepokojących symptomatów tylko lekka poprzedza gorączka.

Z wystąpieniem porażenia zaczyna się okres drugi. Wszystkie czynności do normalnego powróciły stanu, a została się jedna porażona noga (forma hemiplegiczna Heinego), albo obie dolne kończyny porażone (forma paraplegiczna H.) Najrzadziej jedno ramię z odpowiednią łopatką jest w stanie porażenia. Częściej tylko pojedyncze mięśnie jednej albo obydwóch nóg ulegają paraliżowi. Niekiedy i górna część tułowia bywa sparaliżowana, tak, że dzieci, które przed chorobą już stały o własnych siłach lub chodziły, nie tylko że tracą tę możność, ale i same siedzieć i głowy prosto trzymać nie mogą. Pęcherz moczowy i kiszka odchodowa nigdy nie bywają tą chorobą dotknięte, najwięcej, i to przechodnio, osłabione. Zjawiska porażenia jużto przez usiłowania natury, jużto przy pomocy sztuki lekarskiej znikają czasem w przeciągu tygodnia (1), lub też zmniejszają się tylko do pewnego stopnia. Dzieci odzyskują znowu siłę do chodzenia i trzymania główki, i tylko w kręgosłupie pozostaje widoczna niemoc paralityczna. W przypadkach, gdzie początkowo obie kończyny były porażone, jedna czasem wraca do stanu prawidłowego, i z paraplegii tworzy się hemiplegia; albo w obydwóch kończynach dolnych pozostaje tylko częściowe porażenie mięśni goleni i stopy. Zmniejszenie się paralitycznych objawów tak w górnej części tułowia jak i w kończynach dolnych następuje tylko w 4 — 8 tygodni po napadzie, a pozostałe porażenie już się utrwała. Po niżeniu temperatury ciała w porażonej kończynie do 14° R. objawia się chudnienie jęj mięśni, które są blade, miękkie i obwisłe; lecz nie tylko mięśnie, tłuszcz i skóra zanika, ale nawet i kości cieńszeją i krótsze się stają. Nogi przybierają

(1) Te lżejsze przypadki jednakże podciąga autor pod kategorię paraliżów reumatycznych; albowiem tak zwanego czasowego porażenia dziecięcego innych autorów p. H. nie zalicza do swej *paralysis spinalis infantilis*.

kolor ciemno-niebieskawy i są skłonne do odmrożeń i wrzodów, które się leczą bardzo zwolna i tylko za pomocą ciepłego owijania. W ogóle spostrzega się brak zupełny *turgoris vitalis*; jednakże, co ważnym jest wedle autora, nie ma jeszcze żadnej kontraktury. Czucie jest tylko początkowo przytępione, później zaś wraca do prawidłowego stanu. Drażnienie elektryczne nie wywiera żadnego, albo tylko bardzo nieznaczny wpływ na porażone mięśnie, co wedle p. Heinego ma być charakterystycznym dla tej formy porażenia. Przekształcenie porażonych części występuje dopiero po roku lub dwóch latach od pierwszego napadu, i to w stosunku do tego, jak chorzy w jeden lub drugi sposób poruszają swe mięśnie, lub czołgają się na czworakach. Zrozwinieniem się dopiero czynności poruszania się z miejsca na miejsce jest tedy dany powód do powstania kontraktur. I dla tego te ostatnie nie mogą być pierwotnymi. Rozmaite przekształcenia, które się w taki sposób tworzą w kończynach dolnych, ukazują się w następującym porządku: najprzód *pes equinus paralyticus*, później nieco *pes varus p.*, jeszcze później *pes valgus p.*, a w końcu *pes calcaneus paralyticus*. Zupełnie inaczej się rzecz ma z kontrakturami w dziecięcym wieku pochodzenia mózgowego; tu już w czasie i jednocześnie z cierpieniem mózgowym, jako symptom występuje kurczowa retrakcja mięśni, i to właśnie odróżnia obie postacie. Sposób powstawania tych kontraktur jest następujący. Stale porażone mięśnie i ścięgacze straciły już możliwość retrakcji, kiedy ich mięśnie przeciwnicze (antagonistae) jeszcze posiadają pewien stopień działalności żywotnej. W stosunku tedy do tego, jak chorzy w ten lub ów sposób poruszają swe porażone członki, kurczą się jeszcze mięśnie zdolne do retrakcji przez istniejącą w nich żywotność, i kiedy te jednostronne działania mięśni powtarzane bywają bez żadnego oporu ze strony ich porażonych antagonistów, kurczą się coraz bardziej owe mięśnie i ścięgacze i powstaje przy tak jednostronnym kurczeniu się ścięgacza Achillesa *pes equinus*, który, jeśli nie jest natury kurczowej, po największej części datuje się od porażenia rdzeniowego dziecięcego. Dalej przy jednoczesnym porażeniu *m. peronei* powstaje: *pes varus*;

jeśli *mm. tibialis anticus et posticus* są porażone: *pes valgus*; i nareście przy porażeniu ścięgacza Achillesa i jego mięśni: *pes calcaneus*. Takim sposobem powstają też u hemiplegicznych i paraplegicznych z powodu porażenia *mm. wyprostnych* (*extensores*) jednej lub obydwóch goleni: kontraktury kolana, a wskutku paralitycznej niemocy *mm. wyprostnych* uda: skurczenie tegoż ku miednicy (1). Utworzony *p. varus* w tèm porażeniu, powiada dalej autor, odróżnia się od *p. varus congenitus* przez to, że przy faradyzacyi mięśni żadnego nie ma odczynu u pierwszego, i że chorzy w końcu stąpają powierzchnią grzbietu nogi, kiedy przy *p. varus congenitus* w najwyższym nawet stopniu stąpają tylko zewnętrznym brzegiem. Autor wspólnie z Duchenne'm znalazł, że przy tych paraliżach kurczliwość mięśni przy faradyzacyi zupełnie jest zniesiona, wyjąwszy tylko w najlżejszych formach. Sparalizowana odnoga po latach okazuje się o 2—6" krótszą, kości zanikają nawet w obwodzie, i tak jedna rzepka (*patella*) od drugiej bywa o $\frac{1}{3}$ część mniejsza.

Paralize te spostrzegano nie tylko na naszej półkuli, albowiem Shaw powiada, że bardzo często w Indyach się wydarzają u dzieci zdrowych; tak samo w Egipcie. Colman mówi nawet o epidemiczném zjawieniu się tój choroby. Wedle Heinego prawie wszystkie paraliżowa skrzywienia, które się datują od wieku dziecięcego, należą do tój formy paraliżu. W ciągu lat 30 obserwował on 158 przypadków, i ani jemu ani innym lekarzom nie udało się dotychczas zapobiedz przejściu pierwszego stadium w porażenie, ani to ostatnie usunąć, wyjąwszy lżejsze przypadki. Na owe 158 przypadków było 37 paraplegii, 34 hemiplegii, 84 częściowego paraliżu, 2 porażenia ramienia, 1 *lordosis paralytica*.

Po symptomatologii następuje opis 17 historij chorób paraplegii, 9 hemiplegii, 6 częściowego paraliżu kończyn dol-

(1) Ztąd wypadaloby wnosić, że kontraktury są tylko skutkiem tego, gdzie i w jaki sposób w pojedynczym przypadku paraliż się objawia, i że są zupełnie niezawisłemi od wewnętrznego siedliska porażenia.

nych, 1 *paralysis brachialis*, 1 *lordosis paralytica*. Po tych historyach, podaje przegląd tabellaryczny 20 przypadków paraplegii, 19 hemiplegii i 47 częściowego paraliżu.

W dalszym ciągu przystępuje do etiologii. Jak już na wstępie powiedziano, anatomia patologiczna nie podała potrzebnych wyjaśnień co do istoty choroby. Zdania zatem autorów są rozmaite. Nasz autor zbija je, a mianowicie zdania Rillieta i Bouchut, którzy uważają ten paraliż jako essencyalny, idiopatyczny, i przyczynę obwodową (periferyczną) przyjmują. P. Heine zaś, nie przypuszczając siedliska choroby ani w mózgu, ani w nerwach obwodowych, szuka tylko przyczyny w wysięku w mięszu rdzenia pacierzowego, a mianowicie w korzonkach pacierzowych przednich, i na to dowody znajduje w symptomatologii; a ponieważ w dziecięcym tylko ma się wydarzać wieku, zatem nsprawiedliwiona nazwa: „Spinale Kinderlähmung.” Trzy sekcyje Longeta, Berenda i Hutina, które autor na dowód swój opinii przytacza, nie przemawiają wcale za pochodzeniem rdzeniowém, ponieważ zmian tych w rdzeniu pacierzowym albo wcale nie było, albo nie same tylko były, a po części mogły też być li następne.—Z objawów Igo stadium, które mają nam nowy rodzaj (species) chorób nerwowych zwiastować, wnosićby można jużto o siedlisku choroby w mózgu, już w rdzeniu pacierzowym, albo téż w splotach nerwowych od niego wychodzących. Przyzwani do dziecka w pierwszém stadium, najczęściej nazwiemy stan ten: zwyczajném przekrwieniem mózgu w okresie ząbkowania, nb. jeśli dziecię wyzdrowieje. Jeżeli zaś, z umiejscowieniem się cierpienia, powstaną w nerwach trwałe materyalne zmiany, wtedy mamy paraliż, którego w pierwszej chwili trudno przewidzieć. Na dowód swój hipotezy podaje autor, że w drugiem stadium, t. j. po powstaniu porażenia, czynności mózgu do normalnego wracają stanu. Nie sądzimy, żeby nienaruszona intelligencya po ukazaniu się porażenia silnym była dowodem, że mózg w pierwszém stadium nie był zajęty. Przecież nieraz po apoplexiach mózgowych, gdzie po długich latach anatomia patologiczna znajduje jeszcze ślady odbytej apoplexii, chorzy będąc resztę życia sparaliżowani, zachowują jednakże czynności móz-

gowe nienaruszone. Dla czegożby podobne przypadki i w dziecięcym nie mogły wydarzyć się wieku.

Po etiologii następuje *Diagnosis differentialis*. Autor uwzględnił tu przedewszystkiém dwie nowe przez siebie podane formy: *hemiplegia* i *paraplegia cerebrealis spastica*; powiada o pierwszej, że się odróżnia od rdzeniowego porażenia przez cierpienia mózgu i zmysłów; chudnienia zaś członków i zniżenia temperatury ciała w pierwszej się nie spostrzega. Dalej z objawieniem się cierpienia mózgowego ukazuje się skurczenie mięśni, i zazwyczaj tylko się wyradza jedna niekształtność jako *pes equinus spasticus*, i kontraktura kolana; zboczeń zaś w kręgosłupie żadnych. Druga, t. j. *paraplegia cerebrealis spastica* według p. Heinego również w dziecięcym się wydarza wieku; której 11 przypadków obserwował. Tu również cierpią umysł i zmysły, dzieci zézują, są bardzo drażliwe, zniżenia zaś temperatury ciała się nie dostrzega, i członki mało co albo wcale nie chudną. Jedyne tu spostrzegające się niekształtności są również tylko: *pes equinus*, skurczenie zgina-czów kolana i addukcyja uda. Obok paraliżu kończyn dolnych jest często i niemoc paralityczna i kurczowe-kontraktyury jednego albo obydwóch ramion. Wszystkie te symptomata nie dają się spostrzegać w porażeniu rdzeniowém dziecięcém. Głównie zaś je odróżnia: kurczowy charakter cierpiących mięśni, kiedy w rdzeniowém porażeniu mięśnie są obwisłe. To mając na uwadze, dzieli p. Heine wszystkie porażenia oraz kontraktyury i niekształtności paralityczne na 2 grupy: kurczowe i niekurczowe; kurczowe paraliże są źródła mózgowego, do niekurczowych należą formy rdzeniowe, o których tu mowa. *Paraliże reumatyczne*, powiada autor, różnią się od téj choroby przez to, że są przystępne wyleczeniu. *Kyphosis paralytica* (Malum Potti) łatwo odróżnić od porażenia rdzeniowego, tak samo i skrzywienia rachityczne; w tych kości są przekształcone w swym przebiegu, a w chorobie Heinego spostrzegają się tylko kontraktyury stawów. *Atrophia musculorum progressiva* odznacza się innym początkiem paraliżu, który równe robi postępy z zanikiem mięśni. Zbija téż autor zdanie, jakoby *scrophulosis, rachitis*, albo téż wpływy reumatyczne mogły być

powodem do powstania choroby. Ząbkowanie zaś jako powód przypuszcza.

Streszczając się, powiada, że w ogóle *paralysis spinalis infantilis* od tych wszystkich spraw chorobnych się odróżnia przez nagłe zachorowanie dawniej zdrowych dzieci i również nagłe wystąpienie porażenia, które znowu się odznacza początkowo brakiem wszelkiej kontraktury, następnie zaś wyżej podanemi, zjawiskami następniemi.—Po hemiplegii, mózgowej cierpią zawsze czynności mózgowe; po paraliżu rdzeniowym chorzy są zdrowi, pominąwszy miejscowe cierpienie (1).—Dalej cechuje się to ostatnie wedle autora niżeniem temperatury ciała i brakiem kurczliwości elektrycznej. Dwie historie chorób i 10 tabellarycznie opisanych przypadków, mają służyć do wyjaśnienia téj różnicy. Co do niżenia temperatury, zwrócę tu uwagę, że p. H. dochodził ją tylko w 17 przypadkach i że temperatura tém więcej spadała, im młodsze było dziecicę w czasie objawienia się paraliżu, im dłużej porażenie trwało, i im większy rozwinął się zanik. Niżenie temperatury ciała i chudnienie porażonych członków w ogóle napotykamy w paraliżach dziecięcych, i pochodzą one ztąd, że w dziecięcym wieku, gdzie zwawsze odżywianie organizmu zachodzić powinno, zniesiony wpływ nerwowy więcej szkodzi odżywianiu, niż u dorosłych.—W porażeniach mózgowych jeszcze przez miesiące, jak wiadomo, utrzymuje się kurczliwość elektryczna; w porażeniach zaś pochodzenia obwodowego najwcześniej ona znika: faradyzacja w takich przypadkach pomoże nam w rozpoznaniu porażenia. Bardzo wczesnie rozwijająca się dezorganizacja nerwów obwodowych po oddzieleniu ich od organów ośrodkowych tłómaczy nam dostatecznie wczesne przygaśnięcie elektrycznej kurczliwości przy porażeniach obwodowych. W późniejszym czasie rozwija się po paraliżach mózgowych naostatek dezorganizacja obwodowych nerwów, zanik i tłuszczowe przeistoczenie nieświadzących się mięśni. W zadawnionych zatem przy-

(1) Ale jeśli cierpienie zajmie część szjową rdzenia pacierzowego, to i tu mogą być funkcje umysłowe i zmysłowe nadwerężone.

padkach zniesiona kurczliwość elektryczna już nie może służyć do odróżnienia porażień obwodowych i ośrodkowych. Przy paraliżach rdzeniowych kurczliwość elektryczna już to długo się utrzymuje, już to wcześniej bardzo znika, nie może zatem służyć jako środek do rozpoznania różnicowego. Niemeyer objaśnia to zachowanie się elektryczności w porażeniach rdzeniowych na zasadzie poszukiwań *Schroedera van der Kolk* o budowie rdzenia pacierzowego. Jeśli w rdzeniu pacierzowym znajdują się nitki odśrodkowe nie przechodzące bezpośrednio w nerwy obwodowe, ale wstępujące w komórki zwojowe, z których dopiero wychodzą nerwy obwodowe, to wedle analogii prawdopodobną jest rzeczą, że przy zniszczeniu owych pierwszych nitek kurczliwość elektryczna tak się zachowywać będzie, jak po paraliżach mózgowych; przy zniszczeniu zaś włókien pochodzących z komórek zwojowych, tak jak przy porażeniach obwodowych. Zresztą, nadmienić jeszcze wypada, że dotychczas nie wszystkie warunki są zbadane co do działania elektryczności na porażone mięśnie.—Zdaje mi się też, że autor się myli jeśli utrzymuje, że cierpienia rdzenia pacierzowego wyłączają symptomata pierwotnych kontraktur. Te bowiem zależą nie tyle od siedliska, ile od gatunku cierpienia mózgowego, które, jeśli jest w stanie wywołać drażnienie, to niezawodnie wnet za sobą sprowadzi kontraktury. Pod tym względem równe jest prawo dla rdzenia pacierzowego, jak dla mózgu i nerwów zwojowych. Porażenia u dzieci zwykle sprowadzają obwisłość członków, ale jej przyczynę szukać należy w pierwotnej sprawie chorobowej: u dorosłych zwykle krwotok jest powodem porażenia, u dzieci zaś szczególnież zapalenia; produkta owych processów wywołują objawy w różnych postaciach.—Podług teorii wreszcie p. Heinego, że *paralysis spinalis infantilis* zależy od wylania krwi albo wysięku w rdzeniu pacierzowym, nie można pojąć, dla czego w niektórych przypadkach wylanie nie mogło być wessane, skutkiem czego porażenieby znikło? chyba żeby wysięki te zniszczyły natychmiastowo zwoje kręgowo-materyjalne lub też tylko funkcjonalnie. A jeśli tak jest, dla czego autor, jak to w terapii zobaczymy, jeszcze zaleca zewnętrzne środki na wessanie wysięku w rdzeniu pacierzowym i na odży-

wianie przygaśnionej pobudzalności nerwów, kiedy choroba ma być nieuleczalną? Ale spostrzeżenia 158 przypadków i przekonania autora przemawiają za siedliskiem choroby w rdzeniu pancerzowym! Dowodów anatomicznych na to nie ma, a gdyby były takie, któreby nie wykazały istnienia organicznych zmian w ośrodkach nerwowych, toby autor swych przeciwników odesłał do badań mikroskopowych, a gdyby i drobnowidz niewykazał zmian spodziewanych, toby i to jeszcze nie było dowodem dla niego; powiedziałby im (słowa autora str. 146): „że bywają zmiany tak delikatne, które dotychczas ukrywają się przed naszym okiem.” W taki sposób broni p. Heine swoich idei patogenicznych, zapominając jak marne są wszystkie nasze teorie w obec wielkiej księgi natury!

Prognosis quoad vitam jest dobra, ponieważ tacy chorzy się starzeją i przytém względnie dobrze się mają. Co do stanu paralitycznego i zaniku, to poprawa zależy od stopnia, wieku, w którym się leczenie systematyczne rozpoczyna, i od wytrwałości i energii w przeprowadzeniu tegoż.

Leczenie. W pierwszym stadium jest przeciwzapalne. W drugim rozmaite są wskazania, którym p. Heine w następujący sposób zaleca zadość uczynić. I tak na wessanie wysięku zaleca: *vesicantia* na krzyż, albo wcierania *ol. crotonis*; wewnątrz *kalium iodatum*, *ol. jecoris*, *Arnica* i kąpiele solne. Dla ożywienia porażonych części używa strychniny z jój przetworami wewnątrz. Przeciwno atrofii mięśni: ciepłe zwierzęce kąpiele, nacierania, gimnastykę, galwanizm podług Duchenne'a; dla zapobiegania powstaniu skrzywień i niekształtności kończyn dolnych i grzbietu i dla leczenia już powstałych proponuje ciepłe i parowe kąpiele, smarowanie tłuszczem, owijania. Po kilku tygodniach leczenia tego wstępnego, przystępuje się do użycia rozmaitych przyrządów wyciągających i do przycinania ścięgien (tenotomii). Nareszcie wzmacnia cały układ chiną, żelazem, pożywieniem posilnym, ruchem, etc.

W końcu wyznać muszę, że mając sobie oddane dzieło p. Heinego do sprawozdania, nie mogłem się wdać w rozleglejszą krytykę, ponieważ pomimo kilkunastoletniej praktyki czuję aż nadto brak dostatecznego doświadczenia co do tego

nowego rodzaju (species) chorób nerwowych, którą może starsi koledzy częściej mieli sposobność spostrzegania. Pozwoliłem sobie tylko w kilku pobieżnych uwagach nadmienić, jak słabe są niektóre dowody przytoczone przez autora i jak fakta naciągane na usprawdliwienie jego hipotezy. Z tém wszystkiém wyznać muszę, że z korzyścią przeczytałem to dzieło, z którego nabrałem przekonania, jak wielkie i wzniosłe odnosi tryumfy mecha- nika w porażeniach dziecięcych, wracając nieszcześnie na czworakach się czołgającym, możność zwrócenia oczu ku niebu! Dodane tablice objaśniają to dokładnie.

O ZADANIACH KONKURSOWYCH (*).

Do ważniejszych i pierwszorzędnych czynności stowarzyszeń wszelkich naukowych należy stawianie zadań konkursowych.

Im bardziej życie narasta, im bardziej nauka się rozwija, tém mniej zdolny jest umysł pojedynczego całość jej objąć, tém mniej zdolny w całości téj ogarniętej naraz wzrokiem odnaleśó te punkta, które są najsłabsze, które się najpilniej podjęcia umysłem, badaniem domagają. Tutaj umysłowi jednostki przychodzi w pomoc umysł zbiorowy, który, mając w sobie wyrażone i skupione pojedyncze elementa, całość nauki stanowiące, tę całość w jeden sobą obraz zbiera, obraz jasny i w szczegółach wydatny. Towarzystwa naukowe—te właśnie reprezentują ów umysł zbiorowy i mieszczą w sobie owe warunki wszechstronnego objęcia zarówno światła jak cieniów nauki.

(*) Z powodu uchwały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zawieszającój na rok 1863 ogłoszenie zadania konkursowego.

P. T. L. W. Tom XLIX.

Im więc przystoi stawiać zadania, tym zbiorowym umysłem dobrze obmyślane, a zaczerpnięte ze sfery tych badań naukowych, których przedsięwzięcie okaże się, w obliczu całości nauki, najpierwszą i najpilniejszą tój ostatniój potrzebą. Zadania te, wygłoszone publicznie, mają jużto wywołać prace odpowiednie; jużto-co drugie a ważniejsze-skierować umysły, nawet te, które do wygłoszonego zadania bezpośrednio przystosować się nie dadzą, skierować je w kierunek zadaniem wskazany.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, tę możność swoją jako ciała zbiorowego na korzyść nauki spożytkowując, ten obowiązek swój spełniając, stawiało z rządu przez lata zadania konkursowe.

Owocu bezpośredniego to ogłaszanie konkursów nie dało, prac naukowych zapytanie rzucone rozwiązujących nie wywołało. Czy jednak i ów drugi wskazany, czy i ów pośredni rezultat zawiódł? o tём wątpić sobie pozwalamy.

Pytanie o leczeniu wrzodów goleni, zadania o kołtunie (stawiane przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i Wileńskie), choć nie wiele bezpośrednich prac wywołały, spowodowały jednak setki dokładniejszych spostrzeżeń, które dziś są może jeszcze surowym materiałem, jutro w wyraz ścisły naukowy zamienić się mogą.

Czyliż więc wolno jest porzucać tę część obowiązku? Nie, zaiste. Trzeba najprzód poszukać w sobie przyczyny, czemu dotychczasowe konkursy prac nie wywołały, a znalazłszy na to odpowiedź, zgodnie z takową postawić takie zadanie, które się na obecną chwilę okaże pierwszém, nagłacém.

Brak zakładów wyższych naukowych, brak ognisk życia naukowego; zabsorbowanie umysłów pracy naukowej zdolnych sprawą życia nagłą, odciąganie od spokojnego badania innymi nagłaciami i wciąż nagłaciami zadaniami życia zewnętrznego; zaniepokojenie, zakłócenie spokoju szczękiem i hałasem wypadków, co nakoło w zmysły były: to wszystko odjęło siłę badawczą naukową umysłów najbogatszym, zwracając je ciągle i nieustannie w kaleidoskop życie. Boć umysłów wyższych nie brakło, a tylko te, które były, nauce się oddać nie mogły.

To tłumaczenie, które jest prawdziwem, ono zbyt się jednem ogólnikowem słowem nie da.

Dzisiejsza generacja, która przyszła po owych chwilach, a i ta, która je przeżyła, czując dziś dane ognisko, z którego ciepło naukowe brać może, winna badaniem wypełnić ową szczerbę w nauce, która nam najbliższą przeszłość wyraża. Historia cywilizacji w Polsce nie może ominąć tej chwili, jako nie byłej; musi stawić pytanie, czemu nauka milczała? czemu świadectw o swém życiu nie dawała? Nie możemy wystawieniem *świadectwa o ubóstwie* umysłowem zaspokoić niepokoju sumienia narodowego, które dziś staje ze sobą do obrachunku z chwilą ubiegłej. Byli ludzie, były umysły wyższe: czemu śladu po sobie nie zostawiły w nauce?

Widziemy więc, że pierwszym, obowiązującym sumieniem zadaniem poczynającej się, w obec powstałych jej ognisk, nauki naszej, jest rozwiązać zagadkę milczącej chwili, co minęła, usprawiedliwić niejako przeszłość najbliższą. Więc jest zadanie *historyczne*.

To zadanie stawić powinno Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Jak je sformułować?

Ogólném zapytaniem nie uczynimy zadość potrzebie. Ogólne pytanie dałoby tylko ogólnikową odpowiedź, streszczającą w sobie ogólne momenta życia i nauki, które tém samém do treści historii ogólnój, a nawet głównie politycznej należą.

Drogą najprostszą i cel najbliżej wskazującą jest rozbiór życia i prac tych jednostek w szeregach lekarzy polskich, które dały ze siebie świadectwa wyższych zasobów i wyższej zdolności umysłowej, które jednak nauki nie wzbogaciły. Więc czemu nie poszły w świat nauki? Czemu w życie chwili, w życie bieżące całkiem się oddały?

Słowem pytanie objąć powinno życie jednego z tych lekarzy polskich, których imiona generacya już druga z szacunkiem wymienia: Marcinkowski, Brandt, Czekierski i inni, te gwiazdy życia kraju, jakim ono było, i jakim w warunkach sobie danych być mogło. Ludzie ci, co wyższością umysłu wyższość stanowiska społecznego zdobyli i sobie i ciału lekarskiemu— z których każdy aby jedném słowem zaświadczył o wyższej możności naukowej, ludzie ci czemu zdolności swe wyższe wyłącznie życiu, a nie nauce dali?

Rozwiązanie zagadki życia jednego z tych wyższych umysłów rozwiąże zagadkę nauki polskiej w ogóle, nauki lekarskiej w szczególności.

Stawienie tego pytania jest na dziś pierwszym obowiązkiem Towarzystwa Lekarskiego w obec ożywiającego się ruchu naukowego w kraju.

PORÓWNAWCZE BADANIA

ROZMAITYCH OPERACYJ ZALECANYCH

przeciw ocieklinom żylnym (varices).

Przez Dra Jana Mińkiewicza.

(Dokończenie. — Patrz str. 5 i następne.)

Opisawszy to, cośmy widzieli zewnątrz żyły, w około podwiązki, przedstawimy teraz zmiany, jakie zachodzą w samej *ścianie* żyły. Pierwszém konieczném następstwem jest pomarszczenie, sfałdowanie ścian żyły podłużne i zwężenie jój średnicy. Niepodobna podać szczegółowego opisu tych rozmaitych marszczek, jakie przytém powstają, co z resztą nie ma żadnej ani praktycznej, ani teoretycznej wartości. Z drobnowidowego śledzenia żyły w miejscu odpowiadającém podwiązce pokazuje się, że te fałdy składają się z marszczek mniejszych, mikroskopowych, z błony wewnętrznej złożonych, mniej lub więcej głębszych i często równoległe do siebie leżących. Ilość, głębokość tych marszczek mikroskopowych bywa rozmaitą

w rozmaitych żyłach i u rozmaitych zwierząt. U świnki morskiej pomarszczenia są większe, niż u innych zwierząt; im dalej od podwiązki, tém one są regularniejsze; a naturalnie, że nie istnieją, jeśli ściany żyły są z sobą zrośnięte, albo mocno skrzepem krwi rozszerzone. W tych przypadkach, gdzieśmy zwężili światło o $\frac{1}{2}$ do $\frac{2}{3}$, często nie znajdowaliśmy w najwęższém miejscu skrzepów krwi; przy mocniejszém zaciśnięciu światło było zakryte fałdami i między niemi leżącymi małemi skrzepami krwi, widzialnemi gołym okiem lub tylko pod mikroskopem: fałdy te sklejały ściany naczynia. Ostróżne zastosowanie wody, gliceryny, albo kwasu octowego sprzyjało powolnemu od siebie oddaleniu się sklejonych ścian. W wyższych jednakże stopniach rozdrażnienia sprawionego podwiązką i zapaleniem zewnętrzném żyły, ściana jęj zamieniała się w powrozek (*bride*), w masę złożoną z tkanki łącznej. Długość zrośnięcia najbardziej zwężonego miejsca bywa rozmaita, od kilku linii do centymetra. Te zmiany szczególnieć badaliśmy na żyłach psów, gdyż u królika i gołębia dla swojej małości są nieprzydatne do tego.

Przytoczę tu, co mi się raz zdarzyło przy podwiązaniu żyły szyjowej zewnętrznej; przekłółem ją przypadkiem, przeprowadziłem przez jęj światło nitkę żelazną i z boku zawiązałem. Po śmierci psa znalazłem, że z jednej strony między podwiązką a ścianą, na której leżał węzeł, był skrzep krwi, a z drugiej strony między nim a ścianą krew swobodnie odpływała do serca.

d) O wrzodzeniu żyły podwiązanej i następném rozdzieleniu jęj jużesmy pierwěj wspomnieli.

2. Stan żyły między podwiązką a sercem.

Na szyi żyła od najwęższego miejsca podwiązki stopniowo się rozszerza aż do połączenia z żyłą podobojczykową, a na stopień rozszerzania się wpływa odległość podwiązki od połączenia się żyły szyjowej z żyłą podobojczykową i ta okoliczność, czy poniżej podwiązki znajduje się gałąź boczna.

Gdzie pomiędzy podwiązką a żyłą podobojczykową nie ma gałęzi bocznej, tam zwężenie tém jest większe, im podwiązka leży dalej od żyły podobojczykowej i dochodzi 1 do 2 centim. długości, a poniżej dopiero żyła stopniowo jest coraz szersza. Jeśli zaś między podwiązką, a żyłą podobojczykową znajduje się żyła boczna, to zwężenie ogranicza się do miejsca założenia podwiązki. Odległość podwiązanego miejsca od żyły podobojczykowej lub bocznej wpływa na dwie okoliczności: 1) czy żyła zawiera skrzepy lub nie; 2) jak się zachowuje żyła pod podwiązką. Jeśli między podwiązką, a żyłą podobojczykową nie było gałęzi bocznej, tośmy znajdowali skrzep tylko w pobliżu ż. podobojczykowej i był on zawsze świeżego pochodzenia, powstały w czasie konania lub po śmierci. Sama zaś żyła spłaszczała się.—Jeśli przeciwnie pod podwiązką znajdowała się żyła boczna, to znajdowaliśmy skrzep daleko większy, sięgający w ową żyłę boczną, zwykle bardzo znacznie rozszerzoną. Te skrzepy były dawniejszego pochodzenia, mocniej przyklejone do wewnętrznej ściany; podobne skrzepy szczególnie dawały się widzieć w dolnej części żyły, jeśli jednocześnie podwiązka przypadła tuż pod zastawkami lub je uszkodziła.—Na zasadzie moich doświadczeń sta-

nowczo przeczę zdaniu panów Renault i Bouley (1); *że zawsze pod podwiązką żyła bywa zrośnięta*. Wskazaliśmy warunek, kiedy ona może być mniej lub więcej zatkana. W razie niezupełnego podwiązania znajdujemy, że światło żyły zwięża się marszczkami. W razie zaś zupełnego zaciśnięcia i zwinięcia żyły, pod podwiązką powstaje gładka wklęsłość; jeśli jednak podwiązka trafiła tuż nad samemi zastawkami, zakończenie to będzie niegładkie, pomarszczone. — Zmiany żył odnóg dolnych, będąc w gruncie też same, zależne są także od tego, jak daleko leży podwiązka od naczyń bocznych. Jeśli była odległą na kilka millimetrów, to żyła nad podwiązką od miejsca największego zwiężenia ku sercu zawiera bardzo małe skrzepy albo wcale ich nie mieści i rozszerza się powolnie. W tych zaś przypadkach, gdzie w pobliżu podwiązki są boczne naczynia, tam skrzepy są większe.

3. Stan żyły podwiązanej i innych żył między podwiązką a obwodem.

a) Na szyi żyła ponad podwiązką, szczególnie w pobliżu jęj, *zaraz po podwiązaniu* rozszerza się krwią w biegu zatrzymaną, co nie tylko na żyłe obnażonej, ale i przez skórę daje się widzieć. *Później* zaś znajdujemy, że średnica żyły ponad podwiązką nie tylko nie jest szerszą, ale jest *węższą, niż była w stanie prawidłowym, przed podwiązaniem*. Im później po podwiązaniu otwieramy trupa, *tém ta zmiana jest stalszą i wyraźniejszą*. Najprzód opiszemy stan obnażonej części żyły, a więc położonej bliżej podwiązki. Jeśli podwiązka całkowicie znosiła światło naczynia i

(1) W m. wsk., str. 586—587.

śmierć nastąpiła zaraz po operacyi, to znajdowaliśmy żyłą bardzo rozszerzoną i zaokrągloną ponad podwiązką. Jeśli zaś zwierzę żyło kilka dni, a więc żyła miała czas się zwięzić, to rzecz się inaczej miała. Inaczej znów zachowuje się żyła nad podwiązką nie zupełnie zaciśniętą. Tu część obnażona zachowywała mniej więcej formę wrzeciona, którego koniec węższy skierowany był do podwiązki, górny zaś sięgał górnej granicy obnażenia. Co do zmarszczek gołym okiem widzianych i mikroskopowych, w ogóle na całej ścianie żyły to samo znajdowaliśmy, co i w żyłce poniżej podwiązki.

Zachowanie się skrzepów bywa bardzo rozmaite. W przypadkach prędkiej śmierci po operacyi skrzepy nie są jeszcze zrosnięte ze ścianą naczynia, są pulchne, złożone ze skrzepłej krwi z bardzo małą ilością włókniaka lub bez niego. W dalszym ciągu skrzep staje się suchszym, mniejszym, w późniejszych zaś okresach bywa złożony z warstw włókniaka rozmaitej grubości. Tu także nad podwiązką i poniżej jej dno woreczka żyły (*cul-de-sac*) bywa wklęsłe, gładkie; albo wąskie, pomarszczone, jeśli je stanowią zastawki. Odpowiednio tym warunkom i forma skrzepu bywa różna. We wszystkich tych razach skrzep może być niezrosnięty; albo mniej lub więcej mocno przyklejony do ściany; albo zupełnie zrosnięty. Pod tym względem wiele bywa różnistości. Najczęściej skrzep bywa zrosnięty podstawą swoją, wyżej zaś tylko częściowo styka się ze ścianą i zrasta z nią kilku punktami. Raz znalazłem, że skrzep przyrośł jednym swoim końcem cienkim ponad podwiązką; drugim podobnie cienkim do obwodu żyły przybocznej, nie wielkiej; część zaś średnia, grubsza była wolna. Wskutek podobnego niejednostajnego zachowania powstają wolne

miejsca między ścianą a skrzepem. Oprócz takich kanałów, gołym okiem widzialnych, istnieją inne mniejsze, mikroskopem tylko wykryć się dające między marszczkami. Obecność skrzepu, zwłaszcza dawniejszego pochodzenia, nie jest konieczną: może go nie być nawet wtedy, gdy między dniem operacji a otwarciem trupa upłynął czas dłuższy. W takich zadawnionych przypadkach w woreczku żyły nad podwiązką (*cul-de sac*) znajdowaliśmy po śmierci niekiedy krew' zupełnie płynną. Nie było skrzepu także, jeśli tuż nad podwiązką znajdowała się gałąź boczna, która zwykle bywa szersza, niż odpowiednia na drugiej stronie.

Pierwój, nim opiszę zmiany zachodzące w żyłe dalej od miejsca podwiązki i w dalszych gałęziach, wspomnę o stanie tych żył, na których w skutek rozmaitych doświadczeń zakładałem po dwie podwiązki. Co się tyczy stanu żyły powyżej i poniżej podwiązek, to jest on ten sam, co i po zastosowaniu jednej. W kilku przypadkach, pomimo podrażnienia wewnętrznej ściany żyły przez wprowadzenie do niej końca strzykawki, światło żyły pozostało wolne: ściany stykały się z sobą, ale się nie zrastały; na ich powierzchni wewnętrznej znajdowały się podłużne marszczki, gołym okiem i pod mikroskopem widzialne. W razie zaś silniejszego podrażnienia, przy silném zropieniu wewnętrznej osłony ginęło światło, ściany się zrastały i żyła zamieniała się w powrozek (*bride*) tkanki łącznej. Pomędzy temi dwiema postaciami są jeszcze przypadki przechodowe, w których zrośnięcie bywa tylko miejscowe, ograniczone do najbliższego sąsiedztwa podwiązki.

Jużem wyżej powiedział, że żyła szyjowa nad podwiązką bywa przez kilkadziesiąt godzin szerszą od zwy-

czajnej, co daje się widzieć nie tylko w pobliżu podwiązek, ale i dalej i w żyłach bocznych. Pod tym względem nasze spostrzeżenia nas przekonały, że następne zachodzą zmiany. Skoro odpływ krwi w żyłę jest utrudniony albo całkiem zatrzymany podwiązką, tedy żyła nagromadzoną krwią rozciąga się, napęlnia na całym przeciągu. Boczne bliższe żyły podlegają temuż przepelnieniu tak dalece, że żyłki zazwyczaj gołym zaledwo dostrzegalne przybierają bardzo znaczną objętość. Przekonywałem się o tém nie tylko po śmierci zwierzęcia, ale i za życia, gdyż łatwo pod skórą można namacać zgrubiałą, rozszerzoną żyłę. — W późniejszym czasie, w kilka dni stosunek się zmienia: naczynie podwiązane zwęża się; na stronie zaś przeciwnej, gdzie odpływ krwi jest wolny, żyły są niekiedy w dwójnasób rozszerzone. To *prawo*, że go tak nazwę, *zrównoważenia* (Ausgleichung) jest stałe. Przyczyny tego są oczywiste: o nich powiemy niżej. — Pod tym względem dają się odróżniać dwie grupy zjawisk, z których jedna lub druga głównie przemaga. W jednej z nich głównie, jedynie są rozszerzone żyły większe: rozszerzeniu temu podlegają wszystkie gałęzie tworzące żyły zewnętrzne szyjowe; przytém żyły mniejsze niejednostajny biorą udział. To samo daje się widzieć i na gałęziach łączących żyły jednej połowy ciała z drugą; zachodzące w tej mierze różnice są skutkiem bardzo rozmaitego rozkładu żył łączących. W ogóle u psów pod względem rozkładu żył dostrzegłem wielką niejednostajność: być może, iż rozszerzenie mniejszych naczyń na jednej i zwężenie na drugiej stronie (gdzie żyła podwiązana) przyczynia się do uwidocznienia tych różnic. U niektórych psów, w skutek utrudnionego odpływu krwi żylniej, na żyłach powstawały miejscowe rozszerzenia (ectasiae), które zwykle znaj-

dowały się w miejscu połączenia się z sobą żył, na obu z nieb. Raz one bywają równe między sobą, w innym razie jedno większe od drugiego; na niektórych gałęziach znalazłem po dwa rozszerzenia. Stopień rozszerzenia bywa bardzo rozmaity. Większa część rozszerzeń obejmowała cały obwód żyły; w innych razach tylko jedną stronę (*ectasia lateralis*), ta ostatnia forma przemagała na ścianie do mięśni obróconej. Granicę ich stanowiły zastawki żył, tak, że właściwie między nimi były te rozszerzenia. Rozciąwszy taką żyłę, znajdowałem, że krew' w tych rozdęciach była więcej ścięta, oddzielenie włóknika była wyraźniejsze.

W drugiej grupie przypadków większe żyły biorą stosunkowo bardzo mały udział, przeciwnie zaś przeważnie rozszerzają się żyły zaskórne. Wtedy mikroskopijne niemal naczynka grubieją bardzo znacznie i wydaje się, jak gdyby nowe żyły powstawały. Tak rozszerzone żyły spotykałem na całej przedniej powierzchni szyi, a nawet i na przedniej części klatki piersiowej. Czém się to dzieje, że w jednym przypadku przemagająco ulegają rozszerzeniu żyły większe, w innym zaś mniejsze, zaskórne? Opierając się na moich dotychczasowych doświadczeniach, stanowczo pytania tego rozwiązać nie mogę. Sądzę jednak, iż miejsce podwiązki, jój odległość od większych naczyń bocznych wpływają na tę różnicę.

Prawo to, że żyła nad podwiązką z początku szerszą się staje, a później się zwęża, po drugiej zaś stronie odpowiednio żyły są rozszerzone, potwierdza się i w takim nawet razie *aa*) jeśli i ta ostatnia żyła *po niejakiem czasie* będzie podwiązana zupełnie. Wtedy bywa ona daleko szerszą i krew' kieruje się do żył szyjowych głębokich, w skutek czego znajdujemy małe naczynka

w tkance łącznej otaczającej żyły szyjowe wewnętrzne i nerwy błędne, mocniej rozszerzone; *bb*) jeśli jednocześnie podwiążemy obie żyły szyjowe zewnętrzne, ale w ten sposób, iż jedna z nich będzie zupełnie zaciśnięta, druga zaś nie zupełnie, tak, że odpływ krwi będzie tylko utrudniony, to ostatnia będzie szerszą od pierwszej. Powtarzałem te doświadczenia kilka razy, zawsze z tymże samym skutkiem. Doświadczenia moje dowodzą pewnej samodzielności układu żył szyjowych zewnętrznych i ich ścisłego między sobą związku. Każda z nich ma właściwą sobie dziedzinę (territorium): przeszkoda krążenia krwi w jednej z nich najpierwej objawia się wtém kółku mniej lub więcej zamkniętym, a następnie w żyłach wewnętrznych szyjowych. Okoliczność ta jest szczególnie wydatna u psów, gdyż u nich żyły szyjowe zewnętrzne przemagająco są rozwinięte stosunkowo do żył wewnętrznych.

b) Kończyny dolne. Tu podwiązywaliśmy żyły: udową, biodrową zewnętrzną i biodrową wspólną. W żyłach udowej napotkaliśmy dwie zmiany anatomiczno-patologiczne, których nie widzieliśmy nigdzie w ciągu naszych doświadczeń. Oto są te zmiany. U psa podwiązka częściowo przecięła żyłę; tu znaleźliśmy skrzep od tego miejsca aż do połączenia się dwóch gałęzi poniżej położonych. Górna część skrzepu, to jest bliższa podwiązki, między zastawkami położona, w długości 1—1½ centymetrów uległa rozkładowi, rozmiękła. Zmiana ta była szczególnie widoczną w środku skrzepu; warstwy zaś zewnętrzne, bliższe ścian żyły, były niezmienione. Masa środkowa, rozmiękła, kaszowata, ziarnkowata, brudno żółtawa, pod mikroskopem przedstawiała ciała krwi czerwone zmienione, ciała białe bardzo obfite i barwnik krwi czerwony bezkształtny. Poniżej tak zmie-

nionej części skrzepu leżała massa skrzeplój krwi niezmienionej. — W drugim przypadku skrzep od podwiązki ciągnął się do połączenia dwóch dużych żył; nie był przyklejony do ściany, lubo tak mocno do niej przylegał, że na ścianie i na skrzepie znajdowały się odpowiednie dołki i wyniosłości, tudzież farbowane pręgi na jednej i na drugim: na ścianie te ostatnie pochodziły od przesiąknienia jej barwnikiem, na skrzepie po białawo brudnych pręgach następowały naprzemian czerwono-brudne. Rozciawszy skrzep przekonałem się, że się składał z części środkowej czerwonej, przylegającej do jednej ściany i do podwiązki, i z warstw białawo brudnych i czerwonych leżących jedną na drugiej. Z tej budowy było rzeczą oczywistą, że powstały one nie od razu, ale stopniowo, skutkiem napływu krwi z żył pod kątem się łączących. Zrobiwszy skrawki drobnovidowe, znalazłem, że warstwy białe stanowił ścięty włóknik, zawierający drobne, rozsypane kupki brocznika (hematiny), co też było powodem brudnego odcienia warstwy zaś ciemne stanowiła głównie massa brocznika. — Po podwiązaniu żyły udowej stwierdza się także prawo zrównoważenia, lubo na pierwszy rzut oka mniej wyraźnie, co zależy od anatomicznych warunków. U psa znaczenie żyły udowej jest daleko mniejsze, niż u człowieka, z tego powodu, że u pierwszego inny jest rozkład żył łączących się w żyłę biodrową zewnętrzną (v. iliaca ext). Jeśli śmierć nastąpiła nieprędko po podwiązaniu żyły, to one poniżej podwiązki były zwężone aż do najbliższych żył bocznych, albo na całym przebiegu. Jednakże u psa jednego, któremu podwiązano tętnicę udową prawą nie zupełnie, żyłę zaś udową lewą w zupełności metaliczną ligaturą, po śmierci ta ostatnia żyła poniżej podwiązki była mocno roz-

szerzona. U tego psa powstało bardzo silne spsoczenie tkanki łącznej międzymięśniowej, zapalenie mięśni z wynaczynieniem krwi, zropienie i rozmięknienie ich (myomalacia). Tym zmianom uległy szczególnie mięśnie przyciągające uda (mm. adductores femoris) i mięśnie na tylnej powierzchni golewi położone. Ale toż samo doświadczenie na innym psie zrobione nie sprawiło podobnych zmian; nawet podwiązanie żyły biodrowej wspólnej (v. iliaca comm.) nie sprawiło podobnych następstw.

Porównajmy teraz to, cośmy z własnych spostrzeżeń podali, z danymi ogłoszonymi przez autorów. W wyżej przytoczonym dziele prof. Virchowa znajdujemy, że wszystkie jego doświadczenia należą do rzędu tych, gdzie żyłę podwiązano 2—3 podwiązkami, robiwszy uprzednio na niej pewne doświadczenia. Jużśmy mówili, że prof. Virchow, otworzywszy żyłę, przesuwiał przez nią rozmaite ciała. *W doświadczeniu I.* (str. 264) pies był zabity w 48 godzin po zasunięciu do żyły skrzepu włóknikowego. Ponad podwiązką górną znaleziono nieznaczny skrzep krwi i mocne rozszerzenie wyżej położonej części żyły krwią ciemno-czerwoną. Część żyły między podwiązkami zawarta była podłużnie pomarszczona; żadnych innych zmian nie było; poniżej dolnej podwiązki żyła zupełnie pusta.—*Doświadczenie II.* Pies w 49 godzin po operacji zabity. Żyła całkowicie zdrowa, w górnym końcu mały ciemny skrzep, w dolnym zaś nic nie było.—*Doświadczenie III.* Zwierzę zabite w 99 godzin po operacji. Żyła szyjowa prawa mocno rozszerzona, podobnie i anastomozy z żyłą lewą ponad krtań. Podwiązki jeszcze się trzymały, dolny koniec żyły wolny.—*Doświadczenie IV.* Śmierć w 74 godzin. Żyła

szyjowa zupełnie prawidłowa; podwiązana część mętna, żółtawo-biaława, zupełnie znekrozowana; w końcu dolnej części mały skrzep.—*Doświadczenie V.* Na miejscu rozcięcia na szyi wielka jama ropiasta, zawierająca ropę czerwonawą płynną.—*Doświadczenie VI.* Żyła szyjowa prawa bardzo rozszerzona krwią skrzepłą ciemną; podobniez mocno rozszerzone i anastomozy podszczękowe. Górny koniec podwiązanej żyły zmarszczony, bez skrzepu, na miejscu zaś podwiązki żyła li tylko pomarszczona i sklejona. Dolny koniec podłużnie pomarszczony aż do najbliższej zastawki, o $1\frac{1}{2}$ ''' oddalony od miejsca ligatury; na całym tym przeciągu znajduje się skrzep cienki, blado czerwony, twardy i przyklejony.—*Doświadczenie IX.* Do żyły psa wsunięto kawałek mięśnia; śmierć w 135 godzin. Przy otwarciu ciała znalazł Prof. Virchow ranę szyi w bardzo dobrym stanie, węzły jeszcze się trzymały; między nimi zawarta część żyły strupieszala; dwie podwiązki, założone na dwóch małych tętnicach po wykrojeniu kawałka mięśnia, były otoczone wysiękiem włóknikowym; nieznaczny skrzep (thrombus) w żyłę.—*Doświadczenie X.* Wsunięto w żyłę kawałek bzu. Śmierć w 110 godzin po operacji. Anastomozy podszczękowe mocno rozszerzone; w górnym końcu ponad podwiązką żyła sklejona, pod dolną zaś podwiązką aż do najbliższych zastawek o 3''' oddalonych żyła zawierała w sobie skrzep mocny, giętki, blady, przyrośnięty. Oprócz tego żyły zupełnie wolne; krew' słabo ścięta.—*Doświadczenie XII.* Śmierć w 64 godzin. Podwiązki na żyłach jeszcze się trzymały, żyła między nimi znajdująca się strupieszala, zamieniła się w strzępki (Fetzen). W górnej części żyły był skrzep $\frac{3}{4}$ '' długi, twardy, przyrośnięty, walcowaty, blado-czerwony. Poniżej pod-

wiązki znajdował się również skrzep $\frac{1}{2}$ " długi, do najbliższych zastawek sięgający, przyrośnięty, gruby, bardzo pulchny, w górnej swojej części zamieniony w kaszę czerwoną, w nitki ciągnącą się, która głównie złożona była z małych ziarenek białkowatych (Körnchen), czerwonych kulek krwi i znacznej liczby komórek bez jąderkowych, ziarnkowatych (kernlose, granulirte Zellen): prawdopodobnie następstwa przemiany wstecznej (Rückbildung) bezbarwnych kulek krwi. Ściana żyły była cołkolwiek twarda, zabarwiona plamisto, czerwono; wyżej, pod ową kaszą, błona jej wewnętrzna była strupieszala, zwiędła, pomarszczona, mętna, biaława, krucha, łatwo oddzielająca się. Ta część strupieszala miała kierunek ukośny do osi naczynia. Prócz tego, żyła szyjowa i inne były zupełnie prawidłowe.

Tych kilka doświadczeń przez nas przytoczonych wystarcza zdaniem naszym, aby wskazać wielkie podobieństwo, często tożsamość naszych i Prof. Virchowa spostrzeżeń. Widział on większe zmiany w żyłach, niż my, co zależy od większego podrażnienia, jakie sprawiał swojemi doświadczeniami; myśmy zaś ograniczali się tylko na podwiązywaniu tychże.

Opisawszy anatomiczno-patologiczne zmiany spostrzegane nie tylko na części obrażonej żyły, na miejscu podwiązki, ale i w sąsiednich tkankach i żyłach, podamy teraz zmiany, jakieśmy znajdowali w odleglejszych narządziach. W mózgu zwykle niewielkie nabiegnięcie naczyń dawało się widzieć na podstawie i niekiedy poniżej bocznych jam mózgowych. W płucach dwa razy spotkałem zapalenie nieżytowe po tej stronie, po której był uszkodzony nerw błędny. Było to u gołębia i u psa. Ropni przerzutowych (abscessus metastatici) nie było ani

razu. W wątrobie, śledzionie, nerkach nie spotkałem ich także ani razu. Przy jednoczesném podwiązaniu żył udowej i bidorowej wątroba była więcej niż zwykle soczysta (oedematosuni).

Co do objawów za życia, towarzyszących podwiązaniu obu żył szyjowych, w zwyczajnych razach u zwierząt nie dostrzegliśmy nic szczególnego. Zwierzę przez krótki czas bywa smutne (może w skutek bólu lub zmęczenia doznanego w czasie operacyi); zwykle potem biega, skacze. Nie dostrzegłem u psów żadnego stałego wpływu podwiązania żył szyjowych zewnętrznych na gałkę oczną. Jeśli przy operacyi był uszkodzony nerw błędny, jak to kilka razy się zdarzyło u gołębi, oddech stawał się powolniejszym, głębokim, co po niejakiem czasie u niektórych z nich mijało. Gdy się dołączało zropienie tkanki łącznej szyi, zwierzę cierpiało więcej, gorączkowało.—Po podwiązaniu samych tylko żył udowych zwykle pies chodzi z trudnością, lecz podnosi kończynę operowaną, królik zaś powłóczy ją; u obu z nich widać pewne osłabienie w kończynie operowanej. Zdaje się jednak, iż to wszystko więcej zależy od bólu w ranie, albowiem stan taki jest przemijającym. Rzecz naturalna że jeśli się dołączają zapalenia ważnych organów, albo tkanki łącznej otaczającej, jój zropienie, sposoczenie, to znajdujemy też odpowiednie temu objawy za życia.

Przedstawiwszy anatomiczno-patologiczne zmiany, jakieśmy sami znaleźli przy naszych doświadczeniach i przytoczywszy przypadki, przez niektórych uczonych przy takichże operacyach widzane, wykażemy teraz szczegóło-

wo niektóre stosunki i dane, ważne pod względem praktycznym i przy ocenieniu rozmaitych sposobów operacyjnych.

Wyżej już okazaliśmy, że podwiązane żyły obnażone zarastają rozmaitym sposobem. Ściany wewnętrzne pomarszczone stykają się z sobą, skleją się zapomocą skrzepów krwi nieraz mikroskopowych, leżących między fałdami i, że tak powiem, kitujących. Obok tego można widzieć marszczki bezpośrednio z sobą sklezione. Długość takiego zrośnięcia bywa rozmaita; niekiedy nie przewyższa millimetru, w innych razach zrośnięcie bywa zupełniejsze, całe naczynie zamienia się w powrozek złożony z tkanki łącznej; tu niepodobna znaleźć śladów zetknięcia się powierzchni wewnętrznych.

Te dane z doświadczeń wyciągnięte wykazują przyczynę niepowodzenia wielu operacji przeciw ocieklinom przedsiębranych i służą za wskazówkę do ocenienia rozmaitych sposobów operacyjnych. Pierwsze i główne zadanie przy leczeniu ocieklin jest zatamować *powyżej* tychże odpływ krwi w żyłę i to w jak najdłuższym przebiegu. Oczywiście jest rzeczą, że tylko wtedy dopniemy tego celu, gdy się uda znieść całkiem światło naczynia, zamienić je w powrozek włóknisty i to w odległości kilku millimetrów aż do centymetru i więcej. Przy takiej przeszkodzie krew nie robi dla siebie w tej nowej bliżnie drogi, chociażby napieranie *a tergo* było bardzo silne i choćby nie było warunków zmniejszających światło żyły. — Jeśli zaś światło jój znikło tylko wskutek sklejenia ścian, zatkania ich skrzepem, lub silnego pomarszczenia, tedy niezawodnie skutki operacji będą czasowe i wątpliwe. Pod wpływem napierania *a tergo* strumieniem krwi, lub z innych zewnętrznych powodów spo-

jenie to zniknie, skrzepy kitujące będą zniszczone i obrot krwi zostanie przywrócony.

Spostrzeżenia chirurgów stwierdzają te wyniki doświadczeń na zwierzętach zrobionych. Jeśli w naszych doświadczeniach pomimo bezpośredniego podwiązania obnażonej żyły spostrzegaliśmy przypadki podobnego nietrwałego zrośnięcia, cóż powiedzieć o tych sposobach operacyjnych, gdzie się głównie rachuje na takie zrośnięcia, a tymczasem nie ma pewności, czy żyła została dokładnie zatkana, lub nie? Tu należą metody zatkania żyły skrepem: *a*) przez chwilowe zatrzymanie biegu krwi podług Colles, Sanson, Wise, Velpeau; *b*) przez galwanizacyę; *c*) sposobem F r i c k e' g o. W wielu razach po zastosowaniu niektórych z tych sposobów następuje zwężenie, nawet zatkanie światła żyły skutkiem zapalenia zewnętrznej jej osłony. Z czasem powstałą przytém stwardnienie i obrzmienie ściskające żyłę znika, a żyła łatwo znowu się rozszerza, rozciąga pod wpływem napierania krwi. Zdaje się nam być niewątpliwém, że bardzo niepewne są te sposoby operacyjne, przy których po podwiązaniu żyły razem ze skórą następuje zapalenie w tkance przyległej, a nie zawsze przedzielenie żyły. Przepowiednia po takich operacyach winna być oględną.

Przeciw temu, cośmy powiedzieli, możnaby przytoczyć, że to sklejanie się ścian żyły w miejscu operowaném wzmacnia się skrzepami krwi między podwiązką a obwodem ciała powstałemi i zorganizowanemi. Tak jest, ale to się zdarza niezawsze. W naszych doświadczeniach, zgodnych z doświadczeniami prof. V i r c h o w a, nie tylko żeśmy nie znajdowali zawsze starych, zorganizowanych skrzepów, ale nawet i nowych powstałych w konaniu; często znajdowaliśmy tylko krew' ciekłą. Niepodobna

zgodzić się ze zdaniem prof. Malgaigne: „L'expérience ayant montré que l'oblitération en un seul point de la veine entraîne généralement la formation de caillots dans toute sa partie inférieure...“ (1). Gdyby rzeczywiście tak było zawsze niewątpliwie, nie wydarzałyby się powroty swobodnego przepływu krwi w operowanym miejscu i operacje zawszeby miały dobry skutek. Gdyby to zdanie prof. Malgaigne było słuszne, jakim ono się wydaje *a priori*, to w razie podwiązania żyły *np.* udowej w trójkącie Scarpy powinniśmy ją znaleźć zatkaną aż do ostatnich rozgałęzień w żyłach palców i w gałęziach bocznych. *A priori* zdaje się, że każda gałąź boczna, przynosząc krew swoją, powinna sprawiać nowe warstwy skrzepów, spotkawszy już poprzednio powstałe i nie mogąc ich usunąć z drogi. Doświadczenie i spostrzeżenie przekonywają, że tak nie jest. Prof. Malgaigne sam mówi na innym miejscu: „Mais, l'oblitération locale enfin obtenue, est-ôn sûr de la voir suivie de l'oblitération générale du vaisseau, seule garantie de la guérison? Ce dernier résultat manque même dans les phlébites spontanées; et il est beaucoup plus fréquent de voir les caillots consécutifs se dissoudre au dessous de la zone de l'inflammation ou de la section, surtout si la circulation est entretenue par quelque veine collatérale“ (2).

Ta pozorna różnica wywodów teoretycznych i spostrzeżeń dokładnie się objaśnia budową żył i obfitością anastomoz. Co do 1go, żyły, będąc przeważnie złożone z tkanki elastycznej i łącznej, obdarzone są bardzo wiel-

(1) W m. wsk., str. 117.

(2) W m. wsk., str. 122.

ką sprężystością i łatwo rozciągać się dają. Mając równie grube ściany, jak odpowiednie tętnice, są od nich więcéj giętkie i miększe. Dla tego od większego ciśnienia, wywartego na ściany żyły w skutek utrudnionego odpływu krwi, rozszerzają się prędko i znacznie; najmniejsze ciśnienie wywołuje znaczne rozszerzenie, regulowane i osłabione mnogimi anastomozami, co stanowi szczególniejszą cechę żył. Przy utrudnionym odpływie krwi w jednéj lub kilku żyłach, ta okoliczność ułatwia odpływ krwi innemi żyłami, za czém idzie, że, jeśli powstaną skrzepy w żyłach między podwiązką a obwodem, to skrzepy te dochodzą tylko do bliższych gałęzi bocznych. Przy powolnym właściwym żyłom ruchu krwi, ta ostatnia, spotkawszy przeszkodę, kieruje się przez bliższe anastomozy do innych większych i rozszerza je jedno i drugie.

Doświadczenia nasze najniewątpliwiej stwierdzają to *prawo kollateralnego obiegu krwi*, właściwiéj *prawo zrównowazenia*. Najwyraźniej daje to się widziéć na szyi po odpreparowaniu wszystkich żył, gdyż one są tu bardziéj powierzchowne. U psów te badania tém lepiéj robić, że u nich żyły zewnętrzne szyjowe (v. jugul. ext.) daleko mocniéj są rozwinięte, niż żyły wewnętrzne. Przekonawszy się, że zaraz po podwiązaniu jednéj żyły szyjowej zewnętrznej nie tylko żyły z téj strony powyżéj podwiązki znajdujące się, ale i żyły odpowiednie na drugiej stronie silnie są rozszerzone, starałem się okoliczność tę poddać nowym, urozmaiconym doświadczeniom. Podwiązawszy jednę żyłę szyjową zewnętrzną, w kilku dni zrobiłem to samo na drugiej stronie i przekonałem się, że prawo się stwierdza. *Późniéj* podwiązana żyła była daleko szersza. Rozszerzywszy się pierwotnie w skutek

większego odpływania przez nią téj massy krwi, która powinna była odpłynąć przez żyłę podwiązaną, skutkiem późniejszój przeszkody jeszcze się więcej rozszerzyła. Podwiązałem jedną żyłę zupełnie, drugą zaś niezupełnie, a wtedy znalazłem, że ta ostatnia, jako pozwalająca — lubo z trudnością — jaki taki odpływ, bywa zawsze szersza. W tych właśnie razach żyły szyjowe wewnętrzne (v. jugul. int.) u psów brały udział i rozszerzały się razem ze swojemi małemi anastomozami. Fakt ten jest ważny pod względem praktycznym, bo przekonywa, iż każda wielka żyła ma swoją pewną, mniej lub więcej ograniczoną dziedzinę (territorium), i że, znajdując się na dwóch przeciwnych odpowiednich stronach, są one w ścisłym z sobą związku, a z utrudnieniem obiegu w jednej z nich, pewne naczynia prędkiej zrównaważają obieg krwi, a przeto i silniej cierpią. Istnienie takich oddzielnych układów (territoria) ważnym jest i z tego względu, że przypadłości chorobowe głównie w nich się objawiają. Tém sobie objaśniamy, dla czego u psa w oczach nie oprócz lekkiego nabiegnięcia krwią spojówki nie widzieliśmy i to nie zawsze; u nich bowiem naczynia oczne są w bliższym stosunku z żyłami wewnętrznymi szyjowemi.

Powiedziałem wyżej, że po pewnym przeciągu czasu żyła podwiązana między podwiązką a obwodem staje się węższą, niż była przed operacją. Przyczyna tego leży głównie w tych samych warunkach, które sprzyjają rozszerzeniu żył zdrowej strony, to jest w ich budowie i w obfitości anastomoz. Skoro wskutek podwiązania żyły *np.* szyjowój prąd krwi żylnój, szukając wolnego odpływu, wynalazł dla siebie nowe swobodniejsze drogi, tam się głównie skierował, gdzie nie ma przeszkody, i rozszerzył odpowiednie naczynia; tém samym prąd krwi

kierujący się do podwiązanej żyły musi się zmieścić. Podwiązana żyła między podwiązką a bliższymi bocznymi gałęziami zamienia się, że tak powiem, w ślepy worek (*cul-de-sac*) i zwęża się. Tu ciśnienie na ścianę zmniejsza się.—Dołączmy do tego właściwą żyłom elastyczność, sprzyjającą zwężeniu żył i wydaleniowi krwi zatrzymującej się ponad podwiązką na szyi i pod nią na udzie. Tém to zapewne się dzieje, że w wielu razach nie znajdujemy wcale skrzepów krwi powyżej podwiązki na szyi, a także i to, że czasami znajdujemy dołki, wyniosłości na skrzepie, odpowiednie podobnym znajdującym się na ścianie żyły.—Doliczmy do tego podrażnienie wywarte samą podwiązką na nerwy naczynia: ono się objawi zwężeniem spastytycznym ścian żyły (Cl. Bernard). Prof. Virchow, obnażywszy żyłę, mechanicznym jej drażnieniem, tarcie sprawiał bardzo znaczne jej zwężenie. Rozdrażnienie żył, jako skutek powstałego zapalenia, później ze swojej strony przyczynia się do przeciąglejszego zwężenia.—Oprócz zwężenia spazmodynamicznego zwęża się też następnie światło żył wskutek tego, iż nowo powstała tkanka łączna działa jako blizna.—Wszystko to, com przytoczył, zdaje mi się, że dostatecznie objaśnia, dla czego podwiązana żyła między obwodem ciała a podwiązką zwęża się zawsze. Z jakiegokolwiek przyczyny krew' znajdująca się ponad podwiązką na szyi, lub pod nią na udzie pierwotnie się zetnie, niepodobna zaprzeczyć, że do zmniejszania objętości skrzepu przykłada się ściana żyły, która, kurcząc się, wyciska z niego część płynną i przez to go zmniejsza; a obciskając go mniej więcej szczelnie, umożliwia zrośnięcie się jego ze ścianą. Tylko marszczki na wewnętrznej powierzchni około podwiązki zmieniają nieco ten stosunek.

Czas potrzebny do zrównoważenia obiegu krwi żylnéj bywa rozmaity. W kilka godzin po podwiązaniu rozszerzenie żył anastomozujących już się daje widzieć; im dłużej zwierzę żyło, tém to rozszerzenie jest widoczniejsze. Myśmy znajdowali po operacyi przez parę dni obrzmiałość w kierunku żyły szyjowej ponad podwiązką. Prof. Langenbeck podaje (1), że jeśli u człowieka podwiążemy podwójnie żyłę szyjową wspólną (v. jug. commun.) na 1—1½" po wyżéj obojczyka i przetniemy ją między podwiązkami, to obwodowy koniec żyły bywa rozszerzony, dopóki krew' nie odszuka dla siebie innéj drogi; w dobę potém już nie znajdował rozszerzenia końca obwodowego. Wiécej jednakże potrzeba czasu, zanim podwiązana żyła zwęży się do tego stopnia, aby była węższą od normalnéj. Prof. V i r c h o w widział ją rozszerzoną jeszcze w 90 godzin po operacyi.

Słuszność prawa zrównoważenia obiegu krwi żylnéj stwierdza się danymi patologicznymi z praktyki chirurgicznéj. Wiadomo, że po obliteracyi żyły rozdétéj powierzchownéj powstają nowe ociekliny na żyłach głębokich. Trzy razy udało nam się sztucznie sprawić podobne ociekliny. U jednego psa cały system żył szyjowych zewnętrzných uległ takiéj zmianie w bardzo znacznym stopniu; u drugiego psa ten stan istniał w mniejszym stopniu, ograniczając się głównie do żył łączących ponad krtanią położonych. Wewszystkich tych razach to było wspólném, że odpływ krwi żylnéj nie był zupełnie zniesiony, ale znacznie utrudniony. Ta jednakże oko-

(1) Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen, str. 19. Archiv für klinische Chirurgie, 1860, T. I.

liczność, iż podobne ociekliny powstają rzadko, pomimo, żeśmy często jednostajnie utrudniali odpływ krwi, dowodzi, że do następowych ocieklin potrzebne są pewne warunki, usposobienie osobiste, leżące w budowie samych żył. Fakt ten, możność powstania nowych ocieklin wskutek obkiteracyi żył, wskutek operacyi jest jednym z najsilniejszych zarzutów przeciw robieniu operacyi. Oczywista że, jeśliby to, było stałym zjawiskiem, nie byłoby logicznej możności i praktycznego celu brać się do téj operacyi, nie mówiąc już o niebezpieczeństwach, jakiegotakowa za sobą pociąga. Dodajmy do tego jeszcze wynik pracy Dra Verneuil'a, że główne i pierwotne ociekliny poczynają się nie w powierzchownych żyłach dolnych kończyn, ale w głębokich, między-mięśniowych i ztamtąd dopiero przechodzą na żyły większe powierzchowne. Jeśliby to było prawem stałym, niezmiennym, niepodobna właściwie byłoby operować; jednakże Boyer i inni (wprawdzie dawniejsi) chirurgowie przypuszczają, że ociekliny wprost odwrotną drogą się rozwijają.

Z tego, cośmy powiedzieli, wypada, że *mniejsza lub większa konieczność albo przynajmniej możność powstania nowych rozszerzeń żylnych, czyto głębszych, czy powierzchownych, na skutek samej operacyi—jest jednym z głównych przeciwskazań, do robienia tych operacyj.* Żadna metoda operacyjna właściwie nie zapobiega podobnym następstwom, skoro żyły są usposobione do tego. Właściwie im środek prędszej i silniej sprawia obliteracyą, tém podobne następstwa powinny być prędsze. To tylko pewna, że nie u każdego chorego układ żylny zarówno jest usposobiony z warunków fizyologicznych i patologicznych do podobnych rozszerzeń. Dowodem tego między innymi są pomyślnie skutki tych operacyj u ludzi.

Patogeneza więc w każdym danym przypadku, wyjaśniając sposób powstania ocieklin, wskazując większe lub mniejsze prawdopodobieństwo powstania nowych rozszerzeń, obok okoliczności nakazujących operacją, rozstrzygnąć powinna, czy należy operować lub nie.

Zwężenie podwiązanej żyły, sędzę, że jest daleko ważniejszym warunkiem do wyleczenia ocieklin, niż samo zatkanie żył: to jest cel, do którego dążymy; ono właściwie leczy tę chorobę. Obliteracja żyły rozdętej jest tylko przygotowawczym aktem, silniej i prędzej od innych sprzyjającym zwężeniu żyły i jej ocieklin. Krew w nich bez zarośnięcia żyły może się sciąć i tem usunąć ociekinę. Oczywiście jest rzeczą, że do dopięcia tego celu koniecznym jest warunkiem, aby w ścianach żył rozszerzonych, w samych ocieklinach zachowana była sprężystość, możność zwężenia się. Gdzie to jeszcze istnieje, gdzie ściany mało są zmienione, tam jest nadzieja wyleczenia; gdzie zaś ściany w ocieklinach ścięły, zatrafizowały się, a żyła przybrała postać wężykową, słowem gdzie zginęła możność zwężenia się, tam nie ma nadziei wyleczenia i operacja, często niebezpieczna, przeciwwskazuje się, jest zbytęzną i niestosowną. Tak więc ostatecznie diagnostyka scisła każdego przypadku rozstrzyga o potrzebie operowania.

Do dziś dnia najbieglejsi chirurdowie są podzieleni co do zdania o skuteczności operacji przez zarastanie światła żył, a to ze względu na tę okoliczność, że bieg krwi znowu powraca przez miejsce uprzednio podwiązane. Mówią nawet, że po wycięciu części żyły takowa znowu regeneruje się, że powstaje nowy kanał. Oto co znaj-

dujemy w rozprawie B. Langenbecka (1), „Wogóle zdolność żył do odradzania się jest bardzo znaczna, tak, że zupełnie nowa żyła ze światłem może powstać, jeżeli wskutek podwiązania albo wyluszczenia wielki kawałek żyły będzie zniszczony. U pewnego młodego chorego wyciąłem ogromną ocieklinę żyły udowej podskórnej (v. saphena); wycięty kawał wyrównywał 3 calom, górny i dolny koniec żyły podwijałem. W rok później znalazłem w okolicy blizny w miejsce wyluszczonej ociekliny nową żyłę grubości kruczego pióra, łączącą się zupełnie z ciągiem żyły (v. saphena).” Podobne zdania były wypowiedziane podczas ostatnich rozpraw w Towarzystwie chirurgicznem w Paryżu. To właściwie było, co spowodowało pana Velpa u do odezwania się o potrzebie nowych doświadczeń. Tam p. Broca stanowczo zaprzeczył, iżby się zdarzała podobna regeneracja po zupełnem zniszczeniu części naczynia; uważa on te cienkie niby nowe naczynia za stare, małe, ale później mocno rozszerzone.—Opierając się na tém, co widziałem przy moich doświadczeniach, całkowicie podzielałem to zdanie, że, jeśli część żyły czyto przez wycięcie, czy przez wrzodzenie zupełnie jest zniszczoną, lub też zamieni się w powrozek włóknisty na przestrzeni 1 centimetru lub mniejszój, to przywrócenie światła dawnego jest niemożliwe. Owo niezwykle rozwinięcie się żył kollateralnych dużych i bardzo małych, ledwie okiem widzialnych, jakie spostrzegałem szczególnie u psów, jest przyczyną tego twierdzenia, że żyły odradzają się. U psów z początku doświadczeń nie raz nam się zdawało, że rzeczywiście powstały

(1) W m. wsk., str. 47.

nowe naczynia; ale pilniejsze zastanowienie przekonało, że to są dawniejsze żyły, ale bardzo mocno rozszerzone, Zbliżnienie końców żył przeciętych, owrzodziałych jest możliwe tylko przez mocne rozrastanie się tkanki łącznej i zamienianie się jęj na bliznę, która, organizując się, zwięza końce żyły i czyni je twardszemi, a więc silniej opierającemi się parciu krwi. Tworzące się tam skrzepy krwi przekształceniem swoim powiększają tę masę tkanki łącznej, oddalają słup krwi, który z powodu zwiężenia się żyły następnego będzie znacznie mniejszy, a więc słabiej napierający na bliznę. Oto są te wywody z doświadczeń wynikające, zdaje mi się dostatecznie udowadniające niemożebność regeneracyi czyto wyciętej części żyły, czyto wrzodzeniem rozdzielonej lub na włóknisty powrozek zamienionej.

Prawo zrównoważenia, t. j. rozszerzenia się gałęzi anastomotycznych przeciwnęj strony żył obok zwiężenia podwiązanej, daje *criterium* do ocenienia rozmaitych sposobów operacyjnych. V e l p e a u przed 20 laty nie mógł sobie zdać sprawy, dla czego wyleczają się ociekliny sposobem przez Colles podanym. Oto co znajdujemy dosłownie w jego nieocenioném dziele: „Znakomity chirurg z Dublina p. Colles mówił mi, że w leczeniu ocieklin kończyn dolnych ogranicza się na silnym ucisku *v. saphenae internae* w pachwinie, za pomocą poduszeczki z obęcą połączonęj; i tęp wylecza swoich chorych. Ten sposób zdaje się mi być w tak silnęj sprzeczności z tęp, co wiemy o biegu i rozwoju ocieklin, że dotychczas nie odważyłem się jęj spróbować. Jednakże sam widziałem, że podwiązki kobiece (*jarretières*) na goleniach dość mocno zaciśnięte niepowiększają ocieklin, że ściśnięcie pończochą tylko chwilowo powiększa żyły nogi, a ponieważ Colles jestto

człowiek godny zaufania, spróbuję więc jego sposobu na kilku chorych. (1) Zdaje mi się że skuteczność tego sposobu jest bardzo naturalną, konieczną: co objaśnia się tćm, że naciśnienie *v. saphenae internae* skieruje prąd krwi żylnćj w inną drogę i zwięży żyłę rozszerzoną; w miarę dłuższego ciśnienia, te nowe drogi mocniej się rozszerzają i, po zaniechaniu poduszeczki we właściwym czasie, krew' obiega nową drogą jako dogodniejszą. Sposób ten zaleca się swoją prostotą, i jako przedstawiający mniej niebezpieczeństwa może i powinien być probowany, zdaniem mojęm, w początku choroby, w przypadkach umiarkowanych ocieklin, a nawet większych; jeśli nie zawsze wyleczy, to przynajmniej może nieraz zapobiedz dalszemu rozwojowi ociekliny i złym skutkom.

Jednakże chirurdgowie unikają operacyj przeciw ocieklinom nie tyle z powodu możności powstania nowych rozszerzeń żył głębszych, powrotów ocieklin dawniejszych, jak raczej powodowani bojaźnią ropnicy (*pyaemia*). Te groźne, niebezpieczne następstwa nie są jednakże stałe i konieczne po operacyach wykonywanych na żyłach. Podwiązawszy 66 żył, nie spotkaliśmy ani razu ropni przerzutowych (*abscessus metastatici*), pomimo najrozmaitsze i najbardziej ich powstaniu sprzyjające warunki. Podwiązywaliśmy u różnych zwierząt żyły podskórne, mięśniowe, głębokie, na kończynach tylnych i przednich, i to jednocześnie na kilku żyłach; zaciskaliśmy je zupełnie i niezupełnie, dając różne warunki powstawania skrzepów; podwiązywaliśmy żyły podskórne ze skórą; przez świa-

(1) Nouveaux élćments de médecine opératoire, 5me édit. Bruxelles 1840. T. I, str. 147.

tło żył przeprowadzaliśmy nitkę metaliczną, drażniliśmy wewnętrzną powierzchnią żył; używaliśmy rozmaitych podwiązek; w celu urozmaicenia sposobów drażnienia, podwiązki zostawały przez kilka miesięcy w około żyły; żyły obnażone na kilka decimetrów niekiedy, goiły się pod wpływem powietrza, albo pod skórą nieraz otoczone ropą; dieta była jak najrozmaitsza i nie zawsze odpowiednia stanowi chorobowemu operowanego zwierzęcia—pomimo to wszystko *ani jeden raz nie znaleźliśmy ropni przerzutowych na organach wewnętrznych*. Zwierzęta, które nie były umyślnie zabite, głównie ginęły wskutek miejscowego cierpienia, silnego zapalenia w ranie w około podwiązanej żyły. W płucach raz tylko znalazłem wskutek uszkodzenia nerwu błędnego i raz u gołębia właściwe stany zatkania (engouement) Traube. Dla czego nie było ani razu ropni przerzutowych? Moje dotychczasowe doświadczenia nie dają mi klucza do rozwiązania tego zapytania. Reinhard zauważał w Berlinie, że w pewnych miesiącach nie stracił ani jednego zwierzęcia po operacjach, dy inną porą od tychże operacyj ginęło ich wiele. Czy to zależy od wpływu endemicznego?—trudno powiedzieć. W czasie naszych doświadczeń panowała epidemia cierpień popołogowych, dyfteryecznych. (1)

Podwiązanie żyły u człowieka nie jest zawsze bez-

(1) Co do historyi rozmaitych teoryj pod tym względem patrz: Mémoires de l'Académie de médecine, T. IX—Histoire des découvertes relatives au système veineux, envisagé sous le rapport anatomique, physiologique et pathologique etc. par le Dr. Adam Raciborski str. 447,—552.

warunkowo śmiertelne; i nie zawsze sprawia ropsie przezrutowe, jak o tém nas przekonywa rozpowszechnienie téj metody przez Home w Anglii, Beclarda we Francyi. Naśladowali ich Smith, Travers, Oulknow, lubo mniej pomyślnie; Physick, Dorsey byli wielkimi zwolennikami tego sposobu. Briquet donosi, że Beclard w szpitalu *Pitié* w Paryżu 2 razy tylko widział złe skutki z 60 operacyj. Dodajmy, iż ci wszyscy chirurgo- wie, obnażywszy żyłę, podwiązywali 2 ligaturami i po- tém przecinali. Tym sposobem te operacye właściwie były więcj podobne do tych naszych przypadków, gdzie żyła była uprzednio rozcięta, drażniona rozmaitemi spo- sobami i nareszcie podwiązana w 2 miejscach. Velpeau powiada, że nie rozumie dla czego po téj operacyi, dobrze dokonanej, zapalenie miałoby być w części żyły do ser- ca obróconej silniejsze, niż po innych operacyach; nie zna on żadnej przyczyny, dla czegoby ta metoda była niebezpieczniejszą od innych.

Inne sposoby zastosowania podwiązek, jakoto razem ze skórą (*Gagnebé*) i inne, nie są znane jako niebezpieczne ale można im zarzucić trudność wykonania, niepewność, albowiem nie zawsze można być pewnym, że żyła jest ujęta rzeczywiście.

Wszystkie te sposoby, tylko co wspomniane, są tak zwane dawne. Są inne, nowsze, mniej niebezpieczne. Tak Velpeau zaproponował następujący sposób (1). Zrobiwszy fałdę w skórze zawierającą żyłę, przekłówa przez podstawę fałdy szpilkę, a potem nitką w postaci 8 obwija i zaciska. Takich szpilek przekłówa po kilka na

(1) W m. wsk., str. 403, 405.

jednej żyły i na jeden raz 150 razy. Velpeau użył tej metody i ani razu nie widział groźnych objawów. Najgorsza, co widział przy tém, było *phlegmone circumscripta* około szpilek. — Sposób Fricka'go zasadzający się na przeprowadzeniu nitki przez światło żyły, na pierwsze wejrzenie powinien byłby zawsze sprawiać ropnie metastyczne, tak jednakże nie jest. Sam Frick powiada, że ta operacja udawała się jemu zawsze. Velpeau powtórzył ją na 12 chorych: 9 razy powstało zapalenie zewnętrzne żył ograniczone, zakończone pomyślnie; 6 zaś razy zapalenie to było bardzo silne i rozpostarło się aż do kostek i pachwin i pomimo to ociekliny powróciły.

Z tego, com przytoczył względem podwiązywania żył u człowieka rozmaitemi sposobami, pokazuje się, że te operacje nie zawsze są powodem ropni przerzutowych i śmierci i że właściwie przeciwwskazanie do zastosowania tych sposobów leży w powracalności dawnych i powstawaniu nowych ocieklin. Dla czegoż u człowieka i zwierząt przy takich nawet sposobach, jak Fricka'go, jak nasze niezupełne zaciskanie żyły, przerzuty (metastazy) nie są tak stałym zjawiskiem, jakby się można było obawiać? Stanowczo na zasadzie moich doświadczeń nie podobna mi pytania tego rozstrzygnąć; sądę jednakże, iż to zależy od miejscowych warunków, w jakich się znajduje żyła, i od ogólnych.

Co do tych ostatnich t. j. ogólnych warunków, wiadomo, że krew' rozmaitych zwierząt rozmaicie jest usposobiona do prędszego lub późniejszego scinania się. Tak krew' psa uboższa jest w włóknik niż końska; ilość kulek krwi wpływa téż na rozmaitą prędkość ścinania się téjże. Ztąd rozmaite usposobienie do powstawania zakrzepów (thrombus). Dla psów np. potrzeba silniejszych

bodźców, aby powstały skrzepy krwi. Stądto może pochodzi, iż pomimo na w pół ściśnienia żył podwiązka, a więc umozębienia powstania zakrzepów i ropni przerzutowych, nie wywoływalimy tychże. — Rozmaitazdolność krzepnięcia krwi u rozmaitych zwierząt nakazuje być chirurgom oględniemi w zastosowaniu tych danych do człowieka, jeśli chodzi o leczenie ocieklin za pomocą skrzepnięcia krwi. Krew człowieka jest różną pod tym względem od zwierzęcej.

Zwracamy dalej uwagę na ten fakt, który zawdzięczamy Beclard'owi i na który Cl. Bernard w swoich prelekcyach tak silny przycisk kładzie, że krew żylna różnych organów ma rozmaity skład, a więc rozmaicie jest usposobioną do krzepnięcia. W naszych przypadkach na szyi podwiązywaliśmy żyłę, zawierającą głównie krew skórną powierzchownych części; na udzie toż samo, lubo w mniejszym stopniu. W przypadkach podwiązania żyły biodrowej zewnętrznej i wspólnej, jeśli pies wyżył, zawsześmy znajdowali mocniejsze skrzepy.

Zdaje mi się, że nie bez wpływu na rzadsze powstawanie przerzutowych ropni u zwierząt jest poziome położenie zwierząt, w porównaniu z człowiekiem, a pionowe człowieka. Przypuśćmy, że jednocześnie i jednakowo zupełnie podwiązane są żyły udowe człowieka i psa: to u pierwszego odpływ krwi będzie daleko trudniejszy, powolniejszy, a więc skrzepy łatwiej powstaną. Jeśli podwiążemy u człowieka i u zwierzęcia żyły udowe w jednakowej odległości od żył bocznych, to juźci u człowieka, skutkiem pionowego położenia, w tej części żyły zamienionej w worek ślepy (cul-de-sac) z większą łatwością powstanie skrzep i zorganizuje się, niż u zwierząt: wysysanie sercem krwi żylną przedź u tych ostatnich zapo-

bieży temu tworzeniu się. Lubo na szyi stosunek jest pomyślniejszy dla człowieka, lecz i dla zwierząt jest on korzystny: jeśli żyła szyjowa jest niezupełnie podwiązana, to wsysanie sercem jest tak silne, że zapobieży powstaniu skrzepów. Pulsacya poniżej podwiązki, jakąśmy spostrzegali, przyczynia się do tego, że popod nią nie znajdowaliśmy skrzepów, wyjąwszy pewne szczególne przypadki, o których mówiłem wyżej. Że pionowe człowieka położenie nie jest bez wpływu na częstość zakrzepów, o tém świadczy i ta okoliczność że u niego głównie one powstają w żyłach dolnych kończyn, a nie na szyi lub w głowie, a także i to, że ociekliny również przemagająco istnieją na żyłach dolnych kończyn.

Co się tyczy skrzepów powstających poniżej podwiązki na udzie i powyżej jój na szyi, to możność dostania się tychże do prądu ogólnego krwi jest mała, gdyż w tym razie one powinny płynąć przeciw prądowi krwi, a jeśli się to zdarzy, to, zważywszy rzadkość znajdowania ich w wewnętrznych organach, należy przypuścić, że one gdzieś pozostają w małych naczyniach anastomotycznych mięśniowych i tam sprawiają pewne zmiany, a tylko niektóre małe szczątki przez bliższe żyły większe boczne mogą dostać się do ogólnego prądu krwi.

Większa w porównaniu do tętnic ilość żył i większa obfitość ich anastomoz: oto są przyczyny, czemu podwiązanie żył nie sprawia zgorzeli (gangreny) w częściach leżących między podwiązką a obwodem ciała. Koniecznym warunkiem jój rozwinięcia się jest to, aby powrot krwi z naczyń włoskowatych przez żyłę był zupełnie uniemożliwiony, co téż musiałoby nastąpić, gdyby nie było anastomoz. One zaś, ograniczając skrzep popod podwiązką na udzie, a ponad podwiązką na szyi, dają moż-

ność bocznym naczyniom rozszerzyć się i tém ulżyć odpływ. Właściwie wpływ podwiązania żyły i zatkania jej światła skrzepem jest tenże sam. Cruveilhier, Emmert stanowczo zaprzeczają możności powstania zgorzeli z zarośnięcia żyły. Profesor Langer udzielił spostrzeżenie, że *v. cava inferior* od żył nerkowych aż do rozdzielenia z biodrowej wspólnej była zarośnięta, a gangreny nie było. Prof. Virchow widział przypadek zatkania rozciągającego się od żyły goleniowej aż do żyły głównej wstępującej (*v. cava inferior*), w którym także gangreny nie było. Znany jest fakt Stanniusa który znalazł zatkane żyły główne dolną i górną (*v. cava inf. et sup.*) również bez gangreny. Myśmy podwiązką sprawili zarośnięcie żyły biodrowej zewnętrznej i udowej na przestrzeni $2\frac{1}{2}$ palców, a gangreny nie było.

W obec tego wszystkiego trudno się zgodzić ze zdaniem innych uczonych, twierdzących wbrew przeciwnie, że zatkanie żył wywołuje gangrenę. Oto, co mówi dosłownie Prof. B. Langebeck ¹⁾ „Daleko ważniejsze jest stłuczenie większych pni żylnych, stanowiących główne przewody, przeznaczone dla odpływu krwi z kończyn albo wielkiej jakiej okolicy. Powstałe w nich zatkanie może sprawić tu gangrenę części ciała, jeśli zatkanie żyły było na wielkiej przestrzeni; albo może przez rozpadnięcie skrzepu powstać ropnica. Pierwsze zejście spostrzegąłem u młodego człowieka, któremu w bitwie pod Szlezwigiem kula sztućcowa stłukła naczynia jamy pachowej. U niego za życia zaraz po zranieniu dała się widzieć prawie zupełna nieczułość (*anaesthesia*) dłoni, przedramienia

(1) W m. wsk., str. 2, 3.

i sparalizowanie wielu mięśni kończyny. Badanie wyłuszczonej kończyny wykryło: kość barkowa aż do główki zdruzgotana, zupełne zatkanie *żyły i tętnicy pachowej twardym skrzepem*, krwawe obrzmienie neurylemu głównych nerwów splotu barkowego.”

Z tego zdaniem mojem niepodobna zrobić wniosku o zależności gangreny od zatkania tylko żyły, gdyż tu i tętnica była zatkaną i nerw cierpiący; zgorzel więc powstała tu pod wpływem rozmaitych warunków. Słuszność naszych uwag potwierdza sam Prof. B. Langenbeck, mówiąc: (1) „Gangrena części wtedy powinna powstać, jeżeli obszerne skrzepy zatykają oba pnie naczyń i powrót boczny obrotu krwi będzie utrudniony“. Na str. 50 tenże autor mówi: „Obawa większej części chirurgów aż do najnowszych czasów, iżby równoczesne podwiązanie wielkiego pnia tętniczego i żylnego pewnej części ciała koniecznie pociągało za sobą gangrenę, jest to obawa, której doswiadczenie nie stwierdziło.“

Najnowsze badania o stężeniu pośmiertném (Todtenstarre) Dra Kühne rzucają nową światło na gangrenę powstającą z zupełnego zniesienia obiegu krwi (2). Podwiązywał on u żab zupełnie aortę lub tętnicę udową, znosząc przez to wszelki bieg krwi, i widział, że w kilka godzin, przy temperaturze $+10^{\circ}$ do 12° , mięśnie odnogi podwiązanej tęźniały, mocno przesiąkały brocznikiem (haematinum) i traciły swoją pobudzalność (Erregbarkeit). Jeśli w takim stanie przywrócimy na nowo obieg krwi pierwój, nim zginie całkiem pobudzalność, to stężenie ustąpi. Przeciwnie zaś, jeśli wtedy dopiero zdejmie się

(1) W m. wsk., str. 51.

(2) Myologische Untersuchungen, 1860. Str. 146 i nastę

podwiązkę, kiedy pobudzalność zupełnie zniknęła, to mięśnie stale oddziałują kwaśno i nadzwyczaj prędko gniją, ulegając rozkładowi (putride Infection), a przyływ krwi świeżej nie tylko nie powraca pobudzalności, ale przeciwnie pomaga gniciu. To samo sprawiał u królików i u psów, lubo te doświadczenia u nich trudniej daleko dają się wykonać z powodu obfitszych anastomoz. Być może, iż to samo się dzieje u człowieka po jednoczesnym zatkaniu żył i tętnic lub ich podwiązaniu, t. j. że przyływ świeżej krwi przez boczne naczynia przyczynia się w podobny sposób do powstania gangreny.—Niezawodnie jednak gangrena może być téż skutkiem kompletnego zniesienia biegu krwi w członku; w jednym z naszych przypadków prawdopodobnie coś podobnego zaszło po podwiązaniu żyły udowej: znaleźliśmy rozmięknienie, zropienie mięśni przyciągających uda; pośmiertne badanie wykryło zatkanie i tętnicy udowej. Prawdopodobnie w tym przypadku rozmięknienie było już następstwem zapalenia naokoło tętnicy (periarterittis) i zaciśnięcia światła tętnicy i żyły. Drugi przypadek również zgnitego rozmięknienia mięśni przyciągających kolano, obok spoleczenia, widziałem u królika. Dr. Kühne zauważył w swoich doświadczeniach, że zmiany wyżej podane posuwały się z góry na dół; w naszych przypadkach to samo dało się widzieć. Podobne stany, o jakich mówię, Cruveilhier sprawiał zastrzykując środki drażniące do żył, co zawsze sprawiało zapalne objawy: zbrzęknięcie kończyn, ogniska apoplektyczne w mięszu mięśni i ogniska ropiaste w pobliżu żył ropiejących. (1)

(1) Raciborski, w m. wsk., str. 537.

Śmierć w naszych doświadczeniach w 6 razach była gwałtowna, zwierzęta były zabijane; w 24 umarły wskutek operacyi, a w dwóch bezpośrednio w skutek zapalenia płuc i tkanki łącznej otaczającej żyły. W tym razie należy odróżniać te przypadki podwiązania żył na szyi, gdzie żyły odstonięto i następnie dwiema podwiązkami związano, od tych, gdzie je bardzo mało obnażono. W ogóle ropienie bywa silniejsze tam, gdzie tkanka łączna silniej jest uszkodzona: miejscowe warunki na szyi i w okolicy biodrowo-udowej bardzo temu sprzyjają. Z ogólnych przyczyn pomagających powstaniu podobnych zapaleń zaliczają zły stan odżywiania, wycieńczenie. Magendie Bouley, Renault, Velpeau tracili swoich chorych operowanych w skutek zapalenia tkanki łącznej (phlegmone).

Omówiwszy niektóre ważniejsze dane przez nas spostrzegane, o innych powiem w pracy późniejszej po dokonaniu nowszych i bardziej urozmaiconych doświadczeń.

Z powyższej pracy następujący robimy praktyczny wniosek: *jeśli w danym przypadku istnieją wskazania do operowania ociekliny, to zrobisz jak najmniejszą ranę w skórze i tkance podskórnej, i obnażysz żyłę również na przestrzeni bardzo małej, podwiązałbym ją zupełnie nitką metaliczną o jednym węźle (ligature perdue); następnie połączywszy dokładnie brzegi, ranę skóry zeszyłbym szwami metalicznymi i starałbym się o spojenie jak najprędze, najdokładniejsze.*

Pozwalam sobie dołączyć pod względem operacyi tętniaków (aneurysmata) kilka uwag wynikających z moich doświadczeń czynionych na żyłach i tętnicach, a także

z ogólnych praw fizyologicznych, poddając je pod rozważę chirurgów.

Podwiązanie żyły zwięża ją nie tylko w miejscu podwiązki, ale i na bardzo znacznej odległości i to równie przy zupełném, jak i niezupełném podwiązaniu. Dziś powszechnie jest używana metoda zupełnego zaciśnięcia tętnicy z rozerwaniem jęj błon; ale zdaniem mojem z nie-małą korzyścią możnaby w razach tętniaka podwiązywać tętnicę niezupełnie, szczególniej z zastosowaniem nitok metalicznych. Jakkolwiek dziwném to się wydać może na pierwszy rzut oka, ale ta metoda ma za sobą pewne dane.

Dla przekonania się o tém, rozważmy wpływ podwiązki niezupełnej 1) na samo miejsce zastosowania, na tętniaka i 2) na poboczny bieg krwi.

1) Co do pierwszego, podwiązka metaliczna niezupełna, nie rozerwawszy błony wewnętrznej, zwięża tylko światło tętnicy przed tętniakiem, a przez to zmniejsza prędkość biegu krwi, którego zwolnienie jest jednym z warunków najbardziej sprzyjających skrzepnięciu krwi. Ta podwiązka, podobnie jak rozdzielenie tętnicy, zmniejsza prędkość biegu krwi, która, przepłynąwszy przez ścieśnione miejsce, w mniejszej ilości i powolniej płynąc, trafia do worka tętniakowego—i tamże napotyka dawniejsze, niegładkie skrzepy i obszerniejsze światło: krew znalazłszy się w takich warunkach, łatwiej się zetnie, i powiększy skrzep zamykający światło tętniaka. Dodajmy do tego, że podwiązka na tętnicy osłabia pęd krwi, ciśnienie jęj na ścianę tętnicy i tętniaka, co przyczynia się do ich zwiężenia; wręście podrażnienie sprawione podwiązką także wywoła zwiężenie tętnicy na pewnej długości powyżej i poniżej. Wszystko to pomaga do zwol-

nienia biegu krwi, a przez to do skrzepnienia jęj i zatkania worka tętniakowego. Naturalnie, że to się dzieje nie od razu, ale mniej więcej powolnie, co ma swoje korzyści.

Co do niebezpieczeństwa zatorów (emboli) wskutek niezupełnego podwiązania tętnicy, to doświadczenie nas przekonało, że one należą do zjawisk, którychśmy nie widzieli. Zresztą w worku tętniakowym są dane po temu warunki; a jednak pomimo to zgorzel wskutek zatoru rzadko się w tych razach zdarza.

Niezupełne podwiązanie, szczególniej drótem metalicznym jeśli niema szczególnego usposobienia miejscowego i ogólnego u człowieka, daleko mniejszy daje powód wrzodzenia i krwotoku. Przy zwyczajnej metodzie błona wewnętrzna tętnicy bywa rozerwana, a w razie wrzodzenia błony zewnętrznej (tun. adventitia) powstają powtórne krwotoki, co wtedy nastąpi, jeśli zapalenie tętnicy poniżej podwiązki będzie bardzo silne i skrzep w niej nie zdąży uorganizować się. Ciągła pulsacya tętnicy przy zapaleniu przyczynia się do krwotoku przez to, że brakuje potrzebnego spokoju, i że strumień krwi ciśnie na rozpulchniony, owrzodowaciały koniec. Owrzodzenie tętnicy wprawdzie zdarzyć się może i przy niezupełnym zaciśnieniu, jakieśmy to widzieli, jednakże to się zdarza daleko rzadziej. Doświadczenia wreście pokazały, że metaliczna nitka może pozostawać bardzo długo około naczyńia, zwłaszcza jeśli powiedzie się spieszne spojenie, co ze swęj strony pomyślnie będzie działać na zatkanie tętnicy.

2) Co do bocznego (kolleteralnego) obiegu krwi, to i pod tym względem sposób ten ma swoje zalety. Nagłe przerwanie dopływu krwi do części ciała poza tętniakiem położonych i gwałtowne zrównoważenie się przez naczynia poboczne są głównemi przyczynami nieszczęśliwych

zejść popodobnych operacyach.—Skutki zupełnego podwiązania tętnicy oczywiście będą rozmaite w różnych organach. Tak na przykład po podwiązaniu tętnicy szyjowej (carotis) wszystkie jej gałęzie powyżej podwiązki położone, będą przez pewien czas krwi pozbawione i mózg będzie anemiczny; w téjże chwili krew skieruje się do naczyń drugiej strony w większej niż zwykle ilości, silnie rozszerzy naczynia i naciśnie mózgową tkankę; przytém może się zdarzyć albo silny prześiek (transudatio) ze krwi do otaczających tkanek, przez co zrównoważy się ciśnienie na ściany naczyń mięsz, zaś mózgu zbrzęknie (oedema), a w wyższych stopniach rozmięknie, albo delikatniejsze naczynia od naporu krwi pękną i powstaną wynaczynienia. To są główne przyczyny niepomysłnych zejść po operacji tętniaków tętnic szyjowych.

Inaczej się będzie dziać, jeśli tętnica będzie niezupełnie zaciśniona: wtedy przez zwężone miejsce tętnicy będzie przepływać pewna część krwi, reszta zaś będzie zmuszoną szukać sobie innej drogi; tym sposobem nie sprawimy z jednej strony zupełnej anemii, a z drugiej osłabimy prąd krwi i ciśnienie jej na ściany naczyń i na części otaczające, a tak zregulujemy obrot krwi w organach zostających w stosunku z naczyniem podległym tętniakowi. Skutek dobroczynny téj regulacji będzie tém oczywistszy, im się ona dokona w ważniejszym dla życia narzędziu, a zmniejszywszy miejscowe cierpienie zależące od miejscowej zmiany, ograniczymy i ogólne oddziaływanie.

Jeśli mi zarzuca, że i przy tym sposobie może być krwotok, to dzisiaj jest on daleko mniej strasznym i niebezpiecznym, niż był pierwój. Nélaton udowodnił bardzo licznemi przykładami, że w razie takiego krwotoku

najkorzystniej jest podwiązać tętnicę w ranie, a nie na inném miejscu, jak to robiono za poradą Dupuytréna. Nélaton oddawna już wygłasza to zdanie, o słuszności którego nie raz miałem sposobność przekonać się, uczęszczając na jego i na Joberta (de Lamballe) klinikę. W danym przypadku tętniaka, szczególnie jeśli można podejrzewać cierpienie tętnicy na znacznej długości od tętniaka, podwiązałbym tętnicę nitką metaliczną; jeśliby zaś spowodowała owrzodzenie i krwotok, w ranie samój odszukałbym końca tętnicy i tam podwiązał.

Zresztą, doświadczeniami na zwierzętach, obserwacyami na człowieku czynionemi należy oznaczyć, jak silnie należy ścisnąć tętnicę, aby jak najwięcej sprzyjało przedszemu krzepnięciu krwi w worku tętniakowym.

Kończąc tę pierwszą pracę w obranym kierunku, czuję się w obowiązku wynurzyć jak najszczerze podziękowanie Prof. Virchowowi za pozwolenie robienia doświadczeń w Instytucie patologicznym w czasie pobytu mego w Berlinie i za jego światłe rady zawsze chętnie udzielane.

Kilka słów z powodu artykułu p. Vernois o środkach zaradczych przeciw wściekliwości

skreślił Piotr Seifman, Mag. Weteryn.

Redakcja Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, streszczając w swém piśmie (T. III, Ser. IV, zeszyt 2, Luty, str. 132 — 136) wypadki pracy p. Vernois, zamieszczonej w „Annales d'hygiène publique“ (Janv: 1863, T. XIX, pag. 5 — 65) a tyczącej się środków policyjno-lekarskich przeciw szerzeniu się wściekliczności, obok wynurzenia swój opinii odnośnie do niektórych punktów, tak się wyraża na str. 133: „Radzibyśmy w tym względzie posłyszć zdanie pp. weterynarzy tutejszych.“ Już zatem z tytułu powołania swego, jako weterynarz, miałbym prawo objawienia zdania w kwestyi, o jakiej mowa; lecz do tego tém śmieliej przystępuję, że w ciągu kilkonastoletniej praktyki i służby weterynaryjnej miałem nieraz sposobność obserwowania wściekliczności i że nawet napisałem przed parą laty o téj chorobie kilka uwag, które tylko z przyczyn ode mnie niezależnych dotąd drukiem ogłoszone nie zostały (1).

(1) Jestto, o ile nam wiadomo, obszerny artykuł, i prawdziwie żałować należy, że niedojście do skutku publikacyi, do której był przeznaczony, pozbawia nas sposobności korzystania z gruntownej pracy pana Seifmana w całej jej rozciągłości.

Redakt.

1) Przedewszystkiém wyznać trzeba, iż trudno zgodzić się z p. Vernois, który utrzymuje (str. 133), że kaganiec, nawet najlepszy i najsurowiej nakładany, nie byłby w stanie powstrzymać psa wściekłego i przeszkodzić mu kąsać, albowiem byłby niewątpliwie rozdarty; trudno zgodzić się, mówię, w tój mierze z p. V. z powodu, że w naszej przecie jest mocy urządzić kaganiec ze względem na siłę zwierzęcia, to jest tak, aby ono i w najwyższém rozdrażnieniu wściekliczny nie było w stanie go rozedrzeć. Jeżeli zaś kaganiec tak mocny daje się urządzić, to z drugiej strony znowu nie ulega wątpliwość, że on tylko, byleby posiadał stosowny metalowy łuk przed pyskiem zwierzęcia wystający, jest w stanie przeszkodzić skutecznie w kąsaniu, choć przytém nie stawia zwierzęciu tamy w otwieraniu pyska dla oddychania i zaspokojenia pragnienia.

Za dowód, iż kaganiec odpowiada rzeczywiście swemu przeznaczeniu, służyć może między innymi miasto Berlin i przez Redakcyą Pamiętnika przywiedzione, oraz miasto Wiedeń. W tych dwóch bowiem miastach, w których przepis nakładania psom kaganców ściśle jest przestrzegany, zmniejszyła się wściekliczna od czasu zaprowadzenia tego przepisu tak dalece, że chorobę wspomnianą za prawie nieistniejącą tam obecnie uważać można. Dziwi zaś nas tём więcej obojętność szanownego Członka Rady higienicznój departamentu Sekwany dla obowiązku nakładania kagańca, że sam przyznaje, iż przyrząd rzeczony nigdy się nie przyczynił do samodzielnego powstania wściekliczny (rage spontanée) i że w inném miejscu (134) mówi: „wściekliczna może powstawać samowolnie, jednakże przypadki te są daleko radsze, niż te, w których choroba była udzieloną.“ Udzielanie choro-

by ma zwykle miejsce przez pokąsanie, a temu, jak już wyżej powiedziałem, najskuteczniej kaganiec zapobiedz zdoła.

2) Nie możemy również za zasadne uważać zdanie p. Vernois (str. 133), iż „w największej liczbie przypadków pokąsanie człowieka ma miejsce *wewnątrz* mieszkań, przeto zakładanie kagańca psom *zewnątrz* mieszkań nie zdaje się być usprawiedliwioném; „albowiem u nas przynajmniej nierównie częstsze są przypadki pokąsania przez psy wściekłe w miejscach publicznych, *np.* na ulicach, placach i t. d., aniżeli w mieszkaniach. Inaczej też być nie może: w mieszkaniach nastąpiłoby najczęściej pokąsanie samego właściciela, lub domowników jego; nie ulega zaś wątpliwości, że ci, znając już poprzednio zwierzę i widząc odmienne jego zachowanie się, powezmą przynajmniej podejrzenie o wściekliznę i chronić się będą pokąsania. To też pokąsanie dotyka najczęściej przechodniów w miejscach publicznych dla tego, że psy wściekłe, po rozwinięciu się choroby, do stopnia, w którym się już spostrzegają napady szaleństwa i rzucania się na ludzi, opuszczają zwykle dom pana swego, tułając się po za domem.

3) We wnioskach odnośnie do środków policyjno-lekarskich zapobiegających wściekliznie, kładzie autor na czele *projekt* (str. 135) „rozporządzenia opartego z jednej strony *na zupełnej niemal swobodzie pozostawionej psom*, z drugiej zaś strony *na odpowiedzialności prawnej właściciela nader surowo przestrzeganej*.“ Nie znalazłszy sposobności przejrzenia tego projektu, niepodobna mi wdawać się w szczegółowy jego rozbiór; niewypada jednak tu pominąć wniosku, że swoboda zostawiona psom daje się istotnie uważać za środek skutecznie zapobiegający szerzeniu się wścieklizny. Wszelako

przez swobodę nie chcemy rozumić uwolnienia psów od noszenia kagańców; ale stosuje się ona do podania im możności życia pod względem higienicznym podług praw przez przyrodę im wytkniętych. Doświadczenie bowiem dostatecznie przekonało, że im psy są bardziej sztucznie utrzymywane i żywione, im przez to więcej nadwreżony zostaje i tak u nich w wysokim stopniu drażliwy system nerwowy, tém stają się one do wścieklizny skłonniejszemi. Dla tego objawia się ta choroba samodzielnie (sponte) najwięcej u psaków pokojowych zbyt rozpieszczonych i żywionych pokarmami sztucznie przyrządzonemi, na system nerwowy przeważnie działającemi, jak np. kawą, herbatą, czekoladą i t. p.; kiedy przeciwnie u psów wiodących życie na otwartém powietrzu i żywiących się przytém pokarmami prostemi rozwija się choroba samodzielnie daleko rzadziej. Wiadomości te objaśniają nam też powód, dla czego wścieklizna jest tak rzadką na Wschodzie, gdzie psów nie utrzymują w mieszkaniach ani karmią potrawami w sposób tak sztucznie przyrządzonemi i gdzie choroba, jeżeli się pokaże, to najczęściej u psów z Europy sprowadzonych i przez Europejczyków utrzymywanych.

4) Wszeregu środków zapobiegawczych wściekliznie uznajemy również za bardzo właściwy radzone przez p. V. znaczne zmniejszenie liczby psów; być nawet może, że obłożenie ich znaczną opłatą, jak zaleca także p. Vernois (str. 135), do założonego celu doprowadzićby mogło. Wypada nam jednak tu uczynić uwagę, że obok zmniejszenia bezwzględnie liczby psów, należy się starać i o wpływanie na to, aby w utrzymywanych zachowany był odpowiedni stosunek samic (suk) do samców (psów).

Nie ulega wątpliwości, że niemożność zaspokojenia przez samców popędu płciowego i ciągłe drażnienie przez to ich systematu nerwowego do powstania samodzielnie wścieklizny nie raz się przyczynia, powód zaś niemożności zaspokojenia tego popędu leży głównie w zbyt wielkiej stosunkowo liczbie samców, których lubownicy psów chętniej niż samice hodują. W tym względzie przeto odpowiednie rozłożenie opłaty, to jest ustanowienie wyższej od samców, niż od samic, wpływając na należyte ustosunkowanie liczby psów do suk, mogłoby wielce celowi ogólnego dobra odpowiedzieć.

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE

Kronika lekarska zagraniczna.

przez Dr. Juliana Kulskiego, w Radomsku.

I.

Treść: **1. Paryż. Akademia lekarska:** rozdanie nagród. Pochwała. Thénarda. **2.** Rozprawy o wodzie do picia. **3. Tow. Lek. IX. i III. okręgu:** tajemnica lekarska. **4. Tow. aklimatyzacyi:** nowe środki lekarskie (przeciw zimnicy i t. d.) **5. Tow. chirurgiczne:** leczenie paznokcia w ciało wrosłego. **6. Montpellier:** warunki meteorologiczne dławca (croup). **7. Londyn. K. Tow. medyko-chirurgiczne.** Owariotomia. **8.** Leczenie wrzodów goleniowych. **9.** Ostrożności przy chloroformowaniu. **10. Niemcy:** Badania ciepłomierzowe podczas porodu i położu. **11.** Oddalanie łożyska. **12. Bruksella:** użycie siarkonów w chirurgii. **13. Ameryka północna:** *Haematocèle periuterina.* Wiadomości z pola bitwy. **14. Nekrologia:** Robert. Knox Czejka.

Dnia 10 stycznia 1863 r.

I. Do uroczystych chwil dla świata lekarskiego należą niezaprzeczenie posiedzenia doroczne Akademii lekarskiej. Tą razą jedna tylko nagroda została udzieloną w zupełności, za rozprawę o bąblicy (pemphigus) noworodków, panom Olivier i R a n v i e r; gdy inne pięć nagród tylko tytułem zachęty pomiędzy najlepsze rozprawy rozdane zostały. Następnie trzy nagrody pieniężne, cztery medale złote i sto srebrnych lekarzom szczepiącym ospę ochronną; dwa medale złote, ośm srebrnych, dziesięć brązowych lekarzom chorób epidemicznych

P. T. L. W. Tom XLIX.

13

i sześć medali srebrnych i cztery brązowe lekarzom zdrojowym udzielone zostały. Prócz tego rozdano wiele listów pochwalnych.

Następnie Sekretarz stały p. D u b o i s (z Amiens) wygłosił pochwałę T h é n a r d a. Nie liczę się do kółka bezwarunkowych naśladowców obczyzny; ale w tym zwyczaju tak akademij jak i wydziałów lekarskich widzę coś wspaniałego i uroczystego. Oddać publicznie zasługę mężom przeszłości, którzy zaszczyt przynieśli krajowi, to piękne i wzniosłe. I dla tego, szanowny Redaktorze, może się zgodzisz ze mną, że życzyliby należało, żeby i u nas do tego przyszło. Nie zbywa nam na mężach, którzy zasłużyli się nauką krajowi, a jednak, znikłszy z widnokregu, słabo odbija się ich zasługa. Podnieść to z pyłu, pokazać garnącej się młodzi wzory dziadów i pradziadów naszych, którzy torowali drogę i łamali lody, by stanąć na szczycie wiedzy i nauki, to zasługa prawdziwa.

Przebacz mi, łaskawy czytelniku, te kilka uwag, jakie mi się nasunęły; a teraz kilka słów o zasługach naukowych T h é n a r d a. Po przełamanych trudnościach w chemii przez L a v o i s i e r a, T h é n a r d zajmował się poszukiwaniem pierwiastków, układaniem praw chemicznych; odkrył wodę utlennioną (eau oxygénée) i za pomocą téj zjawiska polegające na tak zwanéj sile katalitycznéj. Następnie p. D u b o i s wystawił go jako profesora pełnego talentu i poświęcenia dla młodych swych uczni.

2. Akademia teraz rozbiera ważny przedmiot higieniczny, a tym jest woda do picia. Rzecz chodzi o zaopatrzenie miast w wodę odpowiadającą wszystkim wymogom zdrowia, czy więc lepiej wodę sprowadzać wodociągami ze źródeł, czy też zapomocą cedzideł przysposabiać wodę rzeczną do picia. Sprawozdawca komisji p. P o g g i a l e oświadczył się za wodą źródłową; wystąpił przeciw temu p. B o u c h a r d a t. Jako główne szkodliwe części w wodzie uważa tenże ciała ustrojowe (ograniczone), których nieobecności czystość i przezroczystość wody jeszcze nie dowodzi; ciała te bowiem mogą być rozpuszczone i ukryte, dopóki inne ciało ustrojowe działające jako ferment nie pobudzi w nich gnicia. Zaleca tenże, żeby o do-

broci wody sądzić dopiero po dłuższém jój użyciu i przyznaje, że chemia nie pozwala dotychczas z pewnością rozstrzygnąć wątpliwości, jakie pod tym względem znajdują się. Następnie przechodzi do chorób, jakie użycie wody wywołać może i dzieli je na ostre i przeciągłe. Do pierwszych liczy rozwolnienia, biegunki krwawe, a nawet i durzycę (tyfus). Do drugich wole endemiczne (struma) i wyrodzenie człowieka znane pod nazwą karłactwa (cretinismus); wreszcie przypuszcza, że tu należą guz Alepu i Biskry. W rozbiorze tym występuje przeciw zdaniu pana Ch a t i n, jakoby brak jodu był winien rozwinięciu się karłactwa, a przypisuje takowe ciałom organicznym gnijącym, a mianowicie roślinnym, gdyż zwierzęce od tego wpływu zupełnie wyklucza.

Jak długo kwestya ta zajmować będzie akademią, trudno przewidzieć, byleby tylko coś stanowczego powiedziano: gdyż rezultaty rozpraw ważniejszych roku 1862 téj cechy nie miały; o wypadku jednak téj ważnej higienicznej sprawy nie omieszkam donieść.

3. Drugiém ważném zadaniem jest wniosek komisji wyznaczonej z łona Towarzystwa lekarskiego Okręgu IX. paryzkiego, dotyczący zachowania się lekarza w razie żądania jego zdania co do zdrowia osób mających wstąpić w związki małżeńskie. Komisya ta oświadczyła się bezwarunkowo za milczeniem, gdy Towarzystwa innych okręgów przeciw temu wystąpiły. Towarzystwo Okręgu IX. opierało się na Kodeksie karnym § 378 i Cywilnym § 1382, 1383, mocą których lekarze mogą być przez osobę poszkodowaną sędownie zapoznani. Dalej, że często lekarze opłacają to wyznanie prawdy prześladowaniem i często są ofiarami zemsty osobistej (1); w końcu, że przysięga obowiązuje ich do tajemnicy. Pytanie to jest bardzo ważném dla lekarzy praktykujących, nie tylko we Francyi, ale wszędzie. Stosując się do roty przysięgi wykonywanej w Królestwie Polskiem, która brzmi: „Powierzonego mi sekretu choroby lub jakiejbądź ułomności fizycznej mogącego

(1) Wiadomo, między innemi, że słynny chirurg francuzki Delp ech, zabity był przez swego pacyenta, którego choroby tajemnicę był wydał. *Re.*

szkodzić sławie chorego..... nikomu nie wyjawię, chyba tylko będąc do tego przez właściwą władzę wezwanym," dotrzymanie sekretu jest zobowiązaniem koniecznym, które każdy wypełnić powinien. Jednakże, co się tyczy małżeństwa, to tu są w grze daleko wyższe względy, bo socyalne, a medycyna dojdzie wtedy do szczytu, gdy nie tylko leczyć będzie istniejące choroby, ale gdy i charłactwu przyszłych pokoleń zapobiegać będzie. Czyż względ ten prawdziwego dobra ludzkości nie jest dość wzniosłym i czy nie odpowiada temu stanowisku naszemu: być „Rządzcą i tłumaczem natury?” Starajmyż się odpowiedzieć temu naszemu godłu, a wtedy jako *tłómacze* natury wyznamy, że ona stara się o zachowanie rodzaju raczej, niż pojedynczego indywiduum, że pozwalając osłabiać rodzaj, nie odpowiadamy temu godłu; i dla tego zgodziłbym się raczej na zdanie p. *G a i d e* sprawozdawcy w Okręgu III, który powiada: „Sędzia, zapytywany pod tym względem, zgodzi się na sposób widzenia (bezwarunkowej tajemnicy), przeciw któremu podnosim się, i dziwić nas to nie będzie. Organ prawa zastosowuje je bez miłosierdzia; widzi on bowiem rzeczy z wysokości swego sędziowskiego krzesła, nie wchodząc w szczegóły: dla niego prawo mówi, a lekarz powinien milczeć. Lecz my, co widzimy bardziej z bliska te rzeczy, co jesteśmy sędziami pomiędzy dwiema rodzinami, nie znajdziemyż w nauce i codziennéj praktyce przypadków, któreby wstrząsły lekarzem? Czyliż nie ma tu okoliczności wyjątkowych, gdzie sumienie jest głośniejszém, niż prawo, i które zmuszą nas, jeżeli nie do przerwania milczenia przez wyjawienie tajemnicy nam powierzonej, to przynajmniej do uchylenia się od uczestnictwa czynu, który moralność nagania, a ludzkość potępia?”—Dla tego też zachować powierzoną nam tajemnicę *zawsze* i *wszędzie*, ale pod względem małżeństw po troskliwej rozwadze wypowiedzieć zdanie oględnie, a prawdziwie, by nie przeniewierzyć się ludzkości, której zdrowia strzedz powinniśmy: ta jest zdaniem mojem najstuszniejsza droga postępowania.

4. Towarzystwo aklimatyzacyi otrzymało z Indyi od p. *H a y e s* nasiona rośliny *Caesalpinia Bonducella*, zalecanéj jako środek przeciw zimnicy. Posiada ona własności prze-

czyszczające; podaje się jeden gran rozrobiony na ciasto z 3 lub 4 granami pieprzu i goryczką (*Gentiana chirayta*). Ta ostatnia ma posiadać więcej przeciwwimniczych własności, niż nasza goryczka, *Gent. lutea*. Podaje się *Caeselpina* trzy, cztery do pięciu razy dziennie i ma stanowić ważny preparat zastępujący chininę, tak, iż go nawet lekarze europejscy używają.

W Kochinchinie zaś własność tę ma posiadać tak zwana roślina *Thuongson*. Dr. Weber, który ją bliżej badał, liczy ją do rodziny *Acanthaceae*. Używany jest sok z liści świeżych, utłuczonych z małą ilością wody i podaje się rano tego dnia, w którym zimnica ma przypadać, a nawet dwa i i trzy dni następne. Użycie tego soku sprowadza wymioty i zimnica ginie. Liście i korzenie są bardzo gorzkie, a pierwszych na każdą dawkę używają 8 do 10 gran (1).

Mówiąc już o środkach lekarskich, podać tu muszę wiadomość, że doświadczenia robione w Szpitalu Śgo Jerzego w Londynie z tak mocno polecanym środkiem z Ameryki prze-

(1) Środki powyżej przytoczone pomnażają i tak już znaczny szereg lekarstw zachwalanych jako surrogaty chininy, czy jednak będą miały wielkie przed innymi zalety, gdy urok nowości minie? to się dopiero z czasem pokaże. Co się tyczy w ogólności środków zalecanych przeciw zimnicy w miejsce chininy, składają się one, jak wiadomo, oprócz przetworów arsenikalnych, po większej części ze związków organicznych, ściągających i gorzkich, otrzymywanych z różnych roślin: większość farmakologów zgadza się na to, iż żaden z tych środków nie dorównał chininie, zwłaszcza w przypadkach zimnicy uporczywej, endemicznej; lubo z drugiej strony przyznają niektórzy autorowie, że u osób osłabionych, wycieńczonych, skuteczniejszymi od chininy są środki roślinne, tudzież przetwory arsenikalne. Te ostatnie znów bardziej są zachwalane ucho- rych w młodszym wieku, nerwowych, z napadami mniej regularnemi, z większemi przestankami i skuteczniejszymi mają się okazywać w jesieni, niż na wiosnę. (Dewachter: Lettres sur les fièvres intermittentes dans le Petit Brabant. Przytoczone w Union méd.) Usunięcie istniejącego kataru przewodu pokarmowego, szczególnież żołądka, przed zadaniem właściwych środków przeciw zimnicy, jest przepisem przez dawnych lekarzy już zalecanym, na który warto jest zwracać uwagę. W tym celu radzą nawet niektórzy dawać chininę połączoną z salmiakiem, przez co mniejsza dawka chininy ma wystarczać do zwalczenia zimnicy. *Redakt.*

ciw ospie, to jest z *Sarracenia purpurea*, wypadły zupełnie ujemnie.

5. Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego paryzkiego Dr. G u y o n przedstawił *nowy sposób leczenia paznokci.wrosłych*, pozwalający zachowania kształtu naturalnego w części chorój. Robi tenże dwa cięcia poprzeczne w każdym końcu obrzęknięcia części miękkich, dość głębokie i obszerne, aby z łatwością odwinąć wałek części miękkich i odkryć dno ropienia, te zaś cięcia łączy trzeciém podłużném na powierzchni wielkiego palca przyległej wrosłemu paznokciowi. Cięcie to powinno być dosyć głębokiem, aby najzupełniej odświeżyć powierzchnią dolną płata kwadratowego, którego podstawa znajduje się na brzegu wrosłego paznokcia, a brzeg wolny na powierzchni cięcia podłużnego, gdy powierzchnią górną tworzy część skórna i ropiejąca. Rowek skórny, będący siedliskiem ropienia, zostaje należycie rozłożonym i przedstawia powierzchnią równą. Wtedy wycina się na powierzchni palca wielkiego przyległej wrosnięciu kawałek części miękkich mniej lub więcej gruby, aby w ten sposób utworzyć wręb (encoche) więcej lub mniej głęboki, w miarę tego, jak wielkie przesunięcie płata chirurg uważa za stosowne. Ten płat częścią wolną przykładą się do owego wrębu i nietylko rozpościera się w sposób, aby część ropiejąca była zupełnie odkrytą, lecz wskutku tego naciągnięcia tak się układa, że powierzchnia części miękkich nie wystaje nad powierzchnią zupełnie już odsłoniętego paznokcia. Ma się rozumieć, że pożądaną jest rzeczą otrzymać zrośnienie za pomocą pierwotnego sklejenia (prima intentio). Wolny brzeg płata umacnia zapomocą trzech szwów okręcanych zrobionych szpilkami owadowemi, wywierając zarazem lekki ucisk na powierzchnią górną płatu obwiązką z plastru lepkiego.

6. Nieszczęsny dławiec (croup) i zapalenie błoniaste gardła (diphtheritis), które tak szerzą zniszczenie pomiędzy dziećmi, posłużyły panu C o u r t y, profesorowi w Montpellier za przedmiot poszukiwań nad warunkami meterologicznemi tych cierpień. Na zasadzie swych badań pan C o u r t y twierdzi, że wiatry wschodnie, zimno, wilgoć, powiększenie się liczby

dni dżdżystych i zmiana normalnego charakteru pór roku głównie przyczyniają się do rozwinięcia epidemij tych chorób.

7. W przeszłym przeglądzie (1) wspomniałem o zarzutach zrobionych przez Dr. Lee przeciw *Owariotomii*. Zarzuty wtedy zostały odparte; obecnie p. Spencer Wells czytał na posiedzeniu K. medyko-chirurgicznego Towarzystwa swoje wypadki i ich rozbiór, przeszedłszy poprzednio dzieje téj operacyi. Swoje spostrzeżenia podzielił na trzy oddziały, a mianowicie:

I. Owariotomia ukończona; przypadków 50: wyzdrowiało 33, śmierci 17.

II. Owariotomia zaczęta lecz nie skończona; przypadków 3, śmierci w następstwie rękoczynu ani jednéj.

III. Gdzie cięcie badawcze było zrobioném w celu poparcia rozpoznania; przypadków 3, śmierć 1.

Przypadki wszystkie szczegółowo sposobem tabellarycznym skreśliwszy, wskazał okoliczności mogące utrudniać rozpoznanie i sposób ich uniknienia; następnie wykazał, że im stan ogólny zdrowia kobiety jest lepszy, tém więcej jest prawdopodobieństwa wyzdrowienia, podobnie jak to ma miejsce przy wszystkich ważniejszych operacyach; dalej, że chore, które wyzdrowiały, cieszyły się najlepszym zdrowiem przez długie lata; rodziły dzieci obu płci. Wreście wezwał Towarzystwo do wyrzeczenia: czy operacya prowadząca do takich wypadków, jak podał, może być nacechowaną jako nieusprawiedliwiona, i czy można zarzucać wykonywającym, że działają więcej dla swego, niż dla chorych dobra, i czy nie należy jój owszem popierać, wydoskonalając sposoby rozpoznawcze, badając dające się uniknąć i usunąć przyczyny nadzwyczajnej śmiertelności, a w ten sposób obdarzając prawie nowém życiem te biedne ofiary, które podległy chorobie w inny sposób nieuleczalnój i prawie śmiertelnój.

Dr. Graily Hewitt zwrócił następnie uwagę, że najważniejszym pytaniem pod tym względem jest orzeczenie: Ja-

(1) Pam. T. L. W. Tom XLVIII, str. 392.

ki jest naturalny przebieg chorób jajnika tych, które mogą być zdawnymi do owariotomii, a gdzie też wykonaną nie była. Około bowiem tego kółka kręci się całe zadanie, gdyż przeciwnicy powiadają, że choroba nie byłaby się ukończyła śmiercią, gdyby sobie samą pozostawioną została. Na to pytanie odpowiedział on pracą Dra Lee, głównego nieprzyjaciela owariotomii, albowiem tenże dziewięć lat temu w sprawozdaniu klinicznym o chorobach jajnika wykazał, że w 44 przypadkach, co do których z powodu wielkości obrzmienia, znacznego chęłbotania (fluctuatio), dokonanej już punkcji, i t. p. usprawiedliwiony był wniosek, że mogły być zdawnymi do wykonania operacji, przy naturalnym przebiegu wypadki były następujące: w 32 razach nastąpiła śmierć przy leczeniu uśmierzającym, w 1ym następstwem była śmierć, w 1ym następstwo wątpliwe, dwie chore prawdopodobnie umierające, a jedna, u której choroba „szybko zbliżała się do zakończenia niepomysłnego.“ Z drugiej strony w 1ym przypadku choroba nie powtórzyła się po punkcji wykonanej 26 lat temu, w 1ym postępie choroby przez 3 lata był bardzo mały, 2 chore żyły po upływie 2 i 3 lat, 2 umarły w skutku owariotomii, 1 zaś umarła po punkcji badawczej. W skutku tego dzieli on te 44 przypadki na dwie kategorie: w 84% przypadkach śmierć, bez zastosowania środków radykalnych; w 16% przypadkach chora żyje (licząc w to dwie owariotomie i jedną punkcją badawczą) dwa lub trzy, a w jednym przypadku 26 lat. W tych 84% przypadkach śmierć nastąpiła, w średnim stosunku biorąc, w przeciągu roku do dziewięciu miesięcy. Zupełnie inne wypadki daje owariotomia, gdyż stosunek ocalonych wynosi 60%, a nawet 70% u tych, którzy więcej operowali. Porównując zatem te dwa sposoby leczenia: uśmierzający i uzdrawiający, o ile niedostateczne liczby na to pozwalają, to stosunek osób ocalonych jednym lub drugim jest jak 16:60, a nawet do 70.

W dalszym toku Dr. Erichsen zapytał przeciwników operacji, skoro ją odrzucają, cóż w miejsce téjże uczynią? i czy należy nam z założonemi rękoma przyglądać się, rychło śmierć nastąpi? skoro stosunek pooperacyjny jest tak pomyślnym.

Strzeszczając wręście dowody za i przeciw, określił owariotomią znanym wierszem:

„Aut cita mors, aut victoria laeta,“

którychto słów do wielu innych operacyj zastosować nie można; jakże *np.* często, powiada tenże, operuje się raka piersi, a jak niepomyślne są w ogóle wypadki, gdy co chwila powrotu choroby oczekiwać można, co się o owariotomii powiedzieć nie da. Foruszył następnie kwestyą wieku i uważał, że kobiety po przejściu lat klimakterycznych najlepsze dają stosunki wyzdrowień, gdy młode dają gorsze, któreto zdanie *Spencer Wells* potwierdził: z przypadków przez tego ostatniego operowanych wypływa, że stosunek wyzdrowień większym jest przed 30ym i po 40ym roku życia, niż pomiędzy temi latami.—*Dr. Giraldès* w Towarzystwie chirurgiczném paryżkiém, z powodu rozprawy zawiązanej przy sprawozdaniu o szczęśliwie ukończonym przypadku *Dra Boinet*, zupełnie przeciwnego był zdania, to jest, że najniepomyślniejsze lata do operacyi są po 50 roku życia, i nawet z tego powodu *Dr. Nélaton* nie chciał w jednym przypadku operować. Dotychczas, ze świeżo wykonanych owariotomij we Francyi, oprócz powyższej dwie pomyślnie ukończyły się: jedna robiona w *Hôtel-Dieu* w Lyonie przez *Dra Desgranges*, druga przez *Dra Koerberle* w Strasburgu.

Pomyślne, rzec można, wypadki téj tak znacznej operacyi zdają się przemawiać dostatecznie za wliczeniem jéj do rzędu dozwolonych, a nawet koniecznych i przynoszących zaszczyt nowoczesnej chirurgii.

S. W szpitalu Westminsterskim zaprowadził *Dr. Holt* nowy sposób *leczenia wrzodów gołeniowych*, polegający na wykluczeniu powietrza podczas brodawkowania (*granulatio*). Sposób jego jest następujący: brzeg wrzodu pokrywa się na pół cała szeroko plastrem lepkiem, następnie kładzie się ceratę angielską przezroczystą tego rozmiaru, aby przykryła i wrzód i plaster, umacnia się bardzo troskliwie zapomocą kolodionu i brzeg znowu plastrem lepkiem przykrywa. Przezroczystość ceraty dozwala zarazem uważać na postępowanie gojenia się wrzodu. W miarę ropienia opatrunek się zdejmuje i jeżeli

takowe jest obfitém, powtarza się to co drugi dzień, w miarę jednakże, jak ropienie stopniowo się zmniejsza, opatruje się co pięć lub sześć dni. Doświadczenia tegoż wykazały, że brodawkowanie blade, słabe, staje się bujnym i silnym, i że w szybkim czasie sposób ten opatrywania, nazwany przez Dra Holt „opieczętowaniem (sealing),“ prowadzi do zabliznienia. Ktokolwiek obejrzy się po naszych salach szpitalnych, ten aż nadto dobrze wie, jakim utrapieniem są te wrzody i dla tego każdy sposób, któryby mógł posłużyć do szybszego ich gojenia, powinienby być wyprobowanym i sumiennie ocenionym.

9. Z powodu częstych przypadków śmierci przy *chloroformowaniu* Towarzystwo medyko-chirurgiczne wyznaczyło komisją złożoną z czternastu członków, pomiędzy którymi są Harley, Paget, Priestley, Quain, West it. d., do bliższego zbadania przyczyn, jakoteż podania środków zapobiegania tym przypadkom. Spodziewać się należy, że komisya ta, po ścisłym zbadaniu, poda wiele objaśnień i zaprowadzi zmiany, mogące wpłynąć pomyślnie na zmniejszenie przypadków śmierci po operacjach.

10. Znane są czytelnikowi wypadki badań ciepłomierzowych, o ile te są pomocniczymi znakami rozpoznawczymi, a nawet objaśniającymi w rokowaniu przy chorobach wewnętrznych. Obecnie Dr. Winckel w piśmie „*Monatsschrift für Geburtskunde*“ podaje *wypadki badań swoich ciepłomierzowych tak przy porodzie, jak i w połogu.*

Z pracy téj podaję następane ostateczne wypadki badań:

1. Przy równych warunkach zewnętrznych ciepłota narządów rodnych zdrowych (a mianowicie pochwy macicznej) i podpasza jest niemal równa, gdyż różnica wynosi od $0,1—0,4^{\circ}$ C., a mianowicie ciepłota wyższa należy do pochwy.

2. Zmiany w téj różnicy zależą od zmian ciepłoty skóry.

3. Choroby pochwy i macicy nie wpływają na różnicę ciepłoty pomiędzy pochwą a podpaszem. (? *Red.*)

4. Ciepłota pochwy w dwóch ostatnich miesiącach ciąży wynosi średnio rano $38,15$, a wieczorem $38,22^{\circ}$ C.

5. W czasie bolu porodowego ciepłota daleko szybciej podnosi się, niż w czasie przestanku; podniesienie się kolumny

rzęciowej utrzymuje się podczas szczytu bólu i zaraz po ustaniu tegoż; podniesienie to ciepłoty wynosi $0,0125-0,025^{\circ}$ C.

6. W każdym porodzie prawidłowym ciepłota ciała nieco się podnosi, przyczém zwykle zmiany dzienne ciepłomierzowe dają się wyraźnie odróżnić.

7. W pierwszym okresie porodowym podniesienie ciepłoty wynosi w godzinach rannych $0,183^{\circ}$ C., w wieczornych $0,249^{\circ}$ C. średnia zaś ciepłota $38,271^{\circ}$ C.; gdy w drugim okresie podniesienie jest o $0,071^{\circ}$ C. większe, niż w pierwszym, a średnia ciepłota wynosi $38,342^{\circ}$ C.

8. Za wczesny odpływ wód, równie jak i poród przedwczesny, jeżeli tylko rodząca nie jest chorą, nie ma wpływu na zmianę powyższych prawideł.

9. Po wszystkich porodach prawidłowych ciepłota w czasie położu, a mianowicie w pierwszych dwunastu godzinach, nieco się podnosi (przecięciowo o $0,45^{\circ}$ C.) i dopiero w drugich dwunastu godzinach opada.--Dalej skreśla tenże, że ciepłomierz może nas w trudnych razach objaśnić o nieprawidłowości bólów tam, gdzie nam często na innych znakach zbywa, a badania jego wykazały, że:

10. przy bólach słabych (Wehenschwäche) ciepłota jest niższą, niż zwykle, lubo stosuje się do wahań dziennych ciepłomierzowych;

11. że przy bólach kurczowych jakiegokolwiek formy, ogólnych czy częściowych, stosownie do czasu trwania nieprawidłowych bólów ciepłota odpowiednio się podnosi;

12. że nieprawidłowość tę w podnoszeniu się ciepłoty wykazują nam wysokie różnice pojedynczych mierzeń podczas porodu (przecięciowo $0,735^{\circ}$) jak i niezwykły czas podnoszenia się téjże.

Praca ta zachęcić powinna do dalszych badań, aby mieć potem dane pewne, oparte na wielkiej ilości doświadczeń; gdyż tylko działanie licznemi cyframi może pokierować i dać pewny punkt oparcia dla praktyków.

11. Na polu położnictwa ze wszystkich stron nadchodzą potwierdzenia skuteczności sposobu Dra Credé *oddalania łożyska ugniataniem macicy przez ściany brzuszne*, gdyż

mniej naraża chorą, niż dotychczasowy sposób operowania. Jednakże Dr. van R o o y e n zaleca, żeby tego sposobu nie używać przy zatrzymaniu łożyska w skutku wgłobieniu (incarceratio), gdyż, oprócz bolesności, stan mogłby być pogorszonym; jako też przy braku napięcia (atonia) macicy, gdyż sposób C r e d é g o mogłby z łatwością być powodem zagięcia lub wywrócenia macicy.

12. Dr. Burggraeve przedłożył Akademi lekarskiej Belgijskiej swoje doświadczenia co do *użycia siarkonów* (SO_2XO) na rany, ropnie i oparzenia. Siarkon magnezyi {podaje tenże w ilości 16 gran w szklance wody ocukrzonj, cztery do sześciu razy dziennie; siarkon sody zaś jako rozczyn do opatrywań. Ma on sprowadzać bezczułość i dla tego użycie tego środka zaleca przy oparzeniach, które, w ten sposób opatrywane, tuszować można bez bólu i bez wywołania objawów nerwowych; podobnie dobrego skutku doznał przy ranach dartych, które oczyszczały się, brodawkowanie było czynne, brodawki świeże i różowe, ilość ropy mała i nie cuchnąca.

13. Pomimo wojny Akademia w Nowym Yorku zajmowała się w skutku rozprawy Dra B y r n e wykrwawieniem okołomaciczném (haematocele peri-uterina). Autor poszedł głównie za zdaniem Dra B e r n u t z.—Z pola bitwy donoszą, że największą klęską jest tężec (tetanus). Liczba chorych i rannych pomieszczonych w 150 szpitalach wojskowych wynosi 60,515 w Stanach Zjednoczonych; doliczmy do tego może równą lub odpowiednią liczbę w Stanach Południowych, a cała okropność stanu rzeczy nam się przedstawi. Do udzielania pomocy wyżej wymienionj liczbie służy 4124 lekarzy i chirurgów, a pomiędzy temi 3260 ochotników. Ta jednakże liczba zupełnie nie jest wystarczającą, i to skłoniło wielu młodych ludzi do uczęszczania na odczyty, tak, że wydziały lekarskie zaczynają mieć większą liczbę uczni. Ile trzeba poświęcenia, jak ogromną jest praca lekarzy, łatwo sobie wystawić możemy i dla tego słusznie postąpił Dr. H a m m o n d, lekarz naczelny armii, że Dr. W h i t e, poległemu w bitwie pod Antietam we wrześniu, oddać kazał najwyższą cześć, wydając

rozkaz dzienny, aby całe ciało lekarskie wojskowe przywdziało żałobę na dni trzydzieści.

11 Kiedym już zaczął o śmierci, to donieść muszę o nieodżałowanej stracie chirurgii francuskiej, jaką poniosła w osobie Dra R o b e r t, członka Akademii lekarskiej w Paryżu i o śmierci Dra K n o x w swój włości Hackney w skutku zalewu mózgowego (apoplexia cerebri). Imię tego ostatniego uczonego było znaném nietylko w Anglii, ale prawie wszędzie, a mianowicie dzieło jego „o rasach ludzkich“ i „Anatomia artystów.“ W pierwszym z tych dzieł wykazuje, jako różne plemiona, po ziemi rozsiane, jedynie do gleby są przywiązane i na niej kwitną, a z niej przeniesione, giną lub tracą swój pierwotny charakter i usposobienie, wyradzając się w rasę, z którą wejdą w związki; jak również, że każde plemię ma swój własny moralny charakter i usposobienie, którego ani urządzenia ani instytucje zmienić nie są w stanie.

Do téj smutnej listy doliczyć jeszcze muszę prof. C z e j k ę zmarłego w Pradze. Jako lekarz, pisarz, profesor zasłużył sobie na miłość rodaków; przetłómaczył on kilka dramatów na język czeski, pisał wiele krytyk o muzyce, a najszlachetniejszym czynem jego ostatnim było zapisanie około 18,000 zł. reńskich na fundusz wsparcia wdów i sierot po lekarzach. Oby wszyscy pamiętali o nieszczęśliwych, a nie jedna łza byłaby otartą, bo lekarz, umierając bez funduszków, pozostawia często żonę i sieroty bez chleba, a gdzież szukać pomocy w takim razie, jeżeli nie u kolegów? świetny przykład naszego pobratymca niech dla nas będzie pobudką, a i nasz fundusz urośnie wkrótce, jeżeli wspaniałych dawców znajdzie się więcej.

II.

Treść: **1. Paryż. Akademia lekarska:** D. c. rozpraw o wodzie do picia. **2. Akademia umiejętności:** rozdanie nagród. **3. Towarzystwo chirurgiczne:** resekcya kostki wewnętrznej. **4.** Torbiel jajnika zawierająca kości, zęby i włosy. **5.** Tow. *balneologiczne:* kąpiele rozpylone. **5a. Algier:** Szczepienie ospy ochronnej. **6. Londyn. Tow. K. med. chirurgiczne:** ucisk drótem żelaznym w miejsce podwiązania tętnic. **7. Tow. med. chirurgiczne zachodnie:** nowy sposób tamponady nosa. **8. Szpital Brompton:** leczenie suchot gruźliczych półtorachlorkiem żelaza. **9. Tow. położnicze:** wpływ zdrowia matki na wywieźywanie się krzywicy (rachitis). **10.** Przypadek otrucia ciemierzycą zieloną (*veratrum viride*). **II. Lizbona:** tętniak tętnicy kręgowej, podwiązanie t. szyjnej, śmierć. **12. Belludonna.** Bromek potasu. **13. Wiedeń:** próchnienie kości skroniowych. **14.** Statystyka śmiertelności. **15. Szwajcarya:** wolność praktyki. **16. Czechy:** lekarze gminowi.

Dnia 10 lutego 1863 r.

1. Wielka kwestya higieny publicznej zajmuje teraz prze-ważnie posiedzenia Akademii lekarskiej w Paryżu; już w prze-szłej kronice kilka uwag nad tym przedmiotem skreśliłem, myślę więc, że będzie słuszném, jeżeli bieg dalszych rozpraw w Akademii streszczę, choć ostateczne słowo w rozprawach wypowiedzianém nie zostało. P. Bouchardat w dalszym ciągu starał się wykazać, że wyrodzenie plemion zawsze i wszę-dzie jest to samo, a zależy od dwóch warunków: 1) użycia wody w złym gatunku, 2) małżeństw między pokrewnymi. Te ostatnie jednakże, zdaniem pana B. wpływają niepomyślnie jedynie u karłaków (kretinów); gdy przeciwnie u ludów wykształconych podnosi się przez nie charakter plemienia, a za przykład postawił Grecyą. Zakończył długą swą mowę na-stępującymi wnioskami: 1) że woda do picia powinna być smaczną, 2) że o dobroci wody orzeka długie użycie, 3) że skutek wód wywołujących choroby endemiczne nie polega na obecności lub braku jakich ciał chemicznie dających się ozna-czyć, 4) że woda, wywołująca wole (struma) a następnie kar-łactwo, zawiera w rozpuszczeniu istoty organiczne i zwykle po-

chodzi z bagien i trzęsawisk, z których przesiąkając, tworzy źródła wody czystej w miejscach niżej położonych; a w końcu, 5) że woda podejrzana w dobroci tylko po przegotowaniu powinna być używaną.—Następnie p. Jolly starał się udowodnić, że woda tém jest lepszą do użycia, im mniej zawiera soli wapiennych i istot organicznych, i że dla tego woda rzeczna, jako posiadająca te zalety, jest o wiele lepszą od źródlanej; że wszystkie dalej wody źródłowe są pozbawione powietrza, tego koniecznego warunku wody dobrej, i dla tego radzi, aby wody źródlane przed ich użyciem były nagromadzone w wielkie zbiorniki, iżby mogły uleść wpływowi powietrza a raczej napojeniu tlenem (oxygène); w końcu że ciepłota i czystość wody, jakie wychwalają w wodach źródłanych, nie są koniecznymi warunkami higienicznymi. Z więcej zajmujących mówców w tym przedmiocie był p. Robinet, który przedmiot zaczął traktować ze strony lekkiej i zaprzeczył wprost wszystkiemu: dla niego woda każda jest dobrą, a przymioty przyznawane to fikcja poetyczna; tlen wolny znajdujący się w wodzie, sole wapienne, części organiczne—to wszystko nieszkodliwe lub niepotrzebne; przy używaniu każdej wody żyć można zdrowo i długo, a zdanie pana Bouchardat, że wole od wody zależy, chciał zbić twierdzeniem, że w miejscach, gdzie wyraźnie istoty organiczne w wodzie są i piją się, a przecież wola nie ma. Całą tradycją potrzeby wody dobrej i czystej chciał zwalić jednym zamachem.—Znalazł jednakże silny odpór w mowie p. Briquet, który mu dowiódł, że przykłady przytoczone były oparte na fałszywem widzeniu rzeczy, a zatem przekonywać nie mogą: gdyż w Reims, przeciwnie twierdzeniu jego, od czasu, jak zmieniono wodę źródlaną na rzeczną, wole zupełnie ustało, gdy dawniej w każdej rodzinie znaleźć je można było; w Epernay, gdzie według p. Robinet nie ma ani jednego z wolem, choć piją tylko wodę źródlaną, rzecz się ma przeciwnie, gdyż w klienteli jednego tylko lekarza znajduje się siedmiu z wolem. Zdaje się, że pan Robinet nie pozostawi tego twardego orzecha, rzuconego z całym sarkazmem, bez odpowiedzi, a teraz kończę obietnicą, że o dalszym obrocie tych rozpraw w Akademii donieść nie omieszkać.

2. Akademia umiejętności zakończyła rok 1862 uroczystém posiedzeniem, a p. Beaumont wygłosił pochwałę Oerstedta, członka zagranicznego. Za prace i dzieła lekarskie przyznała Akademia nagrody pp. Frerichsowi za dzieło o chorobach wątroby, Lebertowi za dzieło o mikrografii, Cruveilhierowi za dzieło o anatomii patologicznej, Barallierowi za dowiedzenie niejednakowości durzycy (typhus) i gorączki durzycowej (fièvre typhoïde), Cap za pracę o glicerynie, a listy pochwalne pp. Cohn za pracę o zatorach (embolia) i Larcherowi za pracę o przeroście serca prawidłowym podczas ciąży. Prezydującym na ten rok jest Dr. Velpeau; wten sposób w jego osobie nie małego dostąpiła zaszczytu medycyna, a w szczególności chirurgia francuzka, dla której p. V. nie mało zasług położył. Z prac dotyczących się medycyny jedna tylko była ważniejsza t. j. p. Durand z Lumel „o działaniu bezpośredniém elektryczności na kurczliwość mięśni.“

3. Przy zupełnie ciemnym początku cierpień rakowatych, obrażenie lekkie w następującym przypadku wywołało je u żołnierza 25 lat liczącego. Przed bitwą pod Montebello na pikiecie stojącemu konia ubito, a noga prawa ciężarem przywaloną została. Z trudnością uwolniwszy się, zaszedł do obozu, utykając, i odbył jeszcze całą kampanią, doznając od czasu do czasu nagłego i mocnego bólu w okolicy kostki zewnętrznej prawej przy zsiadaniu z konia. Dopiero w maju 1860 r. zauważył powiększenie się kostki zewnętrznej, tak, że nie mógł nadziewać butów, tylko trzewiki, i ból podczas chodu uczuć się dawał ciągle. Za uciskiem ból zwiększał się, obrzmienie było twarde i nieco elastyczne. W marcu 1862 r. obrzmienie było wielkości jaja jędrycznego, częścią twarde i elastyczne, a częścią miękkawe, ból był ciągłym, pod uciskiem znacznie się zwiększał. Powłoki zewnętrzne zdrowe, lecz miększe, czerwono brunatne nad kostką. Staw wolny, ruchy łatwe, jedynie zgięcie lub wyprostowanie mocne stopy są bolesne. Stan ogólny zdrowia wyborny. Dr. Legouest wykonał resekcyę kostki zewnętrznej, zrobiwszy cięcie 20 centymetrów długie. Obrzmienie to składało się, kosztem całej kostki, z łupiny kostnej wielkości jaja kurzego, twardej w je-

dnych, rozmiękczonej i poprzedziurawianej w innych miejscach. Wnętrze łupiny wystane było grubą błoną, lekko zrosłą z kością i stanowiącą prawdziwy torbiel, w którym znajdowała się materya sérowata, jednostajna i uznana za rakowatą we wszystkich swych częściach przy badaniu drobnowidowém.

Kończyna dolna umieszczoną została na łożu (gouttière) z drótu żelaznego i poddana nakrapianiu wodą zimną ciąglemu przez 6 tygodni. W tym czasie rozwinęły się dopiero mocne i silne objawy, z towarzyszeniem obfitego ropienia około stawu i w górnej części przedudzia. Ciepłe okłady, zupełna nieporuszalność kończyny i liczne nacięcia ocaliły chorego, po wydaleniu dwóch odpadków (sequestra) z niższej części kości goleniowej, wielkości franka.

Dnia 25 listopada 1862 roku stan chorego był następujący: Blizna, szerokości 3, a długości 10 centymetrów, twarda i stała, zajmuje miejsce cięcia potrzebnego do wykonania operacyi, regularne zakłęśnienie zajmuje dawniejszą wyniosłość kostkową, dwie bardzo małe rany przetokowate (plaies fistuleuses) znajdują się na powierzchni linii pośredniej stawowej goleniowo-skokowej, z których co dwa lub trzy dni wydziela się łyżeczka ropy. Z przodu i tyłu kostki wewnętrznej znajdują się ślady dwóch nacięć, przez które sekwestry były wyjęte. Staw sam nie jest obrzmiałym. Istnieje niezupełne stężenie stawu stopy (ankylosis) pozostałej pod kątem prostym do przedudzia i lekko wygiętej ku zewnątrz; co daje dowód, że odjęcie końca dolnego kości piszczelowej (fibula) nie zmusza do resekcyi kości goleniowej, z którą stopa zachowuje prawie prawidłowy związek. Palce są we właściwém położeniu, to jest na jednej powierzchni ze stopą, lecz nie mogą być podniesione ku górze, a szczególnie palec wielki (1).

(1) Gdy w powyższym przypadku odeszły z kości goleniowej dwa sekwestry, nastęcza się pytanie, czyli zmiany w kości piszczelowej nie były także skutkiem sprawy zapalnej? — a to tém bardziej, że sam wypadek drobnowidowego śledzenie masy zawartej w obrzmienu kostki zewnętrznej jeszcze nie wystarcza dla zupełnego usunięcia wątpliwości. *Red.*

4. Na następném posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego p. Demarquay przedstawił *torbiel jajnika*, zawierający kości całkiem wykształcone, oraz zęby, pochodzący z kobiety w wieku około 53 lat zmarłej na chorobę sercową, u której przekłócie pozwoliło poprzednio wydalić od 10 do 12 kwart płynu. Torbiel był wielkości głowy, na powierzchni można było dostrzedz włókna, któremi był zrosnięty ze sąsiednimi narządami; szypułka miała od 8 do 9 centymetrów długości. Wewnątrz znajdowała się wielka ilość tłuszczu, a w ścianach miejsca twarde, włókniste, sterzące na wewnątrz, w niektórych zaś miejscach skostniałe, lub też rzeczywiste spłaszczone kości, z pozorem żeber u dorosłych, długie od 12 do 15 centymetrów, szerokie 2 do 3 cent. W sąsiedztwie tychże, pięć zębów sterzało ku jamie torbielowej, zupełnie wykształconych, objętości zębów nacinających lub kłów, do których kształtem zewnętrznym się zbliżały; otoczone one były błoną wewnętrzną torbiela aż do szyjek, połączone zaś z kośćmi za pomocą więzów włóknistych. W torbielu znajdowała się mała ilość płynu gęstego, żółtawego i kłębek włosów pogmatwanych bardzo cienkich, pływający wolno w płynie (1).

5. P. Sales-Girons w Towarzystwie balneologiczném w Paryżu przedstawiał korzyści z zastosowania swego aparatu rozpylającego (pulvérisateur) do kąpiei ogólnych, utrzymując zarazem, że tym sposobem zastosowane wody mineralne, a mianowicie ich części składowe, mogą być wessane do ciała, gdy fizyologia doświadczalna zaprzeczyła wessania części lekarskich przy kąpielach. Używał tenże do swych doświadczeń wody morskiej. Analizę chemiczną dokonywał p. Réveil. Mocz przed kąpielą rozpylającą, do której użyto 500 grammów soli i cztery kwarty płynu, zawierał 1,25 grm. NaCl; po kąpiei 3,37, a zatem o 2,2 grm. więcej; w półtorzej godziny po kąpiei 2,05 grm. Autor utrzymuje, że, używając do takiej kąpiei wody morskiej lub słonój, osiągnionoby oprócz wessania części składowych jeszcze i skutek z wody zimnej.

(1) Czy nie był to szczątek ciąży pozamacicznej? *Red.*

5. a. Kiedy u nas *szczepienie ospy ochronnej* u ludu napotyka na ciągłe trudności i dotychczas nie dało się skutecznie zabobonną niewiary w jej skuteczność i nieszkodliwość wykorzystać, Arabi Algeryi z chciwością chwycili się tego dobroczynnego środka, jak p. Arronssohn w *Gazette médicale de l'Algérie* opisuje. O sześć mil i dalej poprzywozili dzieci wśród skwaru pustyni, by pod cieniem drzew oazy oczekiwać dobroczyńcy przynoszącego im zdobycze sztuki lekarskiej; 850 dzieci zaszczepionych w ciągu pięciu dni, a 510 w przeciągu 36 godzin, najlepszym są dowodem chęci korzystania z tego dobrodziejstwa.

Z prac pp. Commenge, Cauteermann i t. d. wynika, że rewakcynacja tém lepiej się udaje, im bardziej się oddala od dziecięcego wieku, a mianowicie między 18. a 60. rokiem życia, z kądem wskazanie, aby podczas panującej epidemii w tym wieku rewakcynować, a przykłada się to do szybkiego zniesienia epidemii, jak to miało miejsce w Nantes i Bordeaux.

6. Na posiedzeniu w dniu 13 stycznia b. r. K. Towarzystwa medyko-chirurgicznego w Londynie p. Dix czytał o *ucisku drótem żelaznym w miejsce podwiązania tętnic*. Jest to zmiana metody prof. Simpsona z Edynburga, który używał w tym celu igieł, a czynność tę nazwał: „acupressura.“ Przytoczywszy kilku pomyślnych przykładów, autor zastanawia się nad wyższością drótu, a mianowicie, że podwiązanie zwyczajne nitką jedwabną nie pozwala na zabliznienie bez ropienia (per primam intentionem), gdyż jedwab' stanowi niejako miniaturową zawłokę i wznieca ropienie, a przewiązany kawałek tętnicy tym tylko sposobem oddziela się. Prócz tego tętnica oddziela się od powłok, a ściany jej bywają obrażone i zgniecione; węzeł od podwiązania przy wyciąganiu obraża brodawkowanie, a często pierwej bywa nitka przerwaną, nim się oddzieli. Drót zaś nie sprawia drażnienia, ani nie wbudza ropienia tak w częściach przyległych, jak i w tętnicy; może być wyjętym w każdym czasie bez bólu prawie i bez wpływu na ranę; nie może za wcześnie się odłączyć, ani też wyrzucić ucisku szkodliwego na nerw w pętlicy się znajdujący. — Wykonywa zaś podwiązanie autor w sposób następujący: bierze sześć do ośmiu

cali długi kawałek chirurgicznego drótu i przewleka każdy koniec przez prostą igłę. Uchwyciwszy naczynie szczypczykami, przeprowadza po obu stronach tętnicy dróty o ile można najbliżej, mniej więcej na 1" odległości ponad miejscem ujętém przez szczypczyki, w prostym kierunku ku dołowi płatu na powierzchnię skórną tak, aby na pół cala od siebie wyszły (1). Ściąga je tak, aby ucisnęły tętnicę na powierzchni płatu, potem odcina igły, szczypczyki oddala, a pomiędzy punktami wyjścia drótu na skórze umieszcza korek do tego przystosowany i następnie skręca drót coraz bardziej, dopóki krwawienie nie ustanie; poczem w końcu nadmiar drótu odcina się. Dwie a nawet więcej tętnic leżących obok siebie mogą być w jedną pętlicę ujęte wraz z żyłami lub z pomięciem tychże. Drót powinien być jak najmniejszy i najcieńszy; igły zaś około trzech cali długie, proste i trójkańczaste z uszkiem zastosowaném do drótu. Szczególniejszą uwagę zwrócić trzeba, aby drót nie pogmatwał się lub nie skręcił, a szczypczyków nie używa się w celu wyciągnięcia naczynia, jak przy podwiązywaniu, ale w celu oznaczenia kierunku i przebiegu tętnicy (2); korek zaś służy dla uchronienia skóry od ucisku. Wyjęcie drótu następuje w również łatwy i prosty sposób: odcina się drót tuż przy brzegu korka i wyprostowuje skrzywienie utworzone przy wyjściu ze skóry. Wyjmuje się następnie korek i końcem palców wywiera się ucisk na płat, robiąc lekkie i stopniowe naciągania drugiego końca drótu: gdyż nieostróżne ciągnięcie mogłoby zniszczyć zrośnięcia istniejące pomiędzy płatami, a nawet zdarzyłoby się mogło,

(1) Autor w opisie swym miał tu na myśli podwiązanie tętnicy po odjęciu kończyny (amputacji). *Red.*

(2) Według twierdzenia kol. Korzeniowskiego, który w roku przeszłym w lecie widział takie podwiązki („ansae haemostaticae“) zakładane po amputacjach przez prof. Langenbecka w Berlinie, utrata krwi przy ich zakładaniu ma być znaczna. Pamiętać jednak trzeba, że jest to całkiem nowy sposób podwiązywania; spodziewać się więc można, iż z większą wprawą trwanie samego działania będzie krótszém, a przeto i niebezpieczeństwo krwawienia podczas tegoż mniejszém. *Red.*

że drót zagięty uszkodziłby tętnicę, przechodząc ponad nią; lubo przy pewnej oględności łatwo tego można uniknąć. Co się zaś tyczy czasu wyjęcia, to jako ogólne prawidło postawić wypada, aby w jakibądź sposób nie drażnić rany przez pierwsze 24 do 48 godzin, przy końcu którego czasu wszystkie dróty z naczyń drugorzędnych z pewnością wyjąć można, a nawet i z wielkich, lubo dla ostrożności jak *np.* przy tętnicy udowej nie robi się tego jak przynajmniej po upływie trzech do czterech dni.—Dotychczasowe opisy użycia stosują się do amputacyi, lecz w jednym przypadku po wycięciu jądra użyto też dwóch drótów i czwartego dnia można je było wyjąć; a przy wycięciu piersi (sutka) użyto trzech drótów i we 24 godzin takowe wyciągniono. Rana w ostatnim razie około sześciu cali długa zagoiła się szybko i prawie bez ropienia. W końcu autor powyższy sposób użycia przykładami na niektórych pojedynczych naczyńkach objaśnił.

7. W Towarzystwie zaś medyko - chirurgiczném zachodniém p. *C a h i l e* czytał *o nowym sposobie tamponady nosa przy krwotokach*. Używa on do tego kawałka suchej ugniecionej gąbki około dwóch cali dłuższej, któraby po podstawie jamy nosowej z łatwością przejść mogła; przez środek gąbki przechodzi podwójna nitka mocna. Gąbkę tę na zgłębniku lub lepiej na żeńskim cewniku (katheter) wprowadza się w tylne otwory nosa, nitkę wyciąga na zewnątrz, a gąbkę na poprzek pozostawia, ta nasiąkając pęcznieje i w ten sposób tylne otwory nosa zatyka, gdy po wyprowadzeniu nitek i rozdzieleniu ich przedni otwór nosa watą się zatyka. Wyjęcie gąbki z łatwością się skutecznia, wypychając ją do połyku i tym sposobem przez usta wydostając.

8. *P. R y s z a r d C o t t o n*, lekarz Szpitala suchotników i chorób piersiowych Brompton, od kilku lat systematycznie na danęj liczbie chorych bez wyboru żadnego probuje wielu środków lekarskich w *suchotach gruźliczych*; pomiędzy innymi teraz używał półtorachlorku żelaza. Z 25 chorych było 8 mężczyzn, a 17 kobiet. Z tych 11 było w pierwszym, 4 w drugim, a 10 w trzecim okresie choroby; przypadki wszystkie były zwyczajne, bez żadnego szczególnego powikłania lub

następowych cierpień, któreby osobnego leczenia wymagać mogły. Dawka wynosiła 10 do 15 kropel *Tinct. ferri sesquichlorali*, podawanéj w wodzie dwa do trzech razy dziennie w przeciągu czasu od trzech tygodni do 4ch miesięcy. Niektórzy chorzy dostawali równocześnie tran. Dwunastu chorym bardzo znacznemi się polepszyło, pięciu niewiele, a ośmiu nie doznało żadnego skutku. Z pomiędzy tych 17 z mniejszém lub większém polepszeniem 10 nie brało zupełnie tranu, lubo późniejsze doświadczenia dowiodły, że połączenie tych dwóch środków bardzo dobrze działa. Tenże lekarz, przepisując często ten środek, to jest chlornik żelaza suchotnikom tak w szpitalu jak w praktyce prywatnéj, nigdy nie widział żadnego złego następstwa, a mianowicie ani krwotoku ani innego czynnego objawu. Przeciwnie nawet w krwotoku biernym jest on doskonałym lekiem, gdy często zmniejsza wydzieliny zwiększone, czyto skóry czy błon śluzowych. Doświadczenia swe zakończy następującemi wnioskami: 1) Ze żelazo jest bardzo ważnym środkiem w suchotach (phthisis), a może najważniejszym ze wszystkich dotychczas używanych, 2) że ze wszystkich preparatów żelaznych najlepszym jest rozczyn półtorachlorku żelaza, gdyż jego ściągające własności dają się zastosować do przypadłości takich chorych.— Obawa dawno zakorzeniona, obawa krwotoku, który po użyciu ma nastąpić, stanowi główną przyczynę, dla czego żelazo w gruźlicy nie wchodzi w obszerniejsze użycie. Pytam się, czemu przypisać zbawienne skutki wód Szczawnickich i zupełny brak krwotoków przy ich użyciu, jeżeli nie żelazu, które się w nich znajduje? bo dla czegoż chorzy w Salzbrunn częste miewają krwotoki, tak, że lekarze zdrojowi tamtejsi nie pozwalają zwykle w gruźlicy picia wód Salzbrunńskich i ograniczają się tylko na dawaniu żętycy (1). Wiedząc dobrze, że gruźlica rozwalnia tkaniny, już to w skutku miejscowych zmian, już też w następstwie schorza-

(1) Chłodny i zmienny klimat w Salzbrunn, panujące tam często wiatry, oto podobno główna przyczyna złego wpływu kuracyi tam odbywanéj na przebieg gruźlicy płucnéj. *Red.*

łości ogólnej, nie można się dziwić, jeżeli żelazo, jako środek wzmacniający i nadający tkankom tęgość, wstrzymuje krwotoki w takich razach, tudzież poty. Sam zapisywałem jodek żelaza w małych ilościach w gruźlicy z dobrym skutkiem.(1).

9. P. Tilbury Fox czytał na posiedzeniu Towarzystwa położniczego w Londynie o *wplywie zdrowia matek na wywiązywanie się krzywicy* (rachitis), rozbierając patologiczne zmiany téjże najprzód, z których pokazało się, że główną cechą choroby jest brak soli wapiennych we wczesném odżywianiu, a mianowicie, że dotykalną przyczyną jest obecność miesiączki podczas większego okresu karmienia. Dołączył do tego tablicę z przykładami objaśniającemi; a w największej części przypadków z badań tegoż wykazało się, że gdzie tylko miały matki miesiączkę podczas karmienia, dziecię miało krzywicę, dopóki sztucznie nie było karmioném zawierającym materyał kościotworczy pokarmem, a stopień krzywicy zawsze był w prostym stosunku do stopnia i rozmiarów tak co się tyczy częstości jak i trwaniu miesiączki. Porównując rozbiory S i m o n a z jednéj, Becquerela i Vernois z drugiejj strony, wykazuje się, że mléko u matek miesiączkujących ma pomniejszony procent soli, a w ten sposób odżywianie dziecięcia jest niewystarczającém i w większej liczbie przypadków przyczyny krzywicy w tém szukać należy. Daléj zastanawiał się autor nad różnemi pokarmami, kończąc wzmianką, że przedmiot ten wziął pod uwagę raczéj jako wy-

(1) *Nil novi sub sole*: przeciwko téj prawdzie nie tak łatwo jest znaleźć dowód w terapii choroby tak morderczéj, jak gruźlica. Począwszy od Griffitha, którego *mixtura antihectica* (r. 1776) oprócz mirry zawiera żelazo jako główną część składową, (Praxeos medicae universae praecepta. Auct. Josepho Frank. Partis II. vol. II, sect. I, pag. 639—640. Lipsiae 1823) wielokrotnie aż do najnowszych czasów zalecano w gruźlicy przetwory żelazne, które też szczególniejj wskazane są u suchotników anemicznych. Zdaje się jednak, że p. Rich. Cotton zbyt bezwzględnie wygłasza bezpieczeństwo od następowych krwotoków płucnych przy użyciu tych przetworów. Red.

wołujący badania bliższe, twierdzeń zaś swoich nie uważa za niezbite (1).

10. W przeglądzie z grudnia umieściłem wiadomość *o działaniu ciemierzycy zielonej* (*Veratrum viride*) (2); w dalszym ciągu przedstawiam przypadek otrucia uważany przez p. Edwards. Dnia 18 grudnia p. r. został on wezwany do chemika, który sposobem doświadczalnym użył drachmę namiczu tego leku. Zastał go wymiotującego, z twarzą zmienioną i zapadłą, skórą zimną, pokrytą obfitym lepkiem potem, tętnem prawie niedostrzegalnym. Chory skarżył się na mocny ból w dołku sercowym. Części wyrzucone składały się najpierw z resztek wziętego pożywienia, a następnie ze śluzu ciągnącego się. Półtoręj uncji wódki natychmiast podanej wstrzymały wymioty, następnie przeniesiono chorego przed kominiek; pomimo to szczególnie odnogi były zimne, pot lepki trwał dalej, tętno było słabe, niewyraźne, nieregularne, 44 uderzenia na minutę. Podano Spir. aether. sulf. comp. drachm. $\frac{1}{2}$ ammon. aromat. drachm. 1, lecz zaraz zwomitował, gdy podaną następnie wódkę zatrzymał. Duży gorczycznik przystawiono na żołądek i ciepłą kamionkę w nogi. Dwa albo trzy usiłowania zwomitowania nastąpiły, a raz lub dwa zrzucił nieco pokarmu, śluzu i małą ilość krwi. Zwolna ciepłota ciała wracać zaczęła i tętno zyskiwało na mocy i objętości. Podawano w krótkich odstępach wódkę, a po godzinie drugą dawkę wyżej wymienionego leku. Chory usnął, a przebudził się po kwadransie z wyrażeniem, że się czuje zupełnie dobrze. Rozwolnienia zupełnie nie było. Dwa lub trzy razy lekko objawy wróciły, nie spał w nocy, a następnego dnia czuł tylko przykrość po gorczyczniku i osłabienie mięśni z powodu mocnych wymiotów.

11. Ciekawym pod wielu względami jest opisany przez p. Alvera Branio *przypadek podwiązania tętnicy szyjnej* (carotis) z powodu wzięcia tętniaka tętnicy kręgowej (a.

(1) Rzecz ta wydawałyby się nam dość wątpliwą, choćby już z uwagi na to, jak często a nawet pospolicie się wydarza karmienie pomimo miesiączki, gdyż przeciwnie krzywica nie jest tak pospolitą chorobą. Z resztą ścisłejsze badania niechaj rozstrzygną tę wątpliwość. *Red.*

(2) Pam. T. L. W. Tom XLVIII, str. 394.

vertebralis) za tegoż szyjnej. Robotnik, lat 29 liczący, w listopadzie 1861 r. został uderzonym blisko uszka ucha lewego i tamże zaczęło się tworzyć małe obrzmienie, w skutku którego przyjętym został do szpitala Sgo Józefa w Lisbonie dnia 19 września 1862. Obrzmienie to zajmowało bez najmniejszej zmiany barwy skóry lewą stronę szyi od uszka ucha aż do punktu 4 do 5 centymetrów ponad obojczykiem położonego, a tętnica główna szyjna zboczona przechodziła aż ku środkowi szyi. Obrzmienie to było miękkie, sprężyste i dawało czuć słabe tętnienia jednoczesne z tętnem, a które przy ucisku tętnicy szyjnej zmniejszały się, tak, że dla braku ruchów rozszerzających i szmeru uważano je z początku za ropień; przy ściślejszém badaniu jednak zgodzono się na tętniaka tętnicy szyjnej, lub której z jój gałęzi. W skutku tego, dnia 26 zrobiono podwiązanie téjże w odległości 4 do 5 centymetrów nad obojczykiem, lecz nie wstrzymało to tętnienia guza. Wieczorem chory niespokojny; dnia 30 następuje porażenie lewój strony twarzy z silnym bólem w ramieniu, które nazajutrz porażoném zostało. Obrzmienie powiększało się nagle, tak, że dosięgało prawie obojczyka; bezdech, prawdopodobnie w skutku ucisku na krtań powstały, zakończył nić życia dnia 12 października.—Przy oględzinach pokazało się, że worek tętniakowy zawierał około 1200 gramów krwi płynnej i skrzepłej, i łączył się z tętnicą kręgową jednym otworem rozmiaru przecięcia tętnicy przy przejściu pomiędzy drugim a trzecim kręgiem szyjowym; jakoteż, że część wyższa tętnicy łączyła się bez przeszkody z tętniakiem i z tętnicą kręgową strony przeciwnój, jak tego wstrzykiwanie dowodziło.

12. P. Espinosa w *Siglo medico* zachwala ponownie wilcza jagodę (Belladonna) jako skuteczny środek przy nie-*możebności zatrzymania moczu* (incontinencia urinae); podaje tenże 5 centigramów ($\frac{1}{3}$ grana) w 15 grammach (blisko pół uncyi) syropu przed wieczorem, lub tę samą ilość co 2 godziny od południa aż do położenia się do łóżka.

P. Scarenzio zaś w *Annali univ. di medicina* potwierdza *własności przeciwkuciowe* (anaphrodisiaca) bromku potasu, który z najlepszym skutkiem podawał choremu, 26 lat

liczącemu, cierpiącemu od 8 miesięcy na dokuczliwy priapismus następowy po wieczorze, gdy ten ostatni zupełnie ustał. Podawał z początku 2 grammy (32,2 grana) a powoli doszedł do ośmiu grammów.

13. P. Gruber na posiedzeniu z dnia 12 stycznia Kolegium doktorskiego we Wiedniu mówił o *próchnieniu kości skroniowych*, które nie jest tak rzadkiem, gdy w ciągu roku autor uważał 13 przypadków, z tych 7 śmiercią się ukończyło. Objawy były różne w miarę wieku chorych: u dzieci wychodzą one z części środkowych ucha, a mianowicie, zapalenia ucha (otitis) i przedziurawienie błony bębenkowej, jakoteż ropnie po za uchem; brodawkowanie pokrywa często miejsca spróchniałe, utrudniając zgłębnikowanie, lubo do ważnych wskazówek należy nasiąk części otaczających, a szczególnie gruczołów. U dzieci przeważnie objawy są groźne, lubo czasem ropienie następuje bez żadnych poprzednich objawów, a często towarzyszy powierzchowna zgorzelina (necrosis) kości skroniowych.—Przeciwnie u dorosłych zaczynają się te cierpienia od zapalenia przykostni (periostitis.) Zakażenia (dyscrasiae), mianowicie gruźlica i kiła (syphilis) są uspasabiającemi, gdy uderzenia wywołującemi przyczynami.—Próchnienie to (caries) może zajmować wszystkie części kości, lubo najczęściej napotyka się w wyrostku sutkowym, a najrzadziej w całej kości skroniowej. Zwykle towarzyszy czerwonosc i wypryski (eczema) muszli usznej, a ta nawet niekiedy jest pod kątem prostym do tyłogłowia nachylona. Nasiąk części miękkich i gruczołów, rzadko przyusznego i migdałów, nie zawsze jest w prostym stosunku do ciężkości choroby.—Dopóki ślimak jest zachowanym, słuch zupełnie nie znika. Porażenia i zmniejszenie czułości następuje głównie z powodu ucisku i opuszczenia się ropy. Porażenie nerwu twarzowego tłómaczy się związkiem tegoż z n. słuchowym i toż postępuje zwykle z góry ku dołowi. Szpara powiek nie może być zamkniętą i dla tego gałka oczna w części odkryta.—Jako rozpoznawcze znaki podaje: naciek gruczołów, ropnie wylewające się do przewodu ucha zewnętrznego, drobnowidowe badanie ropy w celu wykrycia małych części kostnych.—W leczeniu zaś zaleca: utrzy-

manie otwartej trąbki Eustachiego, kateteryzacją tejże, wstrzykiwania ściągające i płókania gardła, nawet wstrzykiwania przez nos, a przeciw porażeniu żelazo rozpalone.

14. Kollegium doktorskie we Wiedniu i Towarzystwo lekarskie w Dublinie zajmują się czynnie zaprowadzeniem i wykonaniem projektów Zjazdu między-narodowego lekarskiego dotyczących się zaprowadzenia kontroli śmierci i przyczyn téjże w pewnym danym porządku, iżby potem wykazy te do prac statystycznych posłużyć mogły. Czy pomysły te znajdą poparcie władzy i dadzą się w zupełności zaprowadzić, to przyszłość pokaże, a jednak urzeczywistnienie tego projektu wszędzie jest bardzo ważnym punktem, na który uwagę i u nas zwróciłyby należało.

15. Anormalny stan, jaki panował w Szwajcaryi, został w końcu zniesiony. Lekarze bowiem choć jednego kraju, ale przenosząc się z jednego kantonu tylko do drugiego, byli zmuszeni na nowo składać egzamina. Obecnie po porozumieniu się Rad kantonowych stan ten chorobliwy, gdyż inaczej go nazwać niepodobna, w prawodawstwie krajowem zmienionym został, tak, że lekarze w jednym kantonie upoważnieni, do innych według woli swój przenosić się mogą.

16. Towarzystwo lekarskie w Pradze zajmuje się obecnie urządzeniami co się tyczy lekarzy gminnych, które myśli przedłożyć krajowemu sejmowi. P. Löschner przedstawił projekt, który zgromadzenie przyjęło; nie wchodzę w bliższe szczegóły tego ważnego punktu, ale ciekawych odsyłam do Nr. 7 tegorocznego *Przeglądu lekarskiego krakowskiego*, z kądzaczerpnąby można niektórych poglądów naszych czeskich kolegów, mianowicie też przy przewidywanéj u nas reformie służby zdrowia.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 21 stycznia 1863 r.

(Prezes p. Ludwik Natanson.)

Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

Prezes okazał nadesłane z Kowna rośliny, używane przez lud jako środki przeciw wściekliwości, a mianowicie: *Gentiana cruciata* (Goryczka krzyżowa Jundz.), *Astragalus virgatus* (Traganek J.) i *Samolus valerandi* (Żyleniec błotny J.). Okazy te w bibliotece Towarzystwa zachować postanowiono.

P. Brodowski przedstawił nerki trzech chorych zmarłych na chorobę *Brighta*, a mających równocześnie przerost serca i mówił o związku téj ostatniej zmiany z chorobą nerek. Na stosunek ten już sam Bright zwrócił był uwagę, ale go nie wytłómaczył. Traube, kładąc przycisk na przerost *komórki lewej* serca w chorobie Brighta, wyprowadzał takowy przerost z powiększonego bocznego ciśnienia i w ogóle zmnożonych przeszkód w krążeniu w skutek zaniku naczyń nerkowych. Przeciwno temu zarzucano, że odjęcia członków, podwiązywanie wielkich tętnic, a nawet tętnicy nerkowej nie wywołują podobnego skutku. Przeciwnicy Traubego odwracali nawet jego twierdzenie, utrzymując, że nie choroba nerek jest przyczyną wady serca, lecz przeciwnie jest następstwem wady serca: jednakże pamiętać trzeba, że Traube nie mówił o tych przypadkach, gdzie przerostowi towarzyszą wady zastawek, ale tylko o przerście serca bez innych wad. Bamberger, występując

również przeciw Traubemu, wskazywał na równoczesny przerost *prawej komórki* serca, co się ze stanowiska Traubego nie da dostatecznie wytłumaczyć. Pan Brod. z początku sądził, że główną tu rolę gra ogólna wodnica (hydrops universalis), przez ciśnienie, jakie wywiera na naczynia włoskowate przeciwko temu objaśnieniu przemawiają jednakże niezaprzeczone przypadki choroby Brighta bez puchliny, pociągające wszakże za sobą przerost serca. Obecnie p. Brod. jest zdania, że białkomocz (albuminuria), będący stałym przypadkiem choroby Brighta, dostatecznie tłumaczy powstawanie przerostu serca, albowiem przez znaczny ubytek białka krew traci swą spoiłość, swą śliskość, przez to zaś powiększa się przyciąganie krwi do ścian naczyń i utrudnia obieg krwi.

Po dyskusyi, w której brali udział *Prezes, Sekretarz stały* i p. Sciborowski, Towarzystwo postanowiło odesłać tę kwestyą do Sekcyi fizyologicznej, skoro ta już będzie ukonstytuowaną.

P. Neugebauer odczytał opis wykonanej przez siebie z pomyślnym skutkiem operacji odjęcia guza kalaflorowatego części pochwowój macicy za pomocą żaru elektrycznego i przedstawił kolegom odjęty guz.

P. Helbich zwracał uwagę na rzadkość t. zw. guzów kalaflorowatych w ogólności i jako cechy takiego nowotworu podawał: wyrastanie z wewnętrznej powierzchni macicy i liczne rozgałęzienia włókien, z wązkiej podstawy wyrastających. Co do guza przedstawionego przez kol. Neug., sądził, że to jest po prostu skir, który się pokrył brodawkami.

P. Brodowski przypomniał, że nazwisko „guz kalaflorowaty“ odnosi się tylko do zewnętrznej postaci i oznacza najrozmaitszej natury nowotwory, które jednakże powstawać mogą zarówno z zewnętrznej jak z wewnętrznej części macicy. Guz okazywany przez kol. Neug. w samej rzeczy zbyt jest twardy i za mało ma strzępków i rozgałęzień, ażeby go nazwać guzem kalaflorowatym. Być może, iż jest to kandroid: ostatecznie rozstrzygnąć mógłby tylko drobnowid.

Vice-prezes (p. Dorantowicz) złożył dziełko p. n. „Nauka przeciwko ospie dzieciinnój“, będące przekładem z niemiec-

kiego, wydane w Warszawie w r. 1774 z rozkazu Marszałka W. K. księcia Stanisława Lubomirskiego, a zawierające szczegóły o praktykowaném podówczas szczepieniu ospy naturalnej. Wspomniał nadto p. Dorantowicz o 6 przypadkach, w których *in stadio incubationis* szczepił ospę ochronną, a przebieg ospy był łagodny.

P. Langowski mówił, że gdy w r. 1846 w czasie panowania ospy naturalnej, szczepił ospę ochronną na wsi i w Warszawie, takowa nie przyjmowała się.

P. Helbich opisał kilka przypadków ospy, w których powstały wydatne grudki na skórze, lecz te następnie posiniały i stopniowo poznikały, nie rozwinąwszy się do stopnia krost.

Prezes upatrywał w tém tylko jedną z licznych form przechodnich i poczytywał to za nowy dowód przeciwko teorii zupełnej odrębności ospy od waryoloidów, bronionej przez kol. Helbicha. W końcu opowiedział niedawny przypadek, w którym wysypka syfilityczna wzięta była przez niejaki czas za poczynającą się ospę.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 3 lutego 1862 r.

(*Prezes p. Ludwik Natanson*).

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

Złożono dla biblioteki Towarzystwa:

Dr. K. Rosé, o tonie i szmerze diastolicznym serca. (Odb. z T. XLIV. Pamiętnika T. L. W.) w 8ce, str. 36.

Prezes zawiadomił o zatwierdzeniu dorocznych wyborów Towarzystwa przez Komisją Rządową Spraw Wewnętrznych.

Nadto, doniosłszy, że do projektowanej w Towarzystwie Sekcyi położnictwa, gynecologii i chorób dziecięcych zapisało się 18 członków Towarzystwa, do Sekcyi chorób zewnętrznych i syfili-dologii 13 członków, wreszcie do Sekcyi fizyologii i nauk po-mocniczych 11 członków, zaproponował zwołanie na następny wtorek Sekcyi położniczej, na co się zgodzono.

P. B r o d o w s k i zdał sprawę z mikroskopowego bada-nia guza części pochwowój macicy, o odjęciu którego żarem elektrycznym doniósł był p. N e u g e b a u e r na poprzedzają-cém posiedzeniu. Z badania tego pokazało się, że było rak, (carcinoma) przeważnie złożony z komórek jużto okrągłych, dużych, z jądrami dużemi okrągłemi lub owalnemi, pojedyn-czemi lub po kilka w jednej komórce, z jąderekami świecącemi, jużto z komórek wrzecionowatych. Podścielisko z tkanki łącznej im bliżej podstawy, tém grubsze przedstawiało pęczki; ku po-wierzchni zaś w większej ilości znajdowały się komórki pod-padające stłuszczeniu. P. B r o d o w s k i znalazł nawet w tkan-ce łącznej między pęczkami mięsnemi, w bliskości przecięcia żarem sprawionego, zarodki nowotworu rakowatego i każe się z tego powodu obawiać powrotu choroby. Przy téj sposo-bności zwracał p. B r o d o w s k i uwagę kolegów na ogniskowe rozszerzanie się nowotworów, któreto ogniska, otaczające głów-ny guz, częstokroć są tak drobne, że gołém okiem dostrzedz się nie dają. Wynika ztąd dla chirurgów przestroga, aby przy oddalaniu guzów nie szczędzić otaczających tkanek niby zdro-wych.

P. C h w a t nadmienił, że chirurgowie, jakkolwiek radzi trzymać się tego przepisu, nie zawsze są w stanie do niego się zastosować z powodu okolicznościowych warunków miej-scowości danego nowotworu.

P. N e u g e b a u e r. Chora, o której dopiero co była mowa, przez 1sze pięć dni po operacyi dobrze się miała. Dopiero dnia 25 stycznia (5. po operacyi) nastąpiło krwawienie krwią ja-sną (w skutek oddzielania się strupa), które jednak ustało. Następnie wydzielina z części płciowych była ropiasta, bar-dziej surowicza. Dnia 1 lutego chora wstała z łóżka, a przy wysileniu (wskoczeniu na krzesło) nastąpił powtórny krwotok,

tą razą ogromny, który chorą nadzwyczaj wycieńczył, lubo dał się zatamować w prowadzeniu tampona z waty zmoczonego w roztworze półtorachlorka żelaza. (Liq. ferri sesquichlorati).

O dalszym przebiegu choroby nie omieszka kol. Neugebauer donieść na następnym posiedzeniu.

P. Helbich odczytał rozprawę p. n. „*Opis kilku chorób jajnika.*“

Dyskusją nad tym przedmiotem do następującego posiedzenia odłożono.

W końcu posiedzenia p. Konitz odczytał sprawozdanie z monografii Dra Jakoba v. Heine p. n. „*Spinale Kinderlähmung.* Stuttgart 1860. (Cotta)“

Od Redakcyi.

Uwaga. Umieściwszy w tym poszycie naraz dwa numera *Kroniki zagranicznej*, których wcześniejsze ogłoszenie z przyczyn od nas niezależnych opóźniło się, brakiem miejsca zmuszeni jesteśmy odłożyć do następującego poszytu Pamiętnika przygotowane już do druku Wyciągi z pism peryodycznych zagranicznych, tudzież Krytyki i Przegląd pism czasowych krajowych.

Cel i dążność sekcij utworzonych w gronie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, nie spuszczając z oka pierwotnego celu swego zawiązania, to jest wzajemnego oświecania się praktycznego w zwyczajnych posiedzeniach dwutygodniowych, dla gruntowniejszego uprawiania całej nauki medycyny utworzyło w swém łonie trzy sekcye:

- 1) sekcją anatomii, fizjologii i nauk przyrodniczych;
- 2) sekcją chirurgiczną, oftalmologiczną i chorób wenerycznych;
- 3) sekcją gynecologiczną i chorób dzieci.

Każda z tych sekcij, niezawisłe od zwyczajnych, raz na miesiąc odbywać ma posiedzenia.

Pomimo, że jesteśmy zdania, iż ze stanowisku nauki nie można *dzielić* medycyny na rozmaite specjalności, gdyż te się raczej nawzajem uzupełniają, i że zbytne rozkawalenie nauki jest nawet dlań niebezpiecznym; musimy jednakże przyznać, że obszar nauki naszój jest tak wielki, iż podział powyższy dla staranniejszego badania jest nader korzystnym. Za tém przemawia z jednéj stro-

ny prawo natury, którego wyjątki bardzo są rzadkie, stawiające umysłowi ludzkiemu pewne nieprzeparte granice; a z drugiej bogate plony w nowoczesnej literaturze lekarskiej nagromadzone. I tak na przekor usiłowaniam nauki złączenia rozmaitych specjalności w jedną całość, ona sama dzieli się na różne gałęzie, a lekarze praktyczni na specjalistów.

Nie mamy tu na myśli specjalistów dawniejszych czasów, kiedy ten tylko robił operacją kamienia, ów li kataraktę zdejmował, inni znów nie mieli wyższego zadania nad wyciąganie płodu (*embryon helkein*), ani też uważamy za godnych naśladowania obecnych tak zwanych specjalistów leczących *np.* li tylko choroby dróg moczowych, to jest wykonywających lithotripsią, albo zajmujących się wyłącznie chorobami piersiowemi; chociaż przyznać należy, że nic tak nie sprzyja nauce, jak sumienne studia ludzi zdolnych nad wielką klasą zбочzeń chorobowych. Dają one niezaprzeczoną większą pewność w rozpoznawaniu i w sądzie o środkach leczenia. Idzie tylko o to, żebyśmy w końcu nie wpadli w ekscentryczność amerykańską utworzenia naprzykład egzystującej tamże agencji lekarzy, z których jeden perkutuje, drugi auskultuje, trzeci oznacza położenie serca i t. d.; a tak jeden chory przez kilka przechodzić musi rąk, nim odbierze przepisaną radę.

Powyzszy przeto dział nauki jest sprawiedliwy i praktyczny; a lekarzowi biegłemu w praktyce i któremu cały obszar medycyny nie jest obcy, nie dziwić się, iż w wykonaniu praktycznym nabytych swych wiadomości i mechanizmu głównie się oddaje i z zamiłowaniem jednej lub drugiej gałęzi szczegółowej.

Od tysięcy lat ludzie wybrani pracowali koło naszego gmachu, każdy wiek przyniósł swą cegłę, aż w końcu przekonano się, iż prawdziwy postęp nauki tylko możliwym jest na zasadzie badań anatomiczno-fizyologicznych. Pracownicy w tym kierunku dobrze się przysłużyli nauce, bo doświadczeniem doszli do wiekopomnych odkryć. I tak począwszy mianowicie od 16go wieku, w którym anatomia rzecz można prawdziwy bierze początek, widzimy ciągłą, nieustającą w szczegółowych faktach postęp. Były wprawdzie głosy zarzucające, że tym badaczom widzącym tylko pojedyncze części zbywa na duchu potrzebnym, któryby obejmował zdrowe i chore życie w jego całości. Ale tak jak w historii ludów i nauk, pomimo ciągłej dążności do nowych rozwojów i zbliżania się do prawdy, powtarzają się odwieczne wielkie idee, które poruszyły ludzkość i zrewolucjonizowały świat: tak też i wielkie ogólne idee panujące naprzemian w nowszych czasach w medycynie są tylko echem tych, które już i w najdawniejszych egzystowały wiekach. Co zaś jedna duchowa powaga podała za artykuł wiary, to druga wnet odrzucała jako gruby błąd, aż genialny B i c h a t prawdziwą drogę do postępu w nauce wskazał.

Utworzenie zatem sekeyi anatomii i fizyologii, która pracować będzie wspólnie z członkami uprawiającemi niwę nauk przyrodzonych, aż nadto jest usprawiedliwione przy dzisiejszym kierunku nauki.

Codziennie widzimy, iż zdolni nawet lekarze są często niedoświadczeni i wahający się w obec przypadku chirurgicznego lub gynecologicznego, i nawzajem chirurgowie w obec zawikłanej wewnętrznej choroby. Już uczeń wedle skłonności i zdolności gotuje się wcześniej do jednego lub drugiego fachu, i to ma swoje zalety.

Przez utworzenia sekcij nastąpi więcej koleżeńskie zbliżenie się specjalistów, oraz powiększy się liczba zbyt mała dotychczas na naszą stolicę chirurgów i akuszerów, oddających się zawodowi swemu z dążnością naukową i z prawdziwem zamiłowaniem. Spodziewać się należy, że z posiedzeń tych specjalnych wypłyną nie tylko korzyści dla nauki, ale że przyczynią się one do utrzymania godności naszego powołania, gdyż *invidia medicorum pessima*.

Główny materyał do obrad każdej sekcji stanowić winno wzajemne udzielanie sobie historyj przypadków z praktyki, i to nie koniecznie do nadzwyczajnych się liczących, a ich główną zaletą ma być prawda, czysta prawda, z którąby fantazyja się nie mieszała. Sztukę obserwowania zgłębia się tylko za pomocą nauki, która fałszu nie cierpi. Dyskusya, koleżeńskie wykazanie popełnionych błędów w rozpoznaniu i leczeniu mogą być nawzajem bardzo nauczające.

Dalszym celem powinno być, ażeby przez zobopólne porozumienie się wytepić zastarzałe przywyknienia w nieumiejętném prawie dotychczas prowadzeniu dyety, zwrócenie uwagi na ubranie, czystość, powietrze, światło, ciepło, które razem wzięwszy najgłówniejszemi są czynnikami w leczeniu. Prawdziwa to jeszcze walka siły przeciw oporowi, ducha przeciw stagnacyi. Stoją tu nam najwięcej na zawadzie przesady, gusa, stare lekarskie teorye mylnie zrozumiane i rozpowszechnione między publicznością, a także — i może najwięcej — pół-ukształceni w rzeczach lekarskich, jak w szczególności akuszerki, absolutnie rządzące w mieszkaniach położnic i dzieci, jak felczerzy i t. d. Wiadomości zaś nasze w powyższym względzie są oparte na niezłomnych doświadczeniach;

powinniśmy je solidarnie bronić i w życie wprowadzić, bo tylko trafne higieniczne rady mogą przyszłemu pokoleniu zapewnić silną konstytucyą. Dzisiejszego zaś za typ rasy uważać się nie godzi, gdyż więcej daleko naliczyć możemy—przynajmniej w wielkich miastach—ludzi z chorowitą, niż z nieskażoną zdrowiem i siłą.

Wyłuszczone powyżej względy, zmuszające poniekąd do podziału prac lekarskich na pewne odrębne działy, z których każdy swoich odrębnych w nauce i w wykonawstwie lekarskiem ma przedstawicieli, i nakazujące drugostronnie, żeby każdy po szczególe całość wiedzy lekarskiej brał za podstawę swojej specjalności naukowej, skłoniły Towarzystwo Lekarskie Warszawskie do ustanowienia wyliczonych trzech sekcji.

Każda, opracowując dane naukowe odrębności, przynosić będzie dorobek prac swoich specjalnych na posiedzenia ogólne, gdzie te prace odrębne i dorobki z nich sumować się będą ku wspólnemu pożytkowi całego zgromadzenia.

Nieczułość skóry ogólna. Zaniemienie. Porażenie częściowe zmysłów. Cierpienie serca.

SPOSTRZEŻENIE

opisane przez Jakóba Nowaka, Lekarza prakt. w Warszawie.

Z DODANIEM UWAG OD REDAKCYI.

Orzechowska Joanna, służąca, lat 25 licząca, szatynka, ciała składu dobrze wykształconego, zachorowała nagle z porażeniem czucia w skórze i utratą mowy. Od otaczających chorą zdołałem zaczerpnąć następujące wiadomości anamnestyczne: Orzechowska ciągle cieszyła się dobrą zdrowiem, gorliwie zajmowała się obowiązkami służby i zawsze okazywała wesołe usposobienie. Dnia 18 marca 1862 r. w kilka godzin po obiedzie zajęta była przeniesieniem ciężkiego kufra z drugą służącą. Wśród drogi nagle uczuła znużenie w całym ciele i zawrot głowy, co zmusiło ją do zaniechania zajęcia i usiadła na ziemię dla odpoczynku. Niezadługo potem, gdy towarzyszka pracy wezwała ją do dalszego dźwigania, Orzechowska wlepiła w nią wzrok i żadnego słowa nie przemówiła; przytém rysy twarzy

znacznie się zmieniły, a cała była jakby odurzona i nie mogła podnieść się o własnych siłach. W tym stanie odwieźli ją do domu, gdzie zostawiono ją w zupełnej spokojności przez całą noc. Nazajutrz była już przytomniejszą i rzeświejszą, mogła się przechadzać, chociaż chód jój był niepewny i chwiejący. Na pytania żadne nie dawała odpowiedzi, mimo widocznego usiłowania; słuch jój również był znacznie przytępiony. Otaczający chorą upatrzyli w tój nagłej katastrofie przypadłość ciąży i dlatego odesłali ją do Kliniki położniczej dnia 19 marca 1862 roku. Badanie położnicze zewnętrzne i wewnętrzne pozwalało mi wnioskować, że okres ciąży sięgał już końca szóstego miesiąca, a przy pobieżnym egzaminie stanu ogólnego chorój, znalazłem tętno przyspieszone do 115 uderzeń na minutę. Język leżał w jamie ust wypuklony ku podniebieniu twardemu, chora nie mogła go wysuwać na zewnątrz, czucie w skórze i władza mówienia były zupełnie porażone. Niebawem postawiono chorój 12 baniek nacinanych na kark, do środka przepisano odwar siemienia lnianego i emulsyą z saletrą. Przy głębszém nacinaniu skóry baniecznikiem, chora wydawała ciche i piskliwe jęki, a łopatki wznosiły się ku górze. Po upływie dwóch dni została wypisaną z tego oddziału jako niekwalifikująca się jeszcze i przeszła do Oddziału terapeutycznego d. 21 marca r. p.

Przy egzaminie klinicznym zmuszeni byliśmy ograniczyć się wyłącznie na znakach przedmiotowych, gdyż z powodu utraty mowy chora podmiotowych danych dostarczyć nie mogła; ztąd też badanie nasze było czysto fizyczne.

Organa oddechowe badane zapomocą opukiwania i przysłuchu nie przedstawiały żadnych zbrocen chorobo-

wych. Wymiary wątroby i śledziony sięgały granic fizjologicznych. Tępy odgłos serca rozlegał się na przestrzeni prawidłowej we wszystkich kierunkach. Wierzchołek serca uderzał bardzo silnie między piątym a szóstym żebrem. Odpowiednio tej wysokości oba tony serca były jasne i silne, zaś między 4m a 5m żebrem słyseć się dawał obok tonu skurczowego (systolicznego) szmer długi i dźwięczny (*bruit métallique, bruit musical*). Nad aortą tony słyszane były wzmocnione, ale czyste i dobrze rozgraniczone. Nad tętnicą płucną słychać było ton drugi mocno akcentowany.

Zmysł czucia zupełnie był porażony, skóra na całej swój powierzchni pozbawiona była czucia; szczypanie, kłócie szpilką nie wywoływało bólu ani też odruchów (*motus reflectorii*). Tak samo zachowywały się błona śluzowa ust i spojówka oczu. Zmysł smaku w części był upośledzony. Język w przedniej połowie zachowywał się obojętnie na kłócie i na ciała gryzące, jak *np.* na pieprz sproszkowany; ku podstawie języka kłócie wywoływało odruchy, a ciała ostre sprawiały choréj przykre czucie. Czułość błony śluzowej nosa również była zmniejszoną: chora mogła wciągać pary amoniaku, nie doznając żadnego widocznego wrażenia. Zmysł słuchu przedstawiał znaczny stopień stępienia: trzeba było kilka razy i głośno przemówić do niéj, nim jakim giestem oświadczyła, że nas zrozumiała. Na wszelkie pytania odpowiadała *nie*, czasami przemówiła *tak*, chociaż treść pytania wymagała odpowiedzi przeczącéj.

Puls był przyspieszony, częsty, dość twardy i nie wielki; uderzał 112 razy na minutę. Kończyny tak górne, jak i dolne, miały niższy stopień ciepła, niż inne okolice ciała, i odróżniały się także sinoczerwonym kolorem.

Skóra dość wilgotna, stopień ciepła wynosił 37° C. Organa trawienia były w stanie prawidłowym. Moczu oddawała 600 cm. sześć., barwy ciemnożółtawej, z lekkim śladem białka (opalizacja) i nadmiarem moczników; sole kwasu fosforowego stanowiły osad.

Rozpoznanie.

Nieczułość skóry na całej jej powierzchni, przytępienie zmysłów i porażenie mowy bez porażenia ruchów języka i krtani były wyraźnie skutkiem cierpienia mózgu i rdzenia przedłużonego. Nie śmiejąc jednakże odrazu ściślej go umiejscowić, dopóki nas dalszy przebieg choćby lepiej nie objaśni, ograniczyliśmy nazwę choroby do najwydatniejszego jej objawu, jakim była nieczułość skóry (*anaesthesia cutis*). Ze względu na ogólną formę tej nieczułości z jednoczesnym porażeniem zmysłów: smaku, powonienia i słuchu, przy zupełnym braku zaburzeń w zakresie ruchu, dorozumiewaliśmy się cierpienia hysterycznego, gdyż wiadomo, że tego rodzaju objawy często wśród hysterii przychodzą.

Co się tyczy stanu serca, to objawy fizyczne dały nam nieco pewniejszą podstawę rozpoznawczą. Szmer metaliczny towarzyszący tonowi skurczowemu, wzmożony ton drugi tętnicy płucnej, silne uderzanie serca i przyspieszona prędkość pulsu, pozwalały wnosić, że wewnętrzna błona serca (wsierdzie) była siedliskiem sprawy chorobowej natury zapalnej (*endocarditis*), która najprawdopodobniej umiejscowiona była na około pewnej liczby strun ścięgnistych (*chordae tendineae valvularum cordis*). Proces ten musiał być ostry i nie-

dawnego poczęcia, w przeciwnym bowiem razie sprowadziłby był już pewne nieprawidłowości w stosunkach anatomicznych zastawek i ścian serca, jakie koniecznie pociąga na sobą długo trwająca sprawa zapalna. Zmian podobnych w naszym przypadku nie było, gdyż serce nie przekraczało naturalnych swych granic.

Rokowanie.

Ze względu na porażenie czucia rokowanie nasze było dość pomyślne, a to z powodu braku sparaliżowania ruchu, które, gdyby było obecne, świadczyłoby o głębszym obrażeniu ośrodków nerwowych. Ze względu na zajęcie wsierdzia rokowanie było wątpliwsze, gdyż, jakkolwiek zajęcie to nie wywołało jeszcze groźnych przypadłości w sferze czynnościowej, w każdym razie moc drugiego tonu tętnicy płucnej i owa siność kończyn kazały sądzić, że zboczenie chorobne serca zaczynało już oddziaływać na cały układ krwionośny.

Leczenie.

Celem leczenia naszego było przywrócenie czynności nerwowej skóry i usunięcie procesu umiejscowionego na wsierdzu. Ztąd przyjęliśmy wskazanie podwójnego działania: pobudzającego względem skóry, a uśmierzającego względem serca.—Odpowiednio tym wskazaniom zastosowano szeroką wezykatoryą na kark, a do środka przepisaliliśmy odwar naparstnicy (ze skrupułu na 6 uncyj, z drachmą saletry); za pokarm zaleciliśmy kleik.

Nazajntz znaleźliśmy puls pełniejszy i zwolniony do 96 uderzeń w minucie; zboczenia w skórze i sercu nie zmieniły się.—Lekarstwo powtórzono, ranę po wezykatoryi opatrzone maścią drażniącą (*ung. irritans*), a w celu pobudzenia całej skóry zaleciliśmy kąpiel ciepłą z dodatkiem funta potażu.

W ciągu dwóch następnych dni liczba tętna utrzymywała się między 90 a 84; wejrzenie chorój stawało się weselszém. Szmer przy pierwszym tonie serca zaczynał tracić ze swój dźwięczności (*timbre*). W sferze czucia pojawiły się pierwsze ślady poprawy i przy kłóciu w rękę lub nogę lewą chora odciągała te kończyny; prawe kończyny mniej były czułe na kłócie; inne okolice ciała wcale jeszcze nie oddziaływały na bodźce. Wypróżnienia stolcowe przychodziły regularnie. Mocz chora oddawała więcéj, wszelako bez zmiany stosunków składu.—Leczenia nie zmieniono, a dietę powiększono o rosół, kaszę i bułkę.

W ciągu następnych dni pięciu (24.—29.) zaszło znaczne polepszenie w całym obrazie objawów chorobnych. Chora okazywała się więcéj ożywioną, uderzanie serca było daleko słabsze, szmer towarzyszący pierwszemu tonowi krótszy i mniej donośny. Drugi ton tętnicy płucnej również stracił ze swój mocy, chociaż zawsze był mocniejszym, niż drugi ton aorty. Władza czucia wyraźnie obudzona została na znacznej powierzchni: czoło marszczyło się za każdém ukłóciem, kończyny w całej rozciągłości oddziaływały na kłócie i szczypanie, wszelako kończyny prawe mniej były drażliwe; język z wyjątkiem swój podstawy zachowywał się jeszcze obojętnie na kłócie i ciała ostre. Siność znikła z kończyn a utrzymywała się jeszcze na palcach. Zmysł słuchu

zupełnie poprawił się, chora na każde pytanie odpowiadała stosownym znakiem. Trawienie, sen i inne czynności zostawały w porządku fizyologicznym.

Pod wieczór dnia 29 marca tętno podniosło się do 112 uderzeń, a ciepłota doszła do 38° C.; chora miała cztery wypróżnienia wodniste. Z rana dnia następnego tętno spadło do 100 uderzeń, a ciepłota do 37° C.; język był lekko obłożony, przy końcu czerwony, apetyt zmniejszony, brzuch nieco wzdęty. — Poprzednie lekarstwo usunęliśmy; brzuch pokryto okładem ciepłym. Dietę ograniczono do kleiku, a za napój zalecono wodę sodową.

Po upływie trzech dni pogorszenie to zostało zupełnie usunięte: apetyt powrócił, wypróżnienia były łajniście i nie częste, liczba tętna wahała się między 100 a 108 uderzeniami, uderzanie serca znowu zyskało na sile. Mimo tego nawiasowego pogorszenia czynność nerwowa w sferze czucia i władza zmysłów jawnie się rozwijały: język oddziaływał już na kłócie i ciała gryzące; chora zaczynała już przemawiać niektóre mało zgłoskowe wyrazy. — Napowrót chorąj przepisaliśmy odwar naparstnicy, kąpiel potażową i dietę posilniejszą.

Dnia 2 kwietnia, obok znacznie posuniętej poprawy w stanie ogólnym, pojawiła się wysypka rozrzucona na różnych okolicach ciała, osobliwie na kończynach dolnych. Wysypka ta tworzyła obrączki wielkości dziesiątki polskiej, wzniosłe, z obwodką czerwoną i otaczały pole zdrowe. Wysypka ta stanowiła formę pokrzywki (*urticaria confluens*), a powstała zapewne wskutek częstego drażnienia skóry przez kąpiele potażowe, do czego może przyłożyło się jeszcze usposobienie indywidualne. Chora doświadczała swędzenia i stała się drażliwszą. Tętno również podniosło się do 104 uderzeń. — Do następnej

kąpieli ciepłej nie dodano już potażu, a do środka przepisaliśmy odwar naparstnicy w połączeniu z kwasem fosfornym.

Dnia następnego (3 kwietnia) stan chorób był zadawalniający; miała ona już większą władzę wymawiania, gdyż przemawiała niektóre krótkie zdania, wszelako wielką trudność napotykała przy wymawianiu wyrazów dłuższych. Szmer systoliczny miał tylko bardzo słaby odcień dźwięczności i zbliżał się do podmuchu (bruit de souffle); tętno wciąż utrzymywało się między 100 a 94. Wyrzut zmniejszał się i przedstawiał się w postaci właściwej, albowiem obrączki rozpadły się na mniejsze i odosobniono grudki.— Leczenia nie zmieniono. Po kilku jednak dniach, skoro poprawa ze strony serca dalej nie postąpiła, obok poprzedniego działania, postanowiliśmy wywołać silniejsze odciążenie (revulsio) w obrębie okolicy serca. W tym celu przeprowadziliśmy (dnia 6 kwietnia) zawłokę 1.1/2 cala długą w przestrzeni między 3m a 4m zębem blisko mostku.

W dalszym przebiegu, szmer systoliczny stopniowo zmniejszał się, mowa bardziej się rozwijała, chora skarżyła się tylko na bole w miejscu zastosowania zawłoki.

Dnia 8 kwietnia spostrzegliśmy stanowczą zmianę. Czucie na całej skórze było zupełnie prawidłowe, jednostajne; zmysły odzyskały właściwą czynność. Uderzenie serca było wprawdzie silne, ale szmer systoliczny zupełnie ustąpił, ton drugi tętnicy płucnej znacznie był słabszy; siny kolor znikł z kończyn. Pokrzywka śladu po sobie nie zostawiła. Na końcach zawłoki pokazała się ropa.—Dawkę naparstnicy zmniejszyliśmy do połowy, opuściwszy kwas fosforny; zawłokę odświeżono; dieta powiększona została o potrawkę, mléko i 1/2 bułki.

Do dnia 15 kwietnia stan ogólny chorój ciągle się polepszał. Tętno stawalo się pełniejszym, liczba tętnień utrzymywała się między 74 a 84; tony serca były czyste, bez żadnych szmerów obcych. Mowa uzupełniała się, chora potrafiła już wymawiać wyrazy wielozgłoskowe i wiązać je w zdania dłuższe; wprawdzie często się zajękiwała w środku wyrazu, lecz przy kilkakrotném usiłowaniu bywała przecież w stanie myśli swe wypowiedzieć.—Przez ten przeciąg czasu chora używała naparstnicy i kąpieli ciepłych, obok ciągłego utrzymywania zawłoki.

W następnym przebiegu postanowiliśmy chorą zostawić pod wpływem samój tylko zawłoki. W ciągu sześciu dni nie zachodziła żadna zmiana; chora na nic nie narzekała, pilnie wprawiała się w dobre wymawianie przy pomocy sąsiednich pacjentek. Dopiero dnia 23 kwietnia bez żadnej przyczyny prędkość tętna znowu się powiększyła do 100 uderzeń, bicie serca i drugi ton tętnicy płucnej znacznie się wzmocniły, kończyny przybrały kolor sinoczerwony, a stopień ich ciepłoty zniżył się.—W celu zwolnienia nieprawidłowej pracy serca zaleciliśmy odwar napatnicy. Skutki tego środka okazały się już na drugi dzień, gdyż serce daleko powolniej uderzało, tętno opadło do 88 uderzeń, siność kończyn zmniejszyła się, a ciepłota tychże znacznie się podniosła.

W dalszym ciągu choroby, przy używaniu naparstnicy i utrzymywaniu zawłoki, tętno nie przekraczało 80—84 uderzeń; bicie serca i ton tętnicy płucnej zbliżały się do prawidłowego stanu. Chora czuła się zupełnie zdrową i cieszyła się większą swobodą mówienia. Zapytana wtedy, w jaki sposób zachorowała, dokładnie powtórzyła to samo, cośmy od otaczających usłyszeli.

Dodała jeszcze, że przed czterema laty odbyła pierwszy poród pomyślnie, lecz w pierwszych dniach połogu uległa chorobie, w skutek której odesłana była do oddziału obłąkanych, gdzie zostawała tygodni pięć.—Dnia 5 maja chora opuściła szpital, pozyskawszy napowrót mowę i czucie.

Rozumowanie.

Powyżej skreślony obraz chorobny uwydatnia - dwie grupy objawów, z których jedne należą do układu nerwowego, drugie odnoszą się do układu krwionośnego.

Ogólne porażenie czucia, częściowe porażenie smaku, powonienia i słuchu pokazują zboczenie chorobliwe tej części układu nerwowego, która przewodniczy czynnościom zmysłów. Główne siedlisko anatomiczne i natura procesu ściąga się tu widocznie do ośrodków nerwowych.

Dają się tu najprzód wykluczyć te zmiany patologiczne owych ośrodków, które również sprowadzają znieczulenie skóry na mniejszej lub większej powierzchni, a które wynikają z zalewu mózgu (*haemorrhagia, apoplexia cerebri*): gdyż zalew mózgu sprowadza bezwład ruchu w formie porażenia połowicznego (*hemiplegia*), czucie dość często zostaje nawet zachowane, a jeżeli ginie, to znieczulenie ogranicza się zwykle do części ubezwładnionych, nigdy zaś prawie nie ogarnia całego układu czuciowego.—Choroba mózgu znana pod nazwiskiem *zatoru mózgowego (embolia)* również nie mogła być powodem tego porażenia: jakkolwiek bowiem zajęcie wsierdzia (*endocarditis*) mogło pozornie nasunąć przy-

puszczenie, że cząstka strąconego włókniaka (wskutek chropowatości wsierdza) została uniesioną strumieniem krwionośnym i zatkła naczynie w mięszu mózgu; to wszelako zupełny brak porażenia w sferze ruchu przemawia przeciwko przyjęciu zatoru mózgowego. Nadto spostrzeżenia patologiczne wykazały, że najczęstszym siedliskiem zatoru bywa *arteria fossae Sylvii sinistra*; a następstwa zatoru musiałyby być téj saméj natury, jakiej bywają przy zalewie mózgowym, to jest porażenie połowiczne ruchu na stronie przeciwnéj.

Zapatrując się ze stanowiska fizyologicznego na szereg powyżéj przytoczonych nerwowych przypadłości, widzimy, że się ściągają do rdzenia pacierzowego, do rdzenia przedłużonego, oraz do sfery pojęciowo-mózgowej.

1) Za porażeniem rdzenia pacierzowego przemawia stłumienie reflexów, które właśnie powinnyby być żywsze i energiczniejsze, gdyby sam tylko mózg lub rdzeń przedłużony uległ porażeniu, jak to u zwierząt, zwłaszcza niższych klas, po excerebracyi widzimy. Wprawdzie u człowieka inny nieco zachodzi stosunek, bo tu sfera mózgowa do tego stopnia nad całym układem nerwowym przewodzi, że przy jéj porażeniu nawet reflexa słabną, jak to *np.* przy zalewach apoplektycznych mózgu widzimy. Wszelako nie ustają one nigdy zupełnie, zwłaszcza w świeżo wydarzonych przypadkach; tu zaś pomimo klócia i pieczenia nie było najmniejszego drgnięcia, pomimo drażnienia piórkim w nosie nie było kichania, chociaż ruchy pod wpływem woli odbywały się swobodnie. Okoliczność tę trudno sobie wytłómaczyć, chyba przyjmując porażenie przewodnictwa nerwów obwodowych, co mniej jest prawdopodobne; lub też pora-

żenie pasm tylnych czuciowych, a mianowicie komórek czuciowych rdzenia pacierzowego.

2) Udział *rdzenia przedłużonego*, a w szczególności tylnych jego pasm, objawia się przez porażenie nerwów czuciowych, które ztąd początek swój wywodzą, a mianowicie *gałęzi czuciowej nerwu trójdzielnego i n. słuchowego*. Ztąd głuchota i nieczułość na całej twarzy, na powierzchni oka, w nosie i na języku, słowem w całej dziedzinie nerwu trójdzielnego. Ztąd także i osłabienie zmysłu powonienia i smaku; albowiem wiadomo, o ile tutaj wrażenia dotykowe specyficzną czynność nerwu węchowego i smakowego wzmacniają. *Nerw języko-połykowy (n. glosso-pharyngeus)* zdaje się, że nie był w zupełności porażeniem zajęty; gdyż podstawa języka, do której on czuciową gałązkę wysyła nie okazała się tyle nieczuła, jak koniec języka, który swe nerwy dotykowe od nerwu trójdzielnego otrzymuje. *Nerw wzrokowy (n. opticus)* w niczem nie ucierpiał, to też on, jako biorący swój początek w *wyniosłości czworaczej (eminentia quadrigemina)*, z tylnymi pasmami rdzenia przedłużonego nie wspólnego nie ma.

3) Zajęcie sfery umysłowej, która się do *półkul mózgowych* odnosi, wychodzi tu na jaw przez odurzenie i widoczne pogniębienie władz umysłowych. Jemuto także przypisać zapewne należy pozbawienie mowy pomimo zupełnego zachowania głosu, albowiem mowa ludzka nie tylko jest skutkiem działania fizyologicznego przyrządów głosowych, lecz zarazem umysłném powiązaniem głosów w zgłoski i wyrazy pod kierunkiem czynności umysłowych człowieka.

I tak w naszym przypadku, mimo że język uzyskał swe ruchy, chora jednak zostawała w stanie oniemia

(*mutismus*), co pozwala przypuszczać, że, niezależnie od przywróconego wpływu woli na język, strona psychiczna mowy była zubożniona.

Niemniej zdaje się popierać nasze przypuszczenie stan poprzedni choroby, który nam opowiadała sama chora po odzyskaniu mowy; mianowicie, że przed czterema laty w czasie połogu zapadła na chorobę umysłową, która trwała tygodni pięć. Owa choroba była to zapewne forma szału połogowego (*mania puerperalis*). Jakkolwiek nastąpiła równowaga w sferze władz umysłowych, a chora odzyskała była zupełną przytomność umysłu, wszelako pierwotna zmiana chorobliwa mogła być zostawić usposobienie (organiczne) do powrotnych zbroczeń w czynności nerwowej; a nowa ewolucja macicy w czasie ostatniej ciąży, wraz ze świeżem zajęciem wsierdza stały się chwilą przyjazną do obudzenia uszpionej sprawy, która już ujawniła się nie w formie szału, ale pod postacią ogólnego porażenia czucia.

Całkowite stłumienie czucia, osłabienie czynności zmysłów i porażenie mowy przedstawiały tu pewną analogią z następstwami, jakie wydzierają się po napadzie *hysterii*, która jedynie ze wszystkich form chorób nerwowych sprowadza niekiedy ogólne znieczulenie skóry bez porażenia ruchu, upośledzenie zmysłów i oniemienie zwane *bysterycznym* (*mutisme hystérique*). Lecz w naszej formie porażenia nie można było upatrzeć żadnych nawet *hysterii zwiastunów*; a sam początek porażenia nie przedstawiał wcale szeregu różnorodnych objawów, jakie wśród napadu *hysterycznego* zwykle napotykać się dają. Wszelako, zastanawiając się głębiej nad znacznym rozpostarciem w ośrodkach nerwowych, do którego się wyżej wymienione objawy odnoszą; zważywszy, że się

ściągają li tylko do sfery czuciowej i umysłowej: zdaje się, że najwięcej zbliżymy się do prawdy, jeżeli całemu temu nerwowemu cierpieniu przypiszemy naturę *neurozy*, bardzo zbliżonej do owej, którą w bezczuciu hysteryczném napotykamy.

Inny szereg objawów mieliśmy ze strony serca, które jawniejsze dawało świadectwo o swém cierpieniu. Objawami temi były: szmer dźwięczny skurczowy słyszany blisko wierzchołka serca, wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej, przyśpieszona prędkość tętna do 115 uderzeń.

Szmer towarzyszący tonowi skurczowemu nad wierzchołkiem nie mógł należeć do tak zwanych szmerów przypadkowych, które zwykle występują u osób dotkniętych niedokrwistością lub błędnicą; nasza chora bowiem wcale nie była niedokrwistą, a w naczyniach większych nie mogliśmy słyszeć szmerów cechujących stan niedokrwistości (*bruit de diable*). Podobnie szmer ten, wraz w wzmocnionym tonem drugim tętnicy płucnej nie mogły być brane za wyraz wykształconej już niedomykalności zastawki dwudzielnej (*insufficiencia valv. mitralis*), a któraby mogła nastąpić w skutek dawniejszej choroby organicznej wsierdzia; albowiem w tym razie koniecznym następstwem madykalności byłaby zmiana objętości serca w formie przerostu lub rozęcia najczęściej komórki prawej (*hypertrophia aut dilatatio ventriculi dextri*), przeciwnie zaś u naszej chorób stosunki plessymetryczne serca były zupełnie prawidłowe.

Ponieważ objawy ze strony serca nie należały do stanu niedokrwistości (*anaemia*), ani też do dawniej przebytej choroby serca, zatem mogły być tylko znakami

świeżego i toczącego się jeszcze zajęcia wewnątrz serca, a najprawdopodobniej w postaci ostrego zapalenia wsierdzia (*endocarditis acuta*). Zajęcie to, jakkolwiek musiało być ograniczone na małej przestrzeni, (inaczej bowiem mielibyśmy silny odczyn gorączkowy i inne przypadłości czynnościowe), wszelako zaczynało już wywierać wpływ na cały układ krwionośny; wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej pokazywało silniejsze napięcie (*tension*) w obrębie małego krążenia, a niżenie ciepłostanu kończyn i siny kolor tychże dowodziły zбочenie w krążeniu kapilarno-obwodowym. Nie możemy wykazać, jaki był punkt połączenia i na czém polegał związek między sprawą chorobną, która wywołała porażenie czucia, a sprawą zapalną wsierdzia; zdaje się, iż samo zapalenie wsierdzia nie zdołałoby spowodować tak rozległego zaburzenia w dziedzinie czucia, nie wywoławszy głębszych zmian w samych ośrodkach nerwowych, co by tylko na drodze zatoru (*embolia*) mogło się uskuteczyć: zmianę takową jednakże wyłączyliśmy już powyżej w sposób stanowczy. Najprawdopodobniej obie te sprawy pierwotnie powstały niezależnie od siebie pod wpływem właściwych bodźców; lecz w miarę tego, jak zajęcie wsierdzia zaczynało oddziaływać wadliwie na stosunki krążenia, wpływ tegoż zajęcia zapewne rozciągał się także na siedlisko porażenia drogą pośrednią czyli drogą zmienionego odżywiania (*nutritio*).

Mimo powikłanego składu choroby, leczenie nasze było proste i bardzo skuteczne. Dwa źródła chorobne podały nam dwa główne wskazania: *pobudzające* względem układu nerwowego czucia i *osłabiające* czyli *przeciwzapalne* względem zajęcia wsierdzia. Dwa te wska-

zania mogłyby pozornie przedstawić sprzeczność terapeutyczną, albowiem leczenie przeciwzapalne zwykle wyłącza jednoczesne pobudzanie organizmu; w tym jednak przypadku wyczekiwanie lub odroczenie któregoś z obu wskazań sprzyjałoby głębszemu rozwojowi odnośnej choroby, czego sobie nie życzyliśmy: gdyż wiadomo, że istota nerwowa pod wpływem dłuższej bezwładności traci prawidłową pobudzalność, a dłuższe trwanie sprawy zapalnej we wsierdziu mógłoby spowodować organiczne zmiany w zastawkach (w formie stwardnienia, skrócenia lub zwężenia tychże), co by niechybnie zmieniło całą fizjologię serca i jego skutek czynnościowy na organizm. Dla zapobieżenia następstwom, które mogłyby wynikać z zaniedbania którejkolwiek choroby, postanowiliśmy zastosować współcześnie środki odpowiadające obu wskazaniom. Pobudzającymi środkami były: wezykatorya długo utrzymywana i kąpiele potażowe; osłabiającymi były: naparstnica i zawłoka czyli mocniejsze odciążenie (revulsio). Przebieg choroby i pomysły jej zejście szczegółowo już powyżej skreślone zostały.

UWAGI REDAKCYI.

Pewna nieokreśloność formy klinicznej przypadku opisanego, który, acz zbliżony do tak zwanój „*anaesthesia hysterica*,” nie odpowiada jednak w szczegółach obrazowi téj choroby, powoduje nas do podania niektórych uwag o t. zw. beczułości hysterycznej, choćby dla porównania z przypadkiem postrzeganym przez p. Nowak a.

Anestezya nie należy bynajmniej do pierwszorzędných hysterycznych przypadłości, lecz objawia się dopiero w skutku konwulsyjnych napadów, jako niemal prawidłowo po owych napadach następująca. Najczęściej okazuje się ona w skórze, w mięśniach, błonach śluzowych, a najrzadziej w szczególných zmysłowych przyrządach.

Gendrin, Henrot, Landouzy i Szokalski znajdowali stale anestezją skórnią, częściową lub ogólną, po napadach hysterycznych; a w liczbie 17 przypadków, które obserwował ostatni, znalazło się w pięciu stępienie czucia na całej skórze podobne zupełnie do powyżej opisanego przypadku (1).

(1) W. Szokalski: Von der Anästhesie und Hyperästhesie bei den hysterischen Frauen. (Prager Vierteljahrschrift, 1850.)

Jeżeli anestezja jest częściowa, to ją napotyamy zazwyczaj na zewnętrznej stronie kończyn, na grzbiecie ręki i nogi, około zewnętrznej kostki, na zewnętrznej stronie kolana, łokcia, lub uda. Tam zaś, gdzie napady są tak lekkie, że je znamionuje li tylko zaciśnięcie gardła lub też podnoszenie się tak zwaną *hysteryczną kulą*, to stłumienie czucia okaże się także na rzeczonych miejscach, ale tak słabo, że się łatwo daje przeoczyć.

Chcąc się o tém stłumieniu czucia przekonać, trzeba chorą zawiązać oczy, położyć jej rękę na stole i dotykać jej zrazu piórką, potem palcem i śpilką, a lepiej jeszcze probować czucia dotykowego, jak go probował *W e b e r* w różnych okolicach ogólnego pokrycia: to jest dotykając skóry cyrkiem, którego nóżki są mniej lub więcej od siebie rozwarne, i miarkując sobie natenczas, kiedy pojedyncze, a kiedy podwójne dotknięcie będzie odróżnione. Wszakże wiadomo *np.*, że w stanie normalnym podwójne dotknięcie na wargach i na języku da się już wtedy nawet rozróżnić, jeżeli nóżki cyrkla o jedną zaledwie linią będą od siebie oddalone; kiedy na środku grzbietu potrzeba je będzie w tym celu od siebie około 30 linii oddalić. Otóż przekonać się można nie raz w słabszych stopniach anestezji, że podwójne dotknięcie na grzbiecie ręki przy dwucalowym zaledwie rozwarciu będzie mogło być uczute, kiedy stan prawidłowy około ośmiu-liniowego rozwarcia wymaga. Jeżeli skóra w wysokim stopniu czucie dotykowe utraci, to nie rozróżni już wtedy, co gładkie, co ostre, chropowate, lub tępe, lecz rozeznaje jeszcze, co zimne, a co gorące; a gdy i to czucie zaginie, tak, że chora już zimna nie czuje, skoro jej *np.* się ręce eterem zwilgocą, to już i tego nie rozpozna, co jest suche, a co wilgotne.

Dziwną jest bardzo w wielu razach utrata uczucia ruchów. O ile się dało dostrzedz, zjawia się ona najprzód w górnych, potem w dolnych kończynach, a naostatek w tułubie. Chora traci przez to uczucie położenia, jakie jej członki w przestrzeni zajmują. Gdy się jej oczy zawiąże i, wzięwszy za rękę, prostuje się lub zgina jej palec, to chora o tém nic nie wie. Bierne ruchy w stawie łokciowym, w stawie ręki lub nogi bywają lepiej rozeznawane; ruchy w stawie łopatkowym i udowym przy wysokich tylko stopniach anestezji muskularnej są prześlepiane, a gdy to ma miejsce, to można chorą przewracać, wyciągać ją lub zginać, a ona, mając zawiązane oczy, bynajmniej tego nie czuje.

W sferze innych zmysłów, anestezja węchu i smaku najczęściej się zdarza, lecz nigdy bez poprzedniej utraty uczucia dotykowego w nosie i na języku: i tak, jeżeli chora nie czuje *np.* zapachu piżma, lub smaku goryczki, to pewnie i na drażnienie piórkiem w nosie i łechtanie w gardle będzie nieczuła. „Nie widziałem nigdy, mówi Wikt. Szokalski, zupełnej hysterycznej ślepoty, lecz przytłumienie niezupełne uczucia na światło w nerwie wzrokowym jest bardzo częste i objawia się zwykle pod postacią biegających czarnych mroczków przed oczyma. Że i pobudliwość nerwu słuchowego może być stłumiona lub zmieniona, zdaje się rzeczą być pewną, i tak *np.* pewna pianistka, na hysteryę cierpiąca, zdawała się słyszeć zupełnie inaczej, niż inni ludzie, gdyż fortepian podług jej ucha nastrojony dziwną się dysharmonią odznaczał. O ile to mogło do innych słuchowi pomocniczych nerwów się odnosić, trudno było oznaczyć.“

Obok tych anestetycznych przypadłości, głównie nas tu obchodzących, wspomnieć nam wypada, że nie rzadko

po hysterycznych napadach zjawiają się także sparaliżowania ruchów lub uporczywe skurczenia mięśniowe, które w następnych napadach często znikają. Oprócz tego widzimy także po tych napadach *hyperestezye*, to jest tak wielkie rozdrażnienia w niektórych czuciowych nerwów pniach lub gałązkach, iż najmniejsze ich pobudzenie sprawuje najnieznośniejsze bole. Miejsca w ten sposób rozdrażnione leżą niekiedy tuż obok miejsc nieczułych, niekiedy zdaleka, niekiedy zaś wśród nich, lub pod nimi bywają zawarte. I tak, często się zdarza, że skóra brzucha jest zupełnie nieczuła, a najmniejsze jego pociśnienie bole nieznośne wywołuje z przyczyny hyperestetycznego usposobienia trzewiowych nerwów. Smak i powonienie bywają niekiedy podniesione do bajecznej czułości, — słuch może się niesłychanie zaostrić, a hyperestezya czucia nieraz przybiera nawet cechę *newralgiczną*. I tak np. bole zębów tak częste u hysterycznych, bole głowy znane pod nazwiskiem *clavus hystericus*, ssania w dołku sercowym, uporczywe nerwowe kaszle i t. d. są często li tylko hyperestezjami.

Opis porażień ruchów lub trwałych hysterycznych skurczeń (*contracturae*) zadalekoby nas zaprowadził, lecz wspomnieć wypada, iż nierównie są rzadszemi od porażień i podrażnień czucia; wszystkie zaś te przypadłości razem mają tę osobliwą cechę, że są niesłychanie zmienne, przemijające i od konwulsyjnych napadów zależne. I tak miejsce, anestezją zajęte po jednym napadzie, może w skutku drugiego objawiać nadmiar czułości i nawzajem. Newralgia oczywista, pozostała po pierwszym paroksyzmie, może w skutku następnych przenieść się w inną stronę, ustąpić miejsca anestezji w swém da-

wném siedlisku, lub też okazać powrót do zupełnie normalnego pod względem czucia porządku.

Toż samo dzieje się także ze zboczeniami w sferze ruchowej: porażenia i skurczenia zmieniają się i znikają, lub okazują się w coraz nowych kombinacjach, a każdy niemal napad sprowadza nową jaką przypadłość i przejstacza cały obraz cierpienia. Nie jestże to najwyraźniejszy dowód, że sama konwulsyjna sprawa niektóre nerwy podrażnia, a inne znowu wyczerpuje, nie sprowadzając w nich żadnych znacznych zmian materyalnych, mogących zrzędzać stałe lub bardzo przeciągłe nieprawidłowości? Doświadczenie usprawiedliwia pod każdym względem ten domysł, który tém jeszcze silniej jest wsparty, że z ustaniem napadu zwołna wszystkie te rozdrażnienia i przytłumienia zmniejszają się, przemijają i żadnego po sobie nareszcie nie zostawiają śladu.

Zastanawiając się nad ugruntowaniem hysterii w ogólności, przychodzimy dzisiaj do tego rezultatu, że choroba ta zdaje się polegać na podrażnieniu rdzenia pancerzowego i przedłużonego, które się rozwija najczęściej w skutku nieładów w czynności macicy;—że podrażnienie to rozciąga się często do umysłowej sfery, jest każdemu praktykowi dobrze wiadomo.

Pod jego wpływem pobudzenie nerwów czuciowych sprowadza jednostronne lub obustronne refleksa, a jeżeli dosięgnie rdzenia przedłużonego, co nader łatwo się zdarza, to sprowadza natenczas ogólne kurcze lub drgawki, stosownie do znajomego nam w fizyologii prawa Pflügera. Trudno jednak przyjąć, ażeby się w skutku takich napadów mogły przedrażniać lub wyczerpywać same obwodowe bądź czuciowe bądź ruchowe nerwy; przypuściwszy zaś, że przez nie w pewien nieład wpada

odżywność samych rdzeniowych komórek, przez co ich żywotne zachowanie się to stłumioném, to znowu nadzbyt podniesioném zostanie, będziemy sobie łatwo mogli zdać sprawę z owych anestezyj, hyperestezyj, porażeń i skurczeń, oraz ze zmiennego ich okazywania się. Cóż dziwnego, że nie jedno wtedy następny napad zepsuje, co poprzedni zbudował, skoro wstrząśnienie rdzenia przy każdym napadzie i cyrkulacyjny w nim nieład jest bez zaprzeczenia tak silny, iż może łatwo zakłócić odżywczą w komórkach nerwowych sprawę.

Powróćmy teraz do powyżej opisanego klinicznego anestezyi skórnej przypadku. Że tam nie ma mowy o anestezyi hysterycznej, o tém czytelnik mógł się przekonać, zwracając uwagę na brak wszelkich hysterycznych przypadłości; a zarazem z opisu jest widoczném, że tam nietylko samo czucie było porażone, lecz zarazem i ruchy, chociaż w niższym nierównie stosunku. I tak chora w chwili napadu, kiedy ów ciężki kufer dźwigała, naraz porażona z miejsca się podnieść nie mogła; trzeba ją było zanieść do pomieszkania, nazajutrz chód jej był niepewny i chwiejący; a gdy ją do szpitala odwieziono, nie mogła poruszać językiem, który okazał się wypukłony w ustach ku stronie podniebienia. Okoliczność ta zdaje się i za tém przemawiać, że utrata mowy nie była li tylko skutkiem porażenia umysłowej sfery, lecz zarazem i skutkiem bezwładności języka i innych organów urabiających głos w zgłoski i wyrazy. Jeżeli później ruchy owych przyrządów już były zwolna do swojej powróciły normy, to długi czas jeszcze były niedołężne i do mówienia niezdolne. A zresztą cóż znaczy owo mocne w znoszenie się łopatek do góry przy każdym głęb-

szym oddechu, jakiego wymagały jęki, jeżeli nie porażenia wprowadzie mało znacznego w sferze oddechowych poruszeń? A owe przyspieszone ruchy serca czyż nie dadzą się oprócz wyraźnego zapalenia wsierdzia w części także przez częściowe przytłumienie czynności nerwu błędnego usprawiedliwić? Zdaje się zatem, że sfera ruchów—odnoszących się zwłaszcza do rdzenia przedłużonego—nie była zupełnie od zarzutu wolna, a jeżeli przyszła następnie do siebie, zostawiając długi czas jeszcze anestezyą czucia, to okoliczność ta tegoby tylko dowodziła, że sfera czucia nierównie była silniej porażona.

Co do téj ostatniej nie zdaje się wątpliwości podlegać, że się także głównie do rdzenia przedłużonego odnosi, zwłaszcza do jego tylnych pasm czuciowych, a mianowicie do owego w rdzeniu przedłużonym miejsca, w którym przewodnictwo nerwu zostaje poczone i z kąd dopiero się dalej w massie mózgowój rozpromienia, ażeby mogło być pojęte i zrozumiane. Zdaje się, że miejsce to jest położone w okolicy 4ej komórki mózgowój, z kąd też, jak wiadomo, wszystkie nerwy czuciowe ogólne i specjalne z wyjątkiem *węchowego* i *wzrokowego* początek swój biorą. Porażenie słuchu, smaku, czucia zależnego od nerwu piątój pary, oraz porażenie powyżej wspomnianych ruchów dałoby się więc tym sposobem umiejscowić; rozpromienienie zaś cierpienia ku stronie wielkiego mózgu usprawiedliwiałoby nam dostatecznie ową apatią i umysłowe niedołęztwo, o których nam autor wspomina.—Co do rdzenia pacierzowego, to nie wiele względem jego współcierpienia mamy w powyższej obserwacyi dowodów. Ów brak refleksów skórnych, jak to autor słusznie wzmiankuje, da się poniekąd wytłómaczyć przez osłabienie mózgowego wpływu, a co

się zmniejszenia refleksów mózgowych dotyczy, to takowe da się dostatecznie przez porażenie rdzenia przedłużonego usprawiedliwić.

Jeżeli teraz porównamy anestezją w powyższém porażeniu z anestezją u hysteryczek, to nader uderzającą między obiema znajdziemy różnicę. Hysteryczna jest zmienna, przemijająca, kapryśna, z przedrażnieniem czucia i z nieładami niemniej kapryśnemi ruchów często zespolona i wyraźnie wpływowi konwulsyjnych napadów uległa, —kiedy zaś ta, która jest powyższej obserwacyi przedmiotem, jest ustalona, trwała zmniejszająca się jednostajnie i postępowo. Jeżeli więc pierwszą przypisujemy czasowemu nadwreżeniu czuciowych komórek, rozwijającemu się pod wpływem gwałtownych konwulsyjnych wstrząśnień, to w drugiej nadwreżenie to, pod wpływem wysilania mięśniowego przy dzwiganiu ciężkiego kufra oczywiście powstałe, musiało być bez zapreczenia stałsze i gruntowniejsze.

Lecz jaką owemu porażeniu mamy przypisać naturę? nazwać je *newrozją* jest to li tylko maskować niewiadomość naszą i łudzić się wyrazem; zdaje się, że obserwacyjne dane dozwalają nam nieco jaśniej z całego tego przypadku zdać sobie sprawę. Chora w pierwszym położeniu miała szalę połogowy, nie więc dziwnego, że już jej układ mózgowy podczas następnej ciąży cierpieć zaczynał; że zaś wśród owej ciąży rozwinęło się współcześnie zapalenie wsierdzia, przy podźwiganiu się więc, które bieg krwi musiało znakomicie przyspieszyć, mogło powstać w rdzeniu przedłużonym—a zwłaszcza w tylnej jego części—wystąpienie kapilarne z naczyń albo li tylko wysięk surowiczy, a ten swoim naciskiem na cewki i komórki nerwowe stał się przyczyną anestezji i porażenia

niektórych ruchów. Była to więc prawdopodobnie *apoplexia capillaris medullae oblongatae respective illius posterioris partis*, która—w miarę znikania w skutku następnego wessania—pozwołała się czynności nerwowej przywrócić.

Cokolwiek bądź, powyższe postrzeżenie należy bez wątpienia do najciekawszych i najrzadszych w swoim rodzaju i żałować tylko wypada, że niektóre momenta choroby, jakoto stopień porażenia czucia skóry w różnych miejscach, dalej stopień porażenia czucia błon śluzowych, nareszcie udział zmysłów — nie były przedmiotem badania specjalnie fizyologicznego, ku celom fizyologicznym zdążającego.

O GIMNASTYCE

higienicznej i lekarskiej.

Napisał Dr. J. Fałęcki, Adjunkt Kliniki lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Należyte obliczone, a systematyczne ćwiczenie sił fizycznych wzmacnia takowe.

Zasada ta znaną już była w starożytności i na nią głównie opierało się wychowanie młodzieży w tych wiekach, w którychto jeszcze przeważnie ku rozwojowi sił fizycznych uwagę zwracano.

Wpóźniejszych wiekach, gdy promienie cywilizacji rozpostarły się po Europie, a potęga fizyczna ustępować zaczęła parciu siły umysłowej, zastosowano też samą zasadę do rozwijania sił umysłowych, i starano się zapomocą systematycznego ćwiczenia takowych wzmacniać je i potęgować.

Podnoszenie samych sił fizycznych z zaniedbaniem sił umysłowych, jak to się działo w średnich wiekach, było w ogólności niedostatecznym, lecz jak na owe czasy grubego barbarzyństwa wystarczało. Bez porównania jednakże szkodliwszym jest wychowywanie naszej dzisiejszej młodzieży, która przez zaniedbane zupełnie ćwiczenia

fizyczne, a wcześniej rozpoczęte, w systematyczne i ciasne formy ujęte ćwiczenia umysłowe nie tylko siły organizmu w samym zarodku już niszczy, ale i założonego celu, to jest dokładnego wykształcenia umysłowego, żadną miarą dopiąć nie można. Taki sposób wychowania nie wyda na ciełe i umyśle zdrowych i krajowi użytecznych ludzi, lecz co najwięcej, to nerwowemi, chorowitemi, nieśmia-łemi, i wcale nie rozumnymi mędrkami, jako niedojrza-łym płodem cywilizacji, biedny nasz kraj zaleje.

Ćwiczenia umysłowe, powinny iść ręką w rękę z ćwi-czeniami fizycznymi i równoważyć się nawzajem: na takiej tylko podstawie oparte wychowanie narodu, do-starczyć może mężów światłych, a przytém praktycznych, zdrowym poglądem na rzeczy i cywilną odwagą obda-rzonych.

Ćwiczenia fizyczne, wpływają ogólnie na cały orga-nizm, a szczegółowo na mięśnie, które ćwiczymy. Ruchem dokładnym i nieco wytężonym wszystkich mięśni różniej-szém staje się krążenie żyłne, rozchodzą się tak częste u nas zastoiny żyłne, a przez to większa ilość krwi, tego odżywczego materiału przesiąka cząstki ustroju, które już przez to samo lepiej odżywiać się będą. Dalej w sku-tek pomnożenia ruchu mięśni, a mianowicie mięśni klat-ki piersiowej oddychanie staje się szybszém i zupełniej-szém, co wraz z przyspieszonym nieco i dokładniejszém krążeniem płucnym podnosi sprawę ukwaszania krwi, przez co ją czyni plastyczniejszą, to jest do odżywiania zdolniejszą.

Lecz nie na tóć koniec; jeszcze jedna czynność ży-wotna i to niemałej wagi zyskuje przez ćwiczenia fizy-czne. Sprawa trawienia, którój wady w naszym wieku,

a mianowicie w naszym kraju tak są liczne i tak często się zdarzają, iż je do przykrych bardzo i najpowszechniej w kraju naszym panujących policzyć należy, ta sprawa, mówię, zyskuje bardzo wiele przez ćwiczenia fizyczne. Jakim sposobem wpływają ćwiczenia fizyczne na sprawę trawienia, pojmujemy łatwo, jeżeli zważymy:

1) że ćwiczenia fizyczne ułatwiają i zupełniejszém czynią krążenie żyłne, a zatém i żył brzusznych;

2) że rozprowadzają obecne już zastoiny krwi w układzie żylnym i nie dopuszczają do tworzenia się takich, a zatém chronią od tak często u nas się pojawiających nieżyków dróg pokarmowych i od obrzmiń wątroby i śledziony, polegających na przekrwieniu tych narządów;

3) że nietylko w układzie żylnym ułatwiają krążenie, lecz to samo czynią także i w układzie limfatycznym, co znowu sprawia, że miazga pokarmowa w żołądku i kiszkiach zawarta łatwiej w krew przechodzi, a tém samém ilość krwi powiększa i odnowę podnosi; wreszcie

4) podnosząc tworzenie się i, że się tak wyrażę, uplastycznianie krwi, polepsza i raźniejszą czyni odnowę wszystkich części ustroju, a zatém i błony mięsnej kiszki, która przez to nabywa większej tęgości i siły, a przeto, kurcząc się raźniej i dokładniej, nie dopuszcza zatrzymywania się długiego wielkich ilości kału w kiszkiach. Ćwiczenia więc fizyczne, podnosząc trawienie i odżywianie, chronią od nieżyków i zatkań i rozprowadzają zastoiny żyłne w trzewach brzusznych.

Do ogólnych wpływów, jakie zastosowanie gimnastyki na ustrój ludzki wywiera, należy także podniesienie działalności skóry, która w skutek zwawiej odbywającego się w niej krążenia lepiej się odżywia, raźniej wydziela,

jędrniejszą i na wpływy atmosferyczne mniej tkliwą się staje.

Wreszcie przez ćwiczenia fizyczne zyskuje także i układ nerwowy, odżywiając się lepiej przy ogólnie podniesionej odnowie, a przez ciągłe pobudzanie układu nerwów obwodowych podnosi się żywotność nie tylko obwodowych rozgałęzień, ale i ośrodków nerwowych.

Powyższemi słowy starałem się wykazać, o ile niedolne pióro moje temu podołało, iż przez ćwiczenia fizyczne zyskuje cały organizm, a mianowicie najważniejsze jego układy, to jest układ krążenia, oddychania i trawienia, dalej także cały układ skórny i nerwowy; teraz pozostaje mi jeszcze wykazać, o ile zyskują pojedyncze mięśnie przez ćwiczenie— i to właśnie te, które ćwiczymy.

Że w ogóle na mięśnie ćwiczenia fizyczne nie mogą zostać bez wpływu, pojmujemy łatwo, bacząc, iż przez takowe podnosi się odżywianie i odnowa całego ustroju. Lecz nie o tym wpływie chciałem tu mówić, ale dowieść pragnę, że te mięśnie głównie się wzmacniają, którymi przy ćwiczeniach ruchu jakieś odbywamy.

Mięśnie, by wzrastać i w siłę wzmacniać się mogły, potrzebują obfitego krwi przyływu i tego, żeby krew' ta przesiąknąć mogła w najdrobniejsze ich pierwiastki. Ruch mięśni, ułatwiając krążenie żyłne, przysparza tém samém i tętnicze i wprowadza naraz większą ilość krwi w obieg. Rzeczą jest łatwą do pojęcia, że w samymże mięśniu kurczącym się ten zbawienny wpływ ruchu nie tylko nie jest mniejszym, lecz przeciwnie musi być większym, to jest, iż do kurczącego się czyli do działającego mięśnia krwi więcej przyływa i takowa go lepiej i dokładniej przesiąka. Widzieć to możemy na sobie samym,

np. z ciężkimi (I) w rękach wykonywając rękami ruchy przydłużone aż do zmęczenia: spostrzeżemy wtedy, iż nam ręce nieco zgrubiały i zeszywniały, co pochodzi od większego przyływu krwi w mięśnie tych ćwiczonych części. A że mięśnie do odżywiania swego i do wykonywania swych czynności potrzebują nieprzestannego i energicznego przyływu krwi do swego mięszu, o tém pouczają nas nowożytnie doświadczenia Stanniusa i Brown Séq uarda, z których okazuje się, iż stężenie równe pośmiertnemu (*rigor mortis*) powstawało natychmiast w tych mięśniach, do których przyływ krwi zatamowali, a stężenie to ustępowało zaraz po usunięciu zapory krążenia.

Zresztą, na coż tu tyle i tak wyszukanych dowodów, kiedy codziennie na sobie i na innych widzimy, że mięśnie ćwiczone wzrastają i mocniejszymi się stają, zaniedbane zaś i niećwiczone cieńszeją i słabną. I tak ludzie, których zatrudnienie codzienne wymaga znacznego sił fizycznych wyteżenia jak *np.* kowale, rzeźnicy, majtkowie na okrętach, żołnierze i t. d., jeżeli mają dostateczne pożywienie, obfitują w siły fizyczne znacznie więcej, niż ludzie siedzący przy stoliku i zaniedbujący ćwiczenia swych mięśni. Ci ostatni, jeżeli się dobrze żywią, nabywają wprawdzie dobrej tuszy i tak zwanego dobrego wyglądu, lecz siły ich fizyczne są o wiele słabsze, niż u tamtych, a o rozlicznych cierpieniach i nieraz bardzo dolegliwych, które brak ćwiczeń fizycznych u nich powoduje, nie chcę nic mówić; oni sami dobrze o nich wiedzą.

(1) Jestto przyrząd gimnastyczny żelazny w kształcie dwóch kul drążkiem ze sobą połączonych.

Lecz o ile skuteczném i zbawienném jest umiarkowane i należycie obliczone ćwiczenie sił fizycznych, o tyle znowu szkodliwém stać się może ich nadużycie.

Pomijam tu już złe skutki spływające na cały organizm z nadużywania ćwiczeń fizycznych, to jest z przedsiębrania ich bez miary i nad siły ćwiczącego, a wymienię tylko jeden, miejscowy, to jest szkodliwy wpływ na same nad siły lub bez miary natężane mięśnie. Zbyteczny przypływ krwi do mięśni nad miarę ćwiczonych może w nich wywołać różne zapalenia z ich następstwami, a co więcej, mięśnie nad miarę użyte więdną i stłuszczeniu ulegają zupełnie tak samo, jakby całkiem zaniedbanymi były.

A zatem, jak już wyżej powiedziałem, *ćwiczenia powinny być należycie obliczone*, to jest raz nie powinny przechodzić sił ćwiczącego się, a powtórę powinny być robione z pewnymi miarowemi odpoczynkami, by znużone mięśnie wypocząć mogły.

W zasadzie umieszczonej na wstępie powiedziałem, iż ćwiczenia powinny być *systematyczne*. Pod tém słowem „systematyczne“ rozumiem ćwiczenia w ten sposób przedsiębrane, aby w ruchach odbywanych wszystkie lub przynajmniej wszystkie większe dowolne mięśnie udział brały. Ćwiczenia częściowe mogą i powinny być nieraz użyte, lecz tylko w tak zwanój gimnastyce lekarskiej i tylko za przepisem świadomego rzeczy lekarza; w gimnastyce zaś dla zdrowych, w tak zwanój gimnastyce higienicznej czyli fizyologicznej strzedz się należy częściowych tylko ruchów.

Mówiąc o wpływie ćwiczeń gimnastycznych na pojedyncze mięśnie, wykazałem, iż te mięśnie, które przy

ćwiczeniu czynny udział biorą, wzrastają i siła ich się powiększa, mięśnie zaś nieczynne i przy ćwiczeniu innych mięśni zaniedbane słabną i wędną. U człowieka zdrowego wszystkie mięśnie powinny być w pewnej równowadze co się tyczy ich siły, to jest, każdy mięsień powinien posiadać siłę odpowiednią swemu przeznaczeniu fizyologicznemu. Brak téj równowagi sprowadza mniej więcej widoczne i czynnościom całego ustroju szkodliwe skutki. Przez takie częściowe ćwiczenie wprawiane mięśnie wprawdzie tężeją i wzrastają, ale wzrastają kosztem i z uszczerbkiem mięśni zaniedbanych, które wreszcie rażąco słabszemi się stają i w obec silnych mięśni innéj gromady nieudolnie tylko lub nawet wcale nie są w stanie pełnić swe fizyologiczne przeznaczenie.

Żeby przykładem rzecz lepiej objaśnić, wspomnę tu tylko o mięśniach przyczepionych do bocznych części stosu pacierzowego. Stos pacierzowy jest — jak wiadomo — słupem ruchowym, jakby łańcuchem złożonym z pojedynczych ogniw (kręgów), które wprawdzie ściśle i mocno są połączone ze sobą, jednakże w ten sposób, iż stos kręgowy z łatwością na wszystkie strony wyginać się może. Mięśnie uczone w różnych kierunkach do niego, będąc w spoczynku lub też czynne wszystkie naraz, utrzymują tę ruchomą kolumnę w kierunku prostym, to jest odpowiednim równowadze ciała ludzkiego. Wystawmyż sobie teraz, że w skutek częściowych ćwiczeń w wieku młodocianym gromada mięśni *np.* z prawej strony przyczepionych do stosu pacierzowego wzrosła do tego stopnia, iż prawie w dwójnasób siłą swą przenosi siłę gromady swych antagonistów z drugiej strony stosu pacierzowego. Nieuniknioném następstwem będzie w tym razie, iż stos pacierzowy, jako ruchliwa kolumna, ku téj

stronie się przegnę, z której silniejsze mięśnie go ciągną. Skutkiem więc częściowego ćwiczenia, w tym razie, będzie skrzywienie stosu pacierzowego na bok, z wygięciem nieprawidłowém żeber i podniesieniem w górę łopatki.

I. Gimnastyka higieniczna.

Ćwiczenia gimnastyczne dla zdrowych powinny być, jak to dopiero co wykazałem, wszechstronne; w ruch wciągnięte powinny być, o ile się da, wszystkie mięśnie dowolne: dla tego i technika gimnastyczna, o ile do niej należy wynajdywanie różnych ruchów, nie jest rzeczą obojętną.

Zawiadowca zakładu gimnastycznego i kierujący ruchami ćwiczącą się młodzieży powinien być człowiekiem światłym i obeznanym z anatomią, a przynajmniej z nauką o kościach i mięśniach, by wiedział, któremi ruchami które mięśnie lub które gromady mięśni się ćwiczą i by mógł według tego wynajdywać świeże ruchy, lub modyfikować dawne.

Zakład gimnastyczny zostawać powinien pod dozorem lekarza obznajomionego ze stroną techniczną gimnastyki. Lekarz i zawiadowca gimnastyki powinni uzupełniać się nawzajem. W urządzeniu zakładu, w zastosowywaniu ruchów, a mianowicie w wynajdowaniu nowych ruchów lub w modyfikowaniu dawniejszych zawiadowca gimnastyki powinien zasięgać rady lekarza. Lekarz dozorujący powinien od czasu do czasu zwiedzać zakład w godzinach ćwiczeń, by się mógł tém pewniej przekonać o odpowiedniem wykonaniu techniki gimnastycznej. Wszyscy nowo przyjęci ćwiczeńcy powinni mu być

przedstawieni, by mógł osądzić, czy i o ile ćwiczenia gimnastyczne są dla nich potrzebne i w jaki sposób zastosowane być mają.

Technika gimnastyczna powinna być prostą i pojedynczą, o ile to być tylko może. Im mniej aparatów używa się do tego, tém lepiej, byleby tylko wystarczyły do zadość uczynienia głównemu zadaniu, to jest by za pomocą takowych ćwiczonemi być mogły wszystkie mięśnie.

W gimnastyce przyjętą powinna być ta zasada, że młodzież chodzi do zakładu nie po to, by gimnastyki uczyć się, lecz by gimnastycznie ćwiczyć się mogła. Przez uczenie się bowiem gimnastyki rozumiéćby można wyuczenie się sztuczek i figlów gimnastycznych, jakimi nas po teatrach lub arenach bawią linoskoczki lub inni gimnastyczni wykpi grosze, a o to nam przy ćwiczeniu młodzieży wcale nie chodzi. Młodzież powinna się *ćwiczyć* gimnastycznie, to jest zapomocą pewnych ruchów ćwiczyć swe mięśnie i rozwijać swe siły fizyczne, by się tém więcej usposobić do gimnastyki umysłowej, czekającej ją po gimnazyach i na uniwersytecie. Zadaniem ćwiczeń fizycznych po zakładach gimnastycznych powinno być utrzymanie równowagi z ćwiczeniami umysłowemi po uczelniach.

Tylko w ten sposób pojęta gimnastyka odpowiedzieć może celowi. Młodzież nasza po gimnazyach i na uniwersytetach, tyle godzin pracy umysłowej poświęcająca, wtenczas dopiero odpowie godnie nadziejom, jakie kraj na nią pokłada, jeżeli obok pracy umysłowej odpowiednio i fizyczne swe siły ćwiczyć będzie po dobrze urządzonych zakładach gimnastycznych. W ten sposób

urządzone wychowanie publiczne wyda nam ludzi, którzy krajowi i społeczeństwu chlubą i pomocą się staną.

Lecz nietylko dla młodzieży uczącej się ćwiczenia gimnastyczne są potrzebne, niemniej potrzebują ich ludzie pracy umysłowej całkiem oddani i przy stoliku lub w biurze całe dnie przepędzający. Ci ludzie, w naszym kraju, trapieni zwykle rozmaitemi dolegliwościami z wadliwego trawienia pochodzącymi, zastoinami w żyłach brzusznych, tak zwanymi hemoroidami i innymi różnorodnymi a nieraz bardzo dolegliwymi cierpieniami, pozbyliby się ich pewno lub nie podlegaliby im wcale, gdyby uczęszczali na ćwiczenia gimnastyczne, a umiarkowanym, systematycznym i do sił zastosowanym ćwiczeniem swych mięśni wszystkie sprawy swego organizmu w ciągłej i prawidłowej czynności utrzymywali.

Dokładne urządzenie zakładów gimnastycznych i należyte pojęcie swego zadania ze strony zawiadowcy zakładu — zachęci najpewniej tak młodzież uczącą się, jakoteż i ludzi umysłowo pracujących do brania udziału w ćwiczeniach.

Nie będę tu opisywał szczegółowo całej techniki gimnastycznej, gdyż przechodziłoby to zakres, jaki temu pismu nazaczyłem; uważam jednakże za potrzebne wymienić pokrótce wszystkie ważniejsze ruchy gimnastyczne, oraz wyszczególnić, które mięśnie lub gromady mięśni przy tych ruchach głównie są czynnymi.

Wyszczególnienie pojedynczych mięśni, czynnych przy pewnych ruchach gimnastycznych, uważam za ważne przedewszystkiém ze stanowiska lekarskiego z przyczyny, że tym tylko sposobem dopilnować można w gim-

nastycie higienicznej, by ruchy systematycznie wykonywano; a powtóre w *gimnastyce lekarskiej* na tój podstawie robić można wybór ruchów, któremi cele terapeutyczne osiągnąć zamierzamy.

Mówiłem, że przy gimnastyce ćwiczonemi być winny, o ile to być może, wszystkie mięśnie dowolne. Dla tём pewniejszego i łatwiejszego dopilnowania, czy wszystkie te mięśnie przy wykonywaniu ruchów gimnastycznych się ćwiczą, wyliczam tu pojedyncze mięśnie gromadami tak, jak takowe są czynne przy ruchach gimnastycznych, które później wyszczególnię.

Mięśnie wyłącznie twarzowe, tak zwane mimiczne i do żucia służące, pomijam, gdyż one nie należą w zakres mięśni przy gimnastyce higienicznej ćwiczyć się mających.

Zaczynam od mięśni tułowia, potem przejdę mięśnie karku, mięśnie odnóg górnych i odnóg dolnych.

Przy postawie prostej wykonanej z niejakiem nateżeniem większa część tych mięśni jest czynną. Przez stosowne i odpowiednie działanie znacznej części mięśni tułowia i odnóg dolnych utrzymuje się równowaga całego ciała i tym sposobem człowiek jest w stanie utrzymać się bez zachwiania na nogach w jednej postawie. Z téjto przyczyny postawa ta jest tak męczącą i ćwiczeniec nie powinien nigdy długo w nięj zostawać.

Przy chodzeniu, prócz mięśni tułowia utrzymujących go w postawie prostej, czynnymi są głównie mięśnie miedniczo-udowe (*mm. psoas, iliacus*, następnie *mm. glutaei, pyriformis*), dalej mięśnie prostujące udo (*mm. extensores cruris*), a wreszcie także *mm. łytkowe (mm. gastrocnemii)*. Ponieważ w tój postawie gromady mięśni

tylko połowiczo na raz są czynnymi, to jest, gdy mięśnie jednej połowy ciała są czynne, drugie tymczasem odpoczywają: dla tego ta postawa znacznie mniej męczy, niż poprzednia.

Przystępuję teraz do wyszczególnienia pojedynczych gromad mięśni czynnych przy pewnych ruchach pojedynczych.

1. Mięśnie zginające tułów'. Tu należą przedewszystkiem *mm. brzuszne* i *udowo-miedniczne przednie*: m. prosty brzucha (*m. rectus abdominis*) i mm. skośne brzucha (*mm. obliqui abdominis*), mm. lędźwioudowy większy i mniejszy (*mm. psoas maj. et min.*) i m. biodrowy wewnętrzny (*m. iliacus int.*).

2. Mięśnie prostujące tułów'. Tu należą: *mm. pleczne* jeśli naraz działają, jakoto m. wyprostny grzbietowy wspólny (*m. extensor dorsi comm.*), krzyżolędźwiowy (*sacrolumbalis*), najdłuższy grzbietu (*longissimus dorsi*) i najszerszy grzbietu (*latissimus dorsi*); nadto *mm. udowobiodrowe tylne*, jakoto mm. pośladowe (*mm. glutaei*), zasłonowe (*obturatorii*) i gruszkowaty (*pyriformis*).

3. Mięśnie zginające tułów' na boki: mm. pleczne i piersiowo-brzuszne, działając razem po jednej tylko stronie.

4. Mięśnie podnoszące ramię z pionu dolnego na zewnątrz do poziomu i pionu górnego: m. naramienny (*m. deltoides*) i nadgrzebieniowy (*supraspinatus*).

5. Mm. podnoszące ramię z pionu dolnego na przód do poziomu i pionu górnego: m. naramienny (*m. deltoides*) i mm. piersiowe (*mm. pectorales*).

6. Mm. podnoszące ramię z pionu dolnego w tył do ukosu: m. naramienny (*m. deltoides*) i najszerszy grzbietu (*latissimus dorsi*).

7. Mm. sprowadzające ramię z górnego pionu na doł i w tył do dolnego pionu: m. najszerszy grzbietu (*latissimus dorsi*), podgrzebieniowy (*infraspinatus*) i wątkowy mniejszy i większy (*teres minor et major*).

8. Mięśnie zginające przedbark: m. dwugłowy barku (*m. biceps brachii*), barkowy wewnętrzny (*brachialis int.*), kruczbarkowy (*coracobrachialis*) i wywrotny krótki (*supinator brevis*).

9. Mm. prostujące przedbark: m. trójgłowy barku (*m. triceps brachii*) i łokciowy czwarty (*anconeus quartus*).

10. Mięśnie skręcające przedbark na wewnątrz, t. zw. nawrotne (*pronatores*): m. nawrotny okrągły (*m. pronator teres*), promieniowy wewnętrzny (*radialis internus*) i nawrotny czworoboczny (*pronator quadratus*).

11. Mm. skręcające przedbark na zewnątrz czyli t. zw. wywrotne (*supinatores*): m. wywrotny długi (*supinator longus*) i wywrotny krótki (*supinator brevis*).

12. Mm. zginające dłoń: zginacz napięstka łokciowy i promieniowy (*flexor carpi ulnaris et radialis*), dłoniowy długi (*palmaris longus*), i zginacze palców (*flexores digitorum*).

13. Mm. prostujące dłoń: m. wyprostny napięstka promieniowy i łokciowy (*m. extensor carpi radialis et ulnaris*) i mm. wyprostne palców (*mm. extensores digitorum*.)

14. Mięśnie zginające dłoń na boki, a mianowicie
 a) na wewnątrz, czyli ksobne: zginacze i wyprostne napięstka promieniowe (*mm. flexores et extensores carpi radiales*);
 b) na zewnątrz czyli odsiebne: zginacze i wyprostne napięstka łokciowe (*mm. flex. et extens. carpi ulnares*).

15. Mm. podnoszące kończynę dolną na przód, do góry, w kierunku prostym: m. łądziwioudowy większy (*m. psoas maj.*) i biodrowy zewn. (*iliacus int.*); współdziałające: mm. wyprostne goleni (*extensores cruris*).

16. Mm. podnoszące kończynę dolną na przód, do góry, w kierunku ukośnym na zewnątrz: m. łądziwioudowy (*m. psous*), biodrowy wewn. (*iliacus int.*), pośladowy największy (*glutaeus maximus*) górnemi pęczkami i pośladowy średni (*glutaeus medius*).

17. Mm. podnoszące kończynę dolną na zewnątrz, do góry: mm. pośladowe największy i średni (*mm. glutaei max. et med.*) i m. obszerny uda zewnętrzny (*m. vastus ext*).

18. Mm. podnoszące kończynę dolną w kierunku ukośnym tylnym: mm. pośladowe (*mm. glutaei*).

19. Mm. podnoszące kończynę dolną w tył: mm. pośladowe (*mm. glutaei*), gruszkowaty (*pyriformis*), zasłonowe (*obturatorii*) i bliźniacze (*gemelli*).

20. Mm. przyciągające kończynę dolną ku wewnątrz: m. obszerny uda wewn. (*m. vastus int.*) i kso-bne długi, krótki i wielki (*adductores: longus, brevis et magnus*).

21. Mm. zginające przedudzie: m. dwugłowy uda (*m. biceps femoris*), półbłoniasty (*semimembranosus*), półścięgnisty (*semitendinosus*), podkolanowy (*popliteus*) i dwugłowy łytki (*gastrocnemius*).

22. Mm. prostujące udo: m. wyprostny czworogłowy (*extensor quadriceps*).

23. Mm. prostujące stopę i podnoszące piętę do góry: m. dwugłowy łytki (*m. gastrocnemius*), piętowy (*soleus*), i szczupły (*gracilis*); piszczelowy tylny (*tibialis posticus*) i t. d.

24. Mm. zginające stopę i podnoszące palce do góry: m. piszczelowy przedni (*m. tibialis ant.*), łytkowy trzeci (*peronaeus tertius*) i mm. wyprostne palców (*extensores digitorum*).

25. Mm. zginające stopę na zewnątrz: m. łytkowy trzeci (*m. peronaeus tertius*), łytkowy długi (*peronaeus longus*) i łytkowy krótki (*peronaeus brevis*).

26. M. zginający stopę na wewnątrz: m. piszczelowy tylny (*m. tibiabis posticus*).

27. Mm. zginające głowę na przód: m. sutkomostkowy (*m. sternocleidomastoideus*), m. długi szyi (*m. longus colli*), m. prosty głowy przedni wielki i mały (*rectus capitis anticus major et minor*).

28. Mm. prostujące głowę: m. kapturowy (*m. cucullaris*), kłębkowy głowy i szyi (*splenius capitis et colli*), dwubrzuśny karku (*biventer cervicis*) i spleciony karku (*complexus cervicis*).

29. Mm. zginające głowę na boki: dźwigacze klatki (*mm. scaleni*), m. prosty głowy boczny (*m. rectus capitis lateralis*), sutkokarkowy (*trachelomastoideus*), poprzeczny karku (*transversus cervicis*) i wstępujący karku (*cervicalis ascendens*).

30. Mm. zbliżające łopatki i podające ramiona w tył: m. kapturowy (*m. cucullaris*) i mm. skośnoczworoboczne (*mm. rhomboidei*).

31. Mm. podające ramiona na przód: mm. piersiowe (*mm. pectorales*).

32. Mm. podnoszące ramiona do góry: dźwigacz kąta łopatki (*m. levator anguli scapulae*), mm. skośnoczworoboczne (*mm. rhomboidei*), dźwigacze klatki piersiowej (*scaleni*) i m. sutkomostkowy (*m. sternocleidomastoideus*).

33. Mm. sprowadzające ramię z górnego pionu na przód i na dół: mm. piersiowe (*mm. pectorales*) i m. najszerszy grzbietu (*m. latissimus dorsi*).

Wymieniwszy gromady mięśni czynnych przy pojedynczych ruchach ciała, przechodzę do techniki gimnastycznej.

Technikę gimnastyczną stanowi właściwe wykonanie ruchów gimnastycznych. Ruchy gimnastyczne są to w pewne formy ujęte i na komendę wykonywane ruchy pewnych mięśni lub gromad mięśni.

Ruchy gimnastyczne mogą być *proste* i *złożone*, *wolne* lub *z pomocą pewnych przyrządów wykonane*.

Ćwiczenia gimnastyczne powinny się rozpoczynać zawsze od prostych i to ile możliwości pojedynczych ruchów, wolnych i z pomocą ciężek.

Ruchy proste są te, w których pojedyncze tylko gromady mięśni są czynne; ruchami złożonymi zwiemy te, do których wykonania potrzeba udziału kilku gromad mięśniowych.

Do ruchów prostych należą: tak zwane *ruchy wolne* wykonywane bez żadnych przyrządów i *ruchy z ciężkami*, które jeszcze do prostych liczymy, chociaż właściwie w nich już przynajmniej dwie naraz gromady mięśni są czynne, mianowicie gromada mięśni wykonywająca ruch ramieniem, a powtóre ta gromada mięśni, za pośrednictwem której dłoń ciężkę utrzymuje.

Do ruchów złożonych należą przede wszystkim ruchy na przyrządach gimnastycznych wykonywane, jakoto na linach, na bancie, na poręczkach, na koźle, drewnianym koniu i t. d.; w tych bowiem ruchach bierze czynny udział wiele gromad mięśniowych naraz.

Na przyrządach także dadzą się wykonywać ruchy pojedyncze, *np.* przy podnoszeniu się ramionami na bancie lub na obręczkach czynnymi są głównie mięśnie zginające przedbark, lecz i tu już biorą udział, choć podrzędny, i inne gromady mięśni *np.* mięśnie zginające palce, zbijające bark do klatki piersiowej i t. d.

Do ruchów złożonych liczymy także i wolne ruchy lub ruchy z ciężkami wtenczas, kiedy ruch ten naraz kilka gromad mięśni zatrudnia, *np.* przysiad kozacki z podniesieniem ramion do poziomu i zginaniem takowych w stawach łokciowych, lub trzymanie ramion w położeniu poziomem i opisywanie ósemki trzymaną w dłoni ciężką.

Ruchy proste, tak wolne jakoteż z pomocą ciężek, zasługują na pierwszeństwo w gimnastyce, gdyż temi ruchami mamy w mocy wszystkie pojedyncze gromady mięśniowe i możemy nimi kierować według upodobania. Te więc ruchy odpowiadają najlepiej pierwszej zasadzie gimnastycznej, to jest, by z umiarkowaniem a systematycznie ćwiczyć wszystkie mięśnie.

Ruchy na przyrządach wciągają na raz we współdziałanie wielką ilość gromad mięśniowych, dzieją się więc ze znacznem natężeniem; prócz tego, zapomocą tych ruchów gimnastyk nie jest nigdy w stanie kierować pojedyncze ni gromadami mięśni tak, jak to czynić może przy ruchach prostych.

A zatem przyjąć należy za zasadę, iż *ruchy proste*, to jest tak zwane *wolne ruchy* i *ruchy z ciężkami*, stanowić powinny podstawę wszystkich ćwiczeń gimnastycznych. Ruchy zaś złożone i na przyrządach wykonywane dobre są także, dla nadania większej zręczności człon-

ków i dla podniesienia odwagi ćwiczeńca, lecz powinny w zakładzie gimnastycznym drugie po ruchach prostych zajmować miejsce.

Ruchy proste dzielą się, jak już powiedziałem, na *wolne ruchy* i *ruchy z ciężkami*. Zporządku więc przejdziemy pokrótce najprzód pierwsze, potem drugie.

Postawa do ruchów wolnych powinna być o ile możliwości niewymuszona, — głowa do góry wzniesiona tak, aby wzrok na 20 kroków na przód na ziemię padał, — ramiona nieco w tył podane, przez co klatka piersiowa wystąpi na przód, — brzuch powinien być wciągnięty, — pięty do kupy stulone, a palce na zewnątrz podane, — ramiona w łokciach zgięte, a dłońmi na biodrach oparte. W tej więc postawie wykonywa się ruchy, dla tém epszego ich skontrolowania podzielone na czasy. Każdy ruch należy powtórzyć kilka razy *np.* 6, 10, 12, i t. d. tak długo, dopóki małe zmęczenie nie zacznie ostrzegać, by już przestać. Po takim powtórzonym ruchu należy dać krótki wypoczynek, a potem powtórzyć ten sam ruch z drugiej strony.

A. Do ruchów wolnych należą:

1. Zginanie tułowia na przód, (czynne mięśnie gromady 1).
2. Zginanie tułowia w tył, (czynne mm. gr. 2).
3. Zginanie tułowia na bok, (cz. mm. gr. 3).
4. Zginanie głowy na przód, w tył i na boki, (czynne mm. grom. 27, 28, 29).
5. Prysiud kozacki, (czynne mm. w I. czasie gr. 17, 21; w drugim czasie gr. 18, 22, 20).

6. Podnoszenie nogi w różnych kierunkach, (czynne mm. gr. 15, 16, 17, 18, 19).

7. Kolankowanie, (czynne mm. gr. 15 i 21).

8. Piętowanie, (czynne mm. gr. 21).

9. Podnoszenie się na palcach, (czynne mm. gr. 21 wraz z 22).

10. Postawa szermierska na lewej nodze, z wystawieniem na przód prawej nogi i prawego ramienia, (czynne mięśnie, na nodze lewej, gr. 21, —23, 15, 19; na nodze prawej gr. 15, 21; u ręki prawej gr. 4 i 8).

11. Podniosłszy nogę na przód do poziomu, ruszać stopą, to jest zginać i prostować ją naprzemian, (czynne mm. gr. 15, 23, 24).

12. Z tej samej postawy, poruszać stopą na wewnątrz i na zewnątrz, (czynne mm. gr. 15, 25, 26).

13. Postawa na jednej nodze; drugą krążyć lejko-wato około jej podstawy, (czynne mm. gr. 15, 16, 17, 18, 19, 20).

14. Postawa na jednej nodze; drugą, podniesioną do poziomu, w różnych kierunkach wyrzucać, (czynne mm. w czasie I. gr. 15, 16, 17, 18; w czasie II. gr. 21; w czasie III. gr. 22).

15. Podskok z rozkrokiem i podskok z powrotem nóg do postawy, (czynne mm.: skok gr. 21, 22; rozkrok gr. 17; powrot do postawy gr. 20).

16. *Ósemka oddechowa: Czas I.* Ramię zdrowej strony klatki piersiowej, zgięte w łokciu, opiera się dłonią o żebra zdrowej połowy klatki, —drugie ramię, podniesione do pionu górnego, zgina się w łokciu ponad głowę i obejmuje palcami ucho przeciwnej strony, (czynne mm. gr. 8, 4). *Czas II.* W tém położeniu robi się głąbo-

kie wdechy i wydechy. (Czynne mm. gr. 31 i mm. międzyżebrowe).

B. Ruchy z ciężkami.

Postawa, jak przy ruchach wolnych, z tą tylko odmianą, iż ramiona, obciążone ciężkami w kierunku pionowym dolnym, przylegają do ciała. W tych wszystkich ruchach czynnymi są, oprócz mięśni szczegółowym ruchom przewodniczących, także zawsze mięśnie zginające palce, gdyż zapomocą tych mięśni ręka utrzymuje ciężkę.

1. Ruch pływających, (czynne mięśnie gr. 5 i 7).
2. Ruch odwrotny, (czynne mm. gr. 6 i 32).
3. Podnoszenie ciężek z pionu dolnego w górę aż pod pachę, (czynne mm. gr. 8).
4. Podnoszenie ciężek z pionu dolnego na przód aż do stawu ramieniowego, przyczém staw łokciowy przylega do klatki piersiowej, (czynne mm. gr. 8 i 11).
5. Podnoszenie ciężek z téj saméj postawy w tył na wewnątrz, tak, by ciężką dotknąć przeciwnej łopatki, (czynne mm. gr. 8 i 10).
6. Zginanie przedbarku w położeniu ramion poziomém zewnętrzném i naprzemian prostowanie go, (czynne mm. gr. 8, 9).
7. W tém samym położeniu ramion zginanie i wyprostowywanie dłoni w stawie korzenia ręki, (czynne mm. gr. 4, — 12 i 13).
8. W tém samym położeniu ramienia opisywanie dłonią ósemki, (czynne mm. gr. 4, — 12, 13, 14).
9. Prysiud kozacki z postawą ramion poziomą zewnętrzną i pięścią palcami w górę obróconą; przytém w czasie przysiadania zginanie przedbarku tak, by ciężką dotknąć obojczyka, i naprzemian przy podnoszeniu się

prostować przedbark. (Czynne są w pierwszym czasie mm. gr. 4, 11, — 8, 12, — 17, 21; w drugim czasie gr. 4, 11, — 8, 13, — 18, 20, 22).

10. Ruch ziewających, (czynne mięśnie w I. czasie gr. 17, 21, — 6, 32; w drugim czasie gr. 18, 20, 22, — 33).

11. Ruch rękaczy, (czynne mm. w I. czasie gr. 21, 22, — 2, 5; w II. czasie, gr. 21 i 22, — 1, 33).

12. Ruch kosarzy, (czynne mm. gr. 21, — 1, — 22, — 2, 5, 7, — 6, 8, 9).

13. Postawa szermierska i osada na lewój nodze, prawa noga na przód; głowa do góry; lewa ręka wygięta w tył na wewnątrz pod łopatkę prawą, a prawa podana na przód, ramię w poziomie przednim na wpeł zgięte w stawie łokciowym, (czynne mm. grom. 17, 21, 23, — 8, 10, — 5, 14).

Ruchy, które dopiero co opisałem, nie zamykają wcale liczby ruchów używanych po zakładach gimnastycznych, i owszem podobnych ruchów jest jeszcze bardzo wiele.

Lecz nam tu nie chodzi o to, by wyczerpnąć całą technikę gimnastyczną; uważam raczej za potrzebne wykazać zasady, według których technika gimnastyczna wykonywana być winna.

Ruchami, które powyżej wymieniłem, ćwiczonemi są prawie wszystkie dowolne mięśnie ciała ludzkiego. Ruchy te należą do tak zwanój gimnastyki pokojowój i mogą być wszędzie, bez żadnych szczególnych przyrządów, wykonywane.

Ruchy na przyrządach gimnastycznych są więcęj złożone, mogą być robione tylko w zakładzie i pod przewodnictwem biegłego w swym fachu gimnastyka.

Jak już wyżej powiedziałem, ruchy na przyrządach zajmować powinny drugie dopiero miejsce po ruchach wolnych i z ciężkami; jednak w zakładzie i te ruchy ważną odgrywają rolę. Niemi ćwiczą się, podobnie jak wyżej opisanemi ruchami, także wszystkie mięśnie; tylko że ich tak w mocy swój nie mamy, jak w ruchach prostych. Dalej zapomocą tych ruchów nabywa ciało ćwiczeńca, pewnej lekkości, zręczności i zwinności; a wreszcie, ponieważ wykonanie niektórych z tych ruchów czasami niebezpieczném się być zdaje, wyrabia się niemi u ćwiczeńca odwaga.

Najważniejsze przyrządy gimnastyczne są następujące:

1. *Ciążki żelazne* w kształcie dwóch kul drążkiem ze sobą połączonych. Ciężki te powinny być parzyste; obydwie ciężki jednej pary powinny mieć ściśle tę samą wagę. Waga ciężek zastosowaną być powinna do siły ćwiczeńców, dla tego też w zakładzie powinny się znajdować ciężki różnej wagi, a mianowicie od 1 funta do 9 funtów.

2. *Wiszące sznury z obręczkami*. Na poprzecznej wysoko położonej belce wiszą na dwóch, około 2 stóp od siebie oddalonych mocnych hakach dwa dobrze ukrecone, mocne sznury. Na dolnych końcach tych sznurów wiszą żelazne obręczki. Odległość tych obręzek od ziemi powinna być różna, w miarę wysokości ćwiczeńca.

3. *Bant*. Jestto okrągły, gładki drewniany drążek, ułożony poziomo na dwóch w ziemię w bitych słu-

pach. Wysokość tego drążka powinna być także różna, w miarę wysokości ćwiczeńca.

5. *Poręczki*. Są to dwie równoległe do siebie ustawione poręcze wysokości czterech do pięciu stóp. Odległość tych poręczy od siebie powinna być około 2 stóp.

5. Kozieł do skakania, na nogach ruchomych, to jest mniej lub więcej wysuwać się dających. Kozieł ten powinien być ciężki i z szeroką podstawą, by się przy skoku nie przewrócił.

6. Koń drewniany do wołyżowania, także na ruchomych nogach, na grzbiecie wysłany poduszką i miękkim siodłem opatrzony.

Oprócz tych przyrządów powinny znajdować się w zakładzie gimnastycznym także *drabiny drewniane*, pionowo, ukośnie i na podwyższeniu poziomo ułożone; *drabinki sznurowe* podwójne i pojedyncze; *sznury* wiszące do wdrapywania się i *słupy* drewniane różnej grubości do tego samego użytku. Dalej *bariery* i *rowy* różnych rozmiarów do przeskakiwania; *dziryty* lub *tarce* do rzucania; *kopije* i *pałasze* do szermierki.

Jakim sposobem ćwiczenia odbywać się winny na tych przyrządach, opisywać tutaj nie będę; należy to już do właściwej techniki gimnastycznej. Dodać tylko muszę, iż, jakkolwiek potrzebne i po zakładach niezbędne są ćwiczenia na tych przyrządach, nierównie jednak ważniejsze są wolne ruchy i ruchy z ciężkami, czyli tak zwana gimnastyka pokojowa.

II. Gimnastyka lekarska.

Już we wstępie starałem się wykazać, że ćwiczenia gimnastyczne wcale nie są obojętnym środkiem, lecz

przeciwnie, że znaczny tak miejscowy na mięśnie, jakoteż ogólny na cały organizm wpływ wywierają. Ćwiczone mięśnie wzrastają i silniejszymi się stają; zaniedbane wędną, nikną a wreszcie zupełnie bezwładnieją. W ciele żwawóm i ruchliwém krążenie odbywa się raźnie i wydzielny wszystkie dzieją się porządnie; u osób leniwych, ociążałych i nieruchliwych i krążenie krwi jest leniwe, a w układzie żylnym tworzą się zastoiny, ztąd tak zwane hemoroidy, obrzmienia wątroby, migreny i inne tym podobne dolegliwości następowe.

Wpływ częstego i żwawego a przytém umiarkowanego ruchu mięśni spostrzegamy dalej w narządzie oddychania, a osobliwie w narządzie trawienia. Osoby należycie ćwiczące swe siły fizyczne rzadko ulegają téj najstraszniejszój a jednak tak częstój chorobie płuc, tak zwanej gruźlicy; przeciwnie najczęściej napotykamy tę chorobę u osób z jakiejśbądź przyczyny fizycznie podupałych, siedzące życie prowadzących i nieruchliwych. Wady trawienia tak w naszym kraju zagnieżdzone, w tak rozlicznój postaci się objawjące, tak niszczące a przytém dokuczliwe, najpewniej dałyby się uniknąć przez dobrze zastosowane, umiarkowane, a przytém systematyczne ćwiczenia gimnastyczne.

Dziś już, jak się zdaje, nie wątpi nikt o zbawionych skutkach, jakie dobrze urządzona i zastosowana gimnastyka wywiera na organizm zdrowego człowieka. Lecz, jeżeli gimnastyka jest tak dzielnym środkiem higienicznym i profilaktycznym, dla czegożby się nie dała użyć także i w chorobliwym stanie jako środek leczniczy? Niewątpliwie też tak jest!—gimnastyka jest środkiem lekar skim i to ważnym, a dobrze zastosowana tam, gdzie była wskazana, bardzo skutecznym środkiem lekarskim.

Jako środek lekarski zastosowano ćwiczenia gimnastyczne, w rozlicznych chorobach nasamprzód w *Szwecyi*, ztąd też dotąd jeszcze gimnastykę lekarską nazywają gimnastyką szwedzką. Świetne skutki w różnych chorobach, jakie otrzymano z zastosowania gimnastyki w zakładach szwedzkich, rozgłosiły sławę gimnastyki szwedzkiej po Europie, i zaczęto tu i owdzie w różnych krajach na sposób szwedzki urządzać zakłady gimnastyki lekarskiej. W różnych miejscach różne ztąd odniesiono skutki: tam, gdzie gimnastykę uważać chciało za środek uniwersalny, zdyskredytowano ją jako środek lekarski i odstręczono publiczność; tam zaś, gdzie na podstawie nauki szukano dla niej wskazań i gdzie ją sumiennie i rzetelnie na zasadzie wskazań stosowano, osiągnięto pożądane skutki, a zakłady takie nietylko nie upadają, lecz przeciwnie, cierpiącej ludzkości przynosząc ulgę i zdrowie, same kwitną i wzrastają.

Wskazania gimnastyczne.

Wykazałem poprzednio, iż ćwiczenia gimnastyczne wpływają na organizm dwojako: raz ogólnie, na cały ustrój, a mianowicie na trzy najważniejsze narządy, jako to narząd oddychania, krążenia i trawienia; a powtórnie miejscowo, na te mięśnie, które się ćwiczą. — Zgodnie z tém działaniem gimnastyki możnaby ułożyć wskazania, według których gimnastyka w różnych chorobach użyta być może i powinna.

Gimnastyka wpływa na narząd oddychania, robi oddychanie raźniejszym i dokładniejszym, a przeto też ułatwia krążenie w naczyniach włoskowatych płuc. Według téj działalności użyta być może w chorobach płuc z niedostatecznym oddychaniem połączonych, jak n. p.

w zadawnionych wypocinach opłucni ze zrośnięciem obu części téj błony; — dalej w przewlekłych nieżytach oskrzeli, w miernój odymce płuc; przy wązkiej klatce piersiowej, w tak zwaném usposobieniu gruźliczém i innych podobnych cierpieniach płuc.

Gimnastyka wpływa dalej na narząd krążenia, mianowicie w ten sposób, iż rańniejszym i zupełniejszym czyni kurczenie się serca, ułatwia krążenie żyłne i w naczyniach mlecznych. A zatém wskazaną będzie w chorobach, w których krążenie, mianowicie żyłne i limfatyczne, leniwie i niedostatecznie się odbywa. Więc w różnorodnych zastoinach żył, w tak zwanych hemoroidach, przy skłonności do częstych nawałów do głowy, w zastoinach żyły bramnej połączonych z obrzmieniem wątroby, w bierném rozszerzeniu komórki prawej niezawisłém od wady organicznej serca, w leniwem krążeniu limfatyczném, w zatkaniach gruczołów limfatycznych i innych wadach tego układu.

Znaczniejszy i więcéj jeszcze wielostronny jest wpływ gimnastyki na czynności narządu trawienia. Już przez wpływ gimnastyki na sprawy oddychania i krążenia nie mało zyskuje sprawa trawienia i odnowy: — lepiej odżywiane ściany żołądka i kiszek rańniej przerabiają w sobie miazgę pokarmową; — szybsze i dokładniejsze krążenie limfatyczne sprawia, iż strawione i przerobione pokarmy łatwiej i prędzej dostają się do krwi; — a ogólnie podniesione odżywianie nie jest też bez wpływu na błonę mięsną kiszek, której siła i czynność podniesiona ułatwia wypróżnianie zaległych w kiszkacli pozostałości trawienia i chroni od tak częstych w kraju naszym zatkaił łajnistych. — Wskazaną więc gimnastyka będzie w długotrwałych nieżytach żołądka i jelit, w złém trawieniu (*dys-*

pepsia) połączoném z nieprawidłowém rozděciem żołądka, w zwyczajowém zatykaniu się jelit grubych (*obstructio alvi habitualis*), w niezycie kiszki odchodowej połączonym z rozszerzeniem żył hemoroidalnych (krwawnicowych), w niezycie kiszki ślepej ze zwyczajowém tworzeniem się zatkai w tém miejscu i w rozlicznych innych długotrwałych cierpieniach tego narządu.

Gimnastyka, działając na te trzy tak ważne i żywotne narządy ustroju ludzkiego, wpływa tém samym korzystnie na czynności całego ustroju w ogóle. Wzmagając odżywianie, polepsza i przeistacza skład krwi i lepszym czyni odżywianie pojedynczych części ustroju, a mianowicie układu kostnego i nerwowego. — Wskazaną więc będzie gimnastyka we wszelkiego rodzaju chorobach kości pochodzących ze złego się odżywiania, mianowicie w zmiękczeniu kości (*osteomalacia*) i w tak zwanéj chorobie angielskiej czyli krzywicy (*rhachitis*). Dalej w nieprawidłowém rozdrażnieniu nerwowém (*irritatio nervosa*) pochodzącém z niedostatecznego lub wadliwego odżywiania ośrodków nerwowych, w hysteryi (maciennictwie), w częściowém stłuszczeniu i ubycie rozgałęzień obwodowych nerwów i t. d. Wreszcie w chorobach nieprawidłowy skład krwi za podstawę mających, w tak zwanych zakażeniach (*dyscrasiae*), a zatém w błednicy i niedokrewności, w charakterach różnego rodzaju, w zakażeniu żoźzowém i gruźlicém.

Oprócz tego wielostronnego wpływu, jaki gimnastyka wywiera na cały organizm, przedewszystkiém widoczne jest działanie jéj na ćwiczone mięśnie. Na wstępie starałem się wykazać, jakim sposobem i o iló wpływają ćwiczzenia gimnastyczne na wzrost i wzmacnianie się mięśni; teraz zadaniem mojem będzie na téj podstawie

wykazać, o ile i kiedy gimnastyka użyta być może jako środek lekarski ku podniesieniu odżywiania mięśni.

W tych razach gimnastyka użyta być winna albo *całkowita*, albo *téż częściowa*. Całkowita, t. j. systematyczne ćwiczenie wszystkich mięśni ciała, wskazana jest w ogólnym ubycie mięśni, jaki napotykamy u osób słabowitych i po ciężkich a długoletnich chorobach.

Do użycia gimnastyki częściowej, ćwiczącej pojedyncze tylko mięśnie lub gromady mięśni, potrzebne są szczegółowe wskazania. I tak częściowe ćwiczenia wskazane są przy porażeniach częściowych, n. p. połowicznych lub tylko miejscowych. W tym razie ćwiczyć należy mięśnie i gromady mięśni porażone, nie zanedbując przytém i ćwiczeń ogólnych.—W częściowém stłuszczeniu mięśni wskutek długiego ich nieużywania, jak n. p. w mięśniach odnóg po złamaniach lub po goścu długotrwałym.—Wreszcie częściowe ćwiczenia użytymi być winny w skrzywieniach stosu pacierzowego powstałych wskutek przewagi jednej części mięśni, wpływających na ruch stosu pacierzowego, nad drugimi.

Te są wskazania do użycia ćwiczeń gimnastycznych, jako środka lekarskiego. W tych razach gimnastyka, jeżeli będzie stosownie użyta, uwieńczy niewątpliwie pomyslnym skutkiem rozpoczęte dzieło. Lecz przy użyciu żadnego środka lekarskiego nie potrzeba tyle cierpliwości i wytrwałości, jak przy użyciu gimnastyki, mianowicie częściowej. Lekarz musi mieć silne przekonanie o skuteczności tego środka i powinien go zawsze używać na zasadzie pewnych tylko wskazań, inaczej bowiem zwątpi już w pierwszym miesiącu o skuteczności gimnastyki, i party naleganiami chorego i otaczających go, zarzuci ten

środek, chwytając się innego, mniej skutecznego gdy tymczasem gimnastyka z wytrwałością i uporczywie stosowana byłaby go w kilku miesiącach do celu doprowadziła.

Więcej jeszcze cierpliwości i wytrwałości potrzeba ze strony chorego, by niezważył, nie widząc po pewnym przeciągu czasu prawie żadnych skutków. Lekarz własnym przekonaniem powinien wpłynąć na wiarę chorego. Najprzód należy chorego przygotować na powolne, lecz pewne działanie gimnastyki i nigdy mu nie obiecywać prędkiego terminu wyleczenia. Nic chorego tak nie zraża, wiary i zaufania jego w środek i w lekarza tak nie niszczy jak wahanie się lekarza lub niesprawdzenie się jego przepowiedni.

Pierwszém więc zadaniem lekarza, przed użyciem gimnastyki jako środka lekarskiego, powinno być wzbudzenie zaufania w chorym do tego środka i przygotowanie go na długie trwanie leczenia. Potóm zaś, wzięwszy się raz do dzieła, prowadzić je z całą energią i uporczywie, a jeżeli wskazanie było na pewnych podstawach zrobione, niewątpliwie pomyślny skutek uwieńczy jego prace.

Gimnastyka lekarska stosowana być może w zakładach po temu urządzonych. Przewodnictwem w tych zakładach powinno spoczywać w rękach lekarza gruntownie wykształconego i z techniczną stroną gimnastyki dokładnie obznajomionego.

Oprócz w zakładach gimnastycznych można ćwiczenia gimnastyczne stosować i po domach u pojedynczych chorych. Przyrządy do téj gimnastyki potrzebne są nader proste, tak, iż je każdą razą w domu chorego improwizować można. W niektórych przypadkach niepodobna

jest nawet wozić chorego do zakładu i lekarz jest przymuszonym stosować ten środek lekarski na miejscu.

Ważném i nader pożądaném byłoby zaprowadzenie ćwiczeń gimnastycznych po zdrojowiskach: podniosłyby one znacznie skuteczność takowych. Do zdrojowisk jeżdżą po największej części tacy chorzy, dla których ćwiczenia gimnastyczne są wskazane: i tak jeżdżą tam chorzy, u których sprawa oddechowa jest upośledzona, albo krążenie nieregularne różne dolegliwości powoduje, albo wręcz wadliwe trawienie złego odżywiania staje się przyczyną. Po zakładach zdrojowych znajdujemy *charłaków* ciężkimi chorobami wycieńczonych, *hysteryczki*, których układ nerwowy, niedostatecznie odżywiany, służbę i posłuszeństwo wypowiada. Znajdujemy tam dzieci zołzowe, rachityczne, gromady śledzienników i wróżnym stopniu porażonych. Dla tych wszystkich chorych ćwiczenia gimnastyczne są wskazane, a stosownie użyte niezawodnie by do wyzdrowienia chorych i podniesienia sławy zdrojowiska znacznie się przyczyniły.

Tém skuteczniej działałyby ćwiczenia gimnastyczne na chorych w kąpielach, o ile odbywałyby się mogły na świeżém powietrzu, na tém balsamiczném i lekkim górskim powietrzu.

Zaprowadzenie więc małych, lecz odpowiednich i w potrzebne przyrządy zaopatrzonych zakładów gimnastycznych, wraz z pomieszczeniem przy każdym z nich człowieka fachowego, byłoby dla zakładów zdrojowych arcykorzystnym i skuteczność wód niemało podnoszącym czynnikiem.

o technice gimnastyki lekarskiej.

W pierwszej części powiedziałem, iż w gimnastyce higienicznej wolne ruchy i ćwiczenia z ciężkami na

pierwszeństwo zasługują przed ruchami na przyrządach wykonywanymi. Ta zasada tém więcej jeszcze stosuje się do gimnastyki lekarskiej, gdzie przede wszystkim, a czasem nawet wyłącznie tylko wolne ruchy i ćwiczenia z ciężkami stosowanymi być winny.

Technika gimnastyki lekarskiej posiada jeszcze dwa rodzaje ćwiczeń, których gimnastyka higieniczna wcale nie używa. Temi są *ćwiczenia bierne* i *ćwiczenia częściowe*.

Ćwiczenia bierne polegają na wywołaniu ruchów *in minimo* w mięśniach, porażonych za pomocą bodźców zewnętrznych, jakimi są: nacieranie, ugriatanie brzegami dłoń, smaganie i inne tym podobne mechaniczne bodźce. Do gimnastyki biernej należy także zastosowywanie prądów elektrycznych na porażone mięśnie.

Prądy elektryczne należą do silniejszych bodźców i wywołują kurczenie się mięśni porażonych daleko silniej, niż bodźce mechaniczne. Właśnie dla tego bodźce elektryczne daleko ostrożniej i z większą oględnością stosować należy, niż bodźce czysto mechaniczne: gdyż łatwo, zamiast pomódz, zaszkodzić-by mogły, sprawiając przez przedrażnienie i tak już porażonych mięśni większe jeszcze porażenie.

Ćwiczenia bierne używanymi być winny tylko w obrębie tych mięśni, które jeszcze są zbyt słabe, by ruchy samodzielne wykonywać mogły. Dalej stosować należy także ćwiczenia *bierne naprzemian z czynnymi* tam, gdzie mięśnie wprawdzie już niejaki ruch wykonywać zdołają, lecz gdzie te ruchy są jeszcze zbyt słabe. Wreszcie w ćwiczeniach częściowych, tam gdzie nam chodzi o wzmocnienie pewnych gromad mięśni, można za każdą

razą ćwiczenia czynne poprzedzać ćwiczeniami biernymi, nawet tam, gdzie mięśnie same są w stanie wykonywać ruchy dowolne.

Ćwiczenia częściowe są te, w których zakres wchodzi niektóre tylko gromady mięśni. — Ćwiczenia częściowe podzielić można na dwa rodzaje: *jedne*, gdzie niektóre gromady mięśni przeważnie ćwiczyć należy, nie zaniehbując jednakże przytém i ćwiczeń ogólnych; a *drugie*, gdzie wyłącznie pewne tylko gromady mięśni ćwiczymy, zaniehbując z umysłu ich przeciwdziałaczy (antagonistów).

Pierwsze używamy na różne porażenia częściowe, przyczém jednakże chodzi nam o to, by podnosić odżywianie całego ustroju przez ćwiczenia ogólne.

Drugie zaś, t. j. ćwiczenia mięśni częściowych z zaniehbaniem antagonistów, używamy przedewszystkiém przy skrzywieniach stosu pacierzowego. Wtym razie zaniehbujemy umyślnie mięśnie téj strony, ku której stos pacierzowy jest wygięty, a staramy się ćwiczyć, o ile można, mięśnie strony przeciwnéj. Celem naszym jest wtenczas podniesienie siły tych mięśni, które ćwiczymy do tego stopnia, by swych antagonistów, pociągających zanadto ku swéj stronie stos pacierzowy, zrównoważyć zdołały.

Tyle co do techniki. Pragnących wejrzeć w szczegóły tejże, odsyłam do dzieł traktujących o gimnastyce szwedzkiéj.

Opisawszy wpływ gimnastyki na cały ustrój człowieka i na pojedyncze jego narządy, starałem się oprzeć

na téj działalności gimnastyki *wskazania* do użycia téj-
że jako środka lekarskiego w rozlicznych chorobach.—

Teraz przechodzę do wyliczenia chorób, w których
gimnastyka jest wskazana i równocześnie przy każdéj cho-
robie przytoczę zasady, według których, w téjże ćwicze-
nia gimnastyczne przedsiębrane być winny.

Przegląd chorób, W KTÓRYCH GIMNASTYKA JEST WSKAZANA,

wraz

Z ZASADAMI, WEDŁUG KTÓRYCH
W KAŻDÉJ POJEDYNCZÉJ CHOROBIE STOSOWANA
BYĆ WINNA.

Dział I. Choroby narządu oddychania.

1. Długotrwały niezyt oskrzeli, z mierném rozde-
ciem płuc (*bronchitis chron. cum emphysemate modico*).

Wskazania: 1^o podnieść odżywianie;
2^o poprawić, o ile się da, mechanizm
oddychania.

Zasada gimnast. odpowiednio wskazaniu Imu: ćwi-
czenia ogólne, a mianowicie *wolne ruchy* i *ruchy z ciężka-
mi*; zachowując przytém ostrożność, by chory zanadto się
nie męczył.

Odpowiednio 2. wskazaniu: *Wolne ruchy* Nr. 1, 2,
3, 4; *z ciężkami*, Nr. 1, 2, 10, 11, 12.

Ćwiczenia przedsiębrać co drugi dzień, po godzinie,
z małemi odpoczynkami, przez kilka miesięcy.

2. Zapalenie opłucni przedawnione, z częściowym przyrostem opłucni płucowej do opłucni żebrowej (*pleuritis obsoleta cum partialibus adhaesionibus*).

Wskazania: 1^o podnieść odżywianie;
2^o ułatwić oddychanie ugniecionego i w czynności swój upośledzonego płuca.

Zasada g. Odpowiednio 1. wsk: jak w poprzednim przypadku.

Odpowiednio 2: *wolne ruchy*, mianowicie Nr. 3, 16; *ruchy z ciężkami*, a mianowicie Nr. 1, 2, 10, 12.

Ćwiczenia przedsiębrać co dzień, po 1/2 godziny, z ustępami wypoczynkowymi, przez kilka miesięcy.

3. Usposobienie gruźlicze ze zbyt wąską klatką piersiową (*habitus tuberculosus*).

Wskazania: 1^o podnieść ogólne odżywianie;
2^o działać przez mięśnie podnoszące klatkę piersiową na lepsze rozszerzanie się takowej.

Zasada g. Odpow. 1. wskaz.: jak w poprzednich.
Odpow. 2. „ *wolne ruchy*, przede wszystkim Nr. 1, 2, 3; *ruchy z ciężkami*: Nr. 1, 2, 5, 10, 11, 12.

Ćwiczenia przedsiębrane być winny z początku co drugi dzień, potem co dzień, przez dłuższy czas, rok jeden lub dwa i więcej.

4. *Długotrwałe zapalenie płuc (pneumonia chron. s. hepatistio indurata)*.

Wskazania: 1.) Uregulować krążenie, mianowicie rozprowadzić, o ile się da, zastoiny żyłne;

2.) ile możności dokładniejszym uczynić mechanizm oddechowy.

Zasady g. Odpowiednio 1. wskaz.: wolne ruchy i ruchy z ciężkami, nie dopuszczając nigdy do większego zmęczenia.

Odpowiednio 2. wsk.: *wolne ruchy* Nr. 1, 2, 3, 16; *ruchy z ciężkami* Nr. 1, 2, 5, 10, 11, 12.

Ćwiczenia przedsiębrać co dzień, lub co drugi dzień, przez kilka miesięcy.

Dział II. Choroby narządu krążenia.

1. Rozszerzenie bierne komórki prawej serca (*dilatatio cordis dextri*) (niezależne od wady serca).

Wskazania: 1^o podnieść odżywianie i odnowę;
2^o ułatwić krążenie żyłne i zapobiedz tworzącym się zastoinom żylnym.

Zasada g. — Do 1^o — wolne ruchy, ruchy z ciężkami, a według okoliczności i ruchy na przyrządach.

Do 2^o — *wolne ruchy* Nr. 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14; *ruchy z ciężkami* Nr. 1, 2, 6, 9.

Ćwiczenia odbywać o ile można na świeżem powietrzu, co dzień lub przynajmniej co drugi dzień, przez dłuższy czas.

2. Zastoiny w żyłach odnóg dolnych, z żyłakami.

Wskazanie: — ułatwić krążenie w żyłach odnóg dolnych.

Zasada g.: — *wolne ruchy* Nr. 5, 6, 7, 8, 11, 13; prócz tego umiarkowane i systematyczne ćwiczenia wszystkich mięśni, tak wolnymi ruchami, jakoteż na przyrządach.

Ćwiczenia odbywać co dzień, przez długi przeciąg czasu.

3. Zastoiny w żyłach brzusznych.

Wskazania: 1^o Ułatwić krążenie brzuszne.
2^o Podnieść odżywianie.

Zasada g.—Do 1^o: wolne ruchy: Nr. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8.

Ruchy na przyrządach. — *Na bancie:* kołowrotowe podnoszenie się ramionami do góry na bant, a potem działaniem mięśni brzusznych i udowo-miednicznych: kołowrot brzuszny.

Na sznurach z obręczkami i na poręczkach: kozły w tył.

Do 2^o: ćwiczenia systematyczne, tak wolnemi ruchami, jakotóż na przyrządach.

Ćwiczenia odbywać co dzień lub co drugi dzień według okoliczności, przez dłuższy czas.

4. Zastoiny w układzie limfatycznym z obrzmieniem gruczołów.

Wskazania: 1^o ułatwić, o ile się da, krążenie limfatyczne.

2^o podnieść zapomocą ćwiczeń gimnastycznych ogólną odnowę.

Zasada gimn. *Wolne ruchy, z ciężkami i na przyrządach*—umiarkowanie i systematycznie wykonywać, — zbytecznie się nie męczyć, — częste wypoczynki.

Ćwiczenia odbywać na świeżem powietrzu, z początku co drugi dzień, potem co dzień, — przez długi czas.

Dział III. Choroby narządu trawienia.

1. Długotrwały niezyt żołądka.

Wskazanie: zapomocą umiarkowanych ćwiczeń podnieść ogólne odżywianie.

Zasada g. Z początku tylko lżejsze ruchy wolne i z ciężkami, potem zwolna przejść do trudniejszych, a w miarę przybywania sił robić ćwiczenia na przyrządach.

Ćwiczenia odbywać na świeżym powietrzu, z początku co drugi dzień i z częstymi wypoczynkami, później co dzień, przez kilka miesięcy.

2. Nieżyt długotrwały kiszek grubych ze zwyczajowym zatkaniem łajnistém.

Wskazania: 1^o podnieść odnowę ogólną;
2^o ułatwić mechanicznym sposobem zapomocą ćwiczeń wypróżnienie.

Zasada g. ta sama, co w poprzednim; tu przede wszystkim kołowrot brzuszny na bancie odpowiada drugiemu wskazaniu.

3. Nieżyt kiszeki odchodowej z tak zwanymi hemoroidami.

Wskazania i zasada g. jak przy zastoinach żył brzusznych.

4. Obrzmienia wątroby, wskutek zastoin w żyłę bramnej i żyłach wątrobowych.

Wskazania i zasada jak w poprzednim. Ćwiczenia w tym przypadku ograniczyć wypada, przynajmniej z początku, na ruchy wolne i z ciężkami, unikać ruchów zbyt męczących, dla tego też i ruchy na przyrządach zostawić na koniec leczenia.

Dział IV. Choroby ogólne.

1. Niedokrewność i błędnica (*anaemia, chlorosis*).

Wskazania: Zapomocą ćwiczeń ułatwić krążenie, podnieść trawienie i ulepszyć sprawę oddychania.

Zasada g. Ćwiczenia odbywać z początku bardzo umiarkowanie, lecz systematycznie ćwiczyć wszystkie mięśnie. Od ćwiczeń łatwiejszych i mniej męczących przechodzić zwolna do ćwiczeń trudniejszych i do ruchów na przyrządach. — Ćwiczenia powinny się odbywać, o ile można, na świeżym powietrzu, z początku co drugi dzień, później co dzień, przez kilka miesięcy.

2. Charłactwa pozostałe po ciężkich chorobach.

Wskazania i zasada g. ta sama co w poprzedniem.

3. Usposobienie żółtawe (*habitus scrophulosus*).

Wskazania i zasady gimnastyczne są te same, jakie przytoczyłem przy zastoinach w układzie limfatycznym i w niedokrewności.

4. Usposobienie gruźlicze (*habitus tuberculosis*).

Wskazania i zasady g., jak przy chorobach piersiowych wykazałem.

5. Usposobienie krzywiczne (*h. rhachiticus*).

Wskazania: 1^o podnieść ogólne odżywianie;
2^o działać przeciw skrzywieniom, jeżeli takowe już są.

Zasady g.: do 1^o ćwiczenia ogólne zastosowane do sił chorego.

Do 2^o ćwiczyć mięśnie słabsze, by takowe, wzmocniwszy się, antagonistom swym przeciwwagę trzymać zdołały.

Ćwiczenia odbywać się powinny, o ile to być może, na świeżym powietrzu, co dzień, a niektóre łatwiejsze ruchy, wzmacniające pojedyncze mięśnie, nawet dwa razy na dzień.

Dział V. Porażenia.

Porażenie półowicze, w skutek udaru.

Wskazanie. Przez ćwiczenie części porażonych zapobiegać wędnięciu mięśni, a przez ciągłe ich pobudzanie wzmacniać je i do ruchów samodzielnych usposabiać.

Zasada g. Z początku, dopóki mięśnie jeszcze żadnych samoistnych ruchów wykonać nie są wstanie, stosować gimnastykę bierną. Gimnastykę tę wykonywać najlepiej bodźcami mechanicznymi, jakimi są: nacieranie, ugniatawanie, smaganie i inne. Z bodźcami elektrycznymi należy być bardzo ostrożnym i bardzo słabych tylko prądów używać.

Jeżeli mięśnie wzmocniły się już o tyle, że choć słabe ruchy wykonywać są w stanie, należy przejść do gimnastyki czynnej. Słabe mięśnie ostrożnie tylko ćwiczyć należy, by ich nie osłabić przez zbytne znużenie, i zawsze poprzedzać ćwiczenia czynne gimnastyką bierną. — W miarę przybywania sił mięśniom należy przechodzić zwolna do ćwiczeń trudniejszych, baczyć jednakże zawsze na to, by ćwiczenia nie przechodziły sił mięśni.

Ćwiczenia odbywać się mogą w pokoju, a nawet i w łóżku, powinny każdą razą trwać krótko, lecz powtarzać się co dzień, a nawet i dwa razy na dzień.

Te same są wskazania i te same zasady zachować należy przy porażeniach z innych przyczyn.

Dział VI. Skrzywienia.

1. Skrzywienie stosu pacierzowego na przód (*lordosis*).

Wskazanie. — Podnieść odżywianie mięśni, zginających tułów na przód, by takowe mięśniom plecznym przeciwwagę utrzymać zdołały.

Zasady g.—Z początku według potrzeby zastosować gimnastykę bierną mięśni piersiowych i brzusznych.

Później: *wolne ruchy* Nr. 1, 6, 5, 7, 11, 12, 13;
ruchy z ciężkami Nr. 2, 4, 9, 11, 12.

Ćwiczenia przedsiębrać codziennie, przez kilka miesięcy, a w razach zaniedbanych przez parę lat.

2. Skrzywienia stosu pacierzowego w tył (*gibbus, kyphosis*).

Wskazanie.—Podnieść odżywianie mięśni plecznych, które tułów, w tył zginają, by tym sposobem uzdolnić je do zrównoważenia czynności mięśni tułów, na przód zginających.

Zasada g.—Według okoliczności można rozpocząć od gimnastyki bierniej mięśni plecznych, a później robić ćwiczenia czynne tych mięśni:

Wolne ruchy, Nr. 2, 9, 10, 14;

Ruchy z ciężkami, Nr. 1, 6, 7, 8, 10.

Ćwiczenia przedsiębrać co dzień, przez długi czas.

3. Skrzywienia stosu pacierzowego na boki (*scoliosis*).

Wskazanie.—Podnieść odżywianie mięśni plecznych jednej strony, mianowicie téj, która jest za słabą, by utrzymać równowagę mięśniom drugiej strony, ku sobie stos pacierzowy pociągającym.

Zasada g.—Z początku gimnastyka bierna, później, zaczynać każdą razą od ćwiczeń biernych, a kończyć na czynnych.

Wolne ruchy: Nr. 3, 6, 10. (wszystkie jednostronne).

Ruchy z ciężkami: Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8. (jednostronne).

Ćwiczenia odbywać codziennie, przez długi czas.

W tych wszystkich trzech rodzajach skrzywienia stosu pacierzowego systematyczne i wytrwałe zastosowanie gimnastyki lekarskiej tylko wtenczas pomyślnym skutkiem uwieńczone być może, jeżeli pojedyncze kręgi przez dłuższy ucisk nie zostały jeszcze zniszczone, lub sprawą wypocinową przeistoczone.

Dział VII. Choroby nerwowe.

1. Rozdrażnienie nerwów wskutek częstokroć niedostatecznego i nieprawidłowego odżywiania o środków nerwowych (*irritatio nervosa*).

Wskazanie. Podnieść ogólne odżywianie.

Zasada g. Z początku stosować tylko lżejsze wolne ruchy i z ciężkami, przytém częste wypoczynki. — Później, wmiarę wzrostu sił i zmniejszania się drażliwości, przedsiębrać ruchy więcej złożone, a według okoliczności przejść nawet do ruchów na przyrządach.

Ćwiczenia robić, o ile pora na to zezwala, zawsze na świeżem powietrzu. — Obejście się z chorym łagodne, lecz konsekwentne.

2. Maciennictwo (*hysteriasis*).

Wskazania 1^o podnieść ogólne odżywianie;
2^o działać przeciw powikłaniom.

Zasada g. Do 1^o: jak w poprzedniem.

Do 2^o: działać, stosownie do okoliczności, według poprzednio wykazanych zasad gimnastycznych.

3. Śledziennictwo (*hypochordriasis*): wskazania i zasady g. jak w poprzedniem.

4. Zapalenie chroniczne rdzenia pacierzowego połączone z porażeniem odnóg dolnych (*myclitis chron.*).

Wskazania 1^o podnieść ogólne odżywianie;
2^o: działać na części porażone.

Zasada g. do 1^o ćwiczenia ogólne bardzo umiarkowane z częstymi wycieczkami.

2^o postępować według zasady przy porażeniach wymienionój.

Przyrząd gipsowy przerywany

do złamań powikłanych z poranieniami, owrzodzeniami i t. p.

Przez Dra Hipolita **Korzeniowskiego**, Profesora-Adjunkta
Chirurgii w Szkole Głównej Warszawskiej.

(Z 5 drzeworytami).

Leczenie złamań powikłanych z rozdarciem lub poranieniem części miękkich jest jedném z najtrudniejszych zadań chirurgii; a znaczna liczba w tym celu przyrządów i mnożenie się ich codzień najlepszym jest dowodem, że dalecy jesteśmy od zadosyć uczynienia wszelkim warunkom przy leczeniu podobnych złamań wymaganym.

Wszystkie przyrządy przy leczeniu złamań powikłanych używane należą do trzech głównych form, to jest podkładowych, wyciągowych i nieruchomych. Pierwsza z tych form, to jest podkładowa (*hyponarthecia*), prosta lub wieszadłowa, najczęściej używana, najwięcej jednakże przedstawia niedogodności, a mianowicie: a) Rozdarcie części miękkich, jeżeli nie jest położonóm na przedniej powierzchni goleni lub uda, sprawia znaczne utrudnienie w opatrywaniu bez unoszenia lub przechyłania części kończyny zranionój. b) Kurczliwość mięśni przy złamaniach skośnych nie tylko nie jest zmniejszoną, lecz przeciwnie, w skutek podtrzymywania kończyny kil-

koma punktami zetknięcia się płaskiej deszczułki z wypukłymi częściami kończyny, kurczliwość mięśni jest podwyższoną: ztąd przewaga mięśni silniejszych, to jest zginaczy i podniesienie ostrego końca odłamka, dolnego lub górnego stosownie do formy złamania. Z tego ostatniego powodu łożki Leoflera postacią swą wydrążoną, a zatem więcej zastosowaną do zaokrąglenia, jakie przedstawia kończyna, mają wyższość nad płaskimi deszczułkami Sautera lub Majora z Lozanny.

Przez zawieszenie podkładki znacznie zmniejszamy to kurczenie się mięśni i następujące ztąd rozchodzenie się odłamków. Lecz z drugiej strony trudność w użyciu zawieszenia, które wymaga osobnych przyrządów zastosowanych do łożka, — trudność ustosunkowania długości podkładki do długości kończyny tak, ażeby brzeg podkładki odpowiadał koniecznie linii międzystawowej kolana, — trudność utrzymania kończyny na podkładce zawieszonj bez uciskania jęj, a zatem bez utrudnienia w kończynie swobodnego krwi krążenia: robią to, iż dziś formę podkładową przyrządów w złamaniach powikłanych możemy użyć tylko w tych przypadkach, gdzie z powodu samej formy złamania powierzchnie odłamane są z sobą w zetknięciu i kurczenie się mięśni na zboczenie złamania mało wpływa.

Bez porównania więcej zadosyć czyni wymaganiom przyrząd Laugiera, w którym podkładka połączoną jest z wyciąganiem i przeciwwyciąganiem. Przy użyciu tego przyrządu więcej zabezpieczeni jesteśmy od skutków kurczenia się mięśni, to jest od zboczenia wywołanego przeważnym kurczeniem się jednęj grupy mięśni nad drugą. Lecz tu z powodu bocznych deszczułek przystęę do rany jest jeszcze więcej utrudnionym i tylko rany poło-

zone na przedniej powierzchni mogą być swobodnie opatrywane. Nadto siły wyciągowa i przeciwwyciągowa, działając na bardzo ograniczonej przestrzeni, utrudniają krążenie krwi i powodują silne obrzmienie i przekrwienie tkanki łącznej międzymięśniowej, którego następstwem będzie silniejsze ropienie w ranie i łatwiejsze tworzenie się zatok.

Te same zarzuty spotykają przyrząd wyciągowy B a u d e n s'a, który zresztą jest niczém inném, jak podkładką z wyciąganiem, połączoną z pętlicami kierunkowemi.

Przyrządy nieruchome zasadzają się także na wyciąganiu i przeciwwyciąganiu, ale działania te rozłożone są w tych przyrządach na znacznej przestrzeni, połączone nadto z uciskiem jednostajnym na całą powierzchnię kończyny. Przez to podwójne działanie wywołują zupełne unieruchomienie mięśni i kości, a przez to mają wyższość nad wszystkiemi innemi przyrządami. Złamania powikłane, wymagające przedewszystkiém unieruchomienia zupełnego, często bardzo z najpomyślniejszym skutkiem leczone były zapomocą przyrządów nieruchomych, w których w miejscach powikłania robiono stosowne otwory czyli okienka i tą drogą dostawano się do opatrywania powikłania. Lecz zastosowanie ich do złamań powikłanych z większemi rozdarzami, poranieniami lub owrzodzeniami, potrzebującemi codzień, a w wielu przypadkach i częstszego opatrunku, jest niemożliwém, a to dla następujących przyczyn: główném działaniem przyrządów nieruchomych jest wyciąganie i przeciwwyciąganie. Siłę zaś wyciągową i przeciwwyciągową stanowi cały przyrząd, to jest forma przyrządu, który, szczelnie otaczając kończynę, wklęsłościami swojemi wspiera się na wypukłościach kończyny; a będąc zarazem niepodatnym,

daje dostateczną podstawę dla podtrzymania ciała i stawia opór kurczeniu się mięśni. Jednym słowem, przyrząd przez dokładne oparcie się na wyniosłościach końców kości w części kończyny, na którą nałożonym został, zastępuje miejsce szkieletu; czyli że szkielet przeniesionym został, że tak się wyrażę, na czas trwania leczenia z wnętrza kończyny na jej powierzchnię. Jeżeli zatem całość przyrządu będzie naruszoną przez zrobienie okienka w miejscu rany lub owrzodzenia, to następstwem takiego naruszenia będzie osłabienie przyrządu, a to tym większe, im większą część obwodu przyrządu otwór będzie zajmował. A mianowicie, jeśli naruszymy całość przyrządu na powierzchni większej, niż $\frac{1}{3}$ obwodu kończyny, wtedy staje się on zupełnie bezużytecznym: gdyż nie tylko nic nie zabezpiecza od zbroczenia, lecz nawet — w skutek powstrzymania kończyny z jednej tylko strony — kurczenie się mięśni wywołuje skrzywienie boczne samego przyrządu (rozumie się z wyjątkiem tych przypadków, gdzie złamanie, samo będąc poprzecznym, nie ma najmniejszej dążności do zbroceń).

Druga jeszcze niedogodność przyrządów nieruchomych polega na tym, iż wydzielająca się ropa z ran i owrzodzeń, zaciekając między skórę i przyrząd, rozmiękcza go, przez co tenże traci zupełnie swą siłę wyciągową staje się nieużytecznym, a przez dłuższy pobyt ropy między opatrunkiem i skórą powstają często na niej owrzodzenia, wikłające jeszcze więcej leczenie podobnych złamań. Jeżeli opatrunek nakłada się w pierwszym dniu po nastąpionem złamaniu powikłanem, to przy obrzmieniu kończyny część odkryta przybrzmiewa więcej, niż ujęte i zakryte przyrządem, tworzy się więc rodzaj przepukliny, która — zaciśnięta między brzegami otworu — często

może stać się powodem do utrudnionego odpływu ropy, tworzenia się zatok i t. d. Ze wszystkich przyrządów nieruchomych najlepszymi są te, do których składu wchodzi ciała szybko twardniejące, jakoto: gips i t. zw. *guttapercha ferreux*; a to dla tego, iż w godzinę lub dwie po ich założeniu można już wycinać okna, kiedy ilość ropy wydzielającej się z rany nie jest jeszcze tak znaczną, ażeby zaciekać mogła pod opatrunek przed zrobieniem otworu. Wszystkie zaś inne, wymagające od 10 do 48 godzin czasu dla swego stwardnienia, mogą narazić chorego na podniesienie zapalenia w kończynie skutkiem zatrzymanego swobodnego odpływu ropy.

Przyrząd, któryby odpowiadał wszystkim warunkom przy leczeniu złamań powikłanych, powinien posiadać następujące zalety: 1) ażeby działał jako przyrząd nieruchomy; 2) żeby był otwarty w miejscu porażeń lub owrzodzeń na całym obwodzie kończyny; 3) żeby, wskutek tego odsłonięcia w miejscu zranienia na całym obwodzie, działanie przyrządu wyciągowe i przeciwwyciągowe wcale nie ucierpiało.

Dwa główne przyrządy, do dziś dnia znane, w części tylko odpowiadają tym warunkom. Pierwszym jest przyrząd prof. P i r o g o w a opisany w osobnej rozprawie wydanej 1854 r. p. n. „*Nalepnaja alebastrowaja powiazka.*“ Drugi zaś pomysłu nieodżałowanego i zasłużonego profesora Wszechnicy Jagiellońskiej, ś. p. B i e r k o w s k i e g o, a niedawno opisany przez Dra J a w u r k a.

Obydwa te przyrządy nie odpowiadają jednak jeszcze wszystkim warunkom, jak to się okaże ze szczegółowego ich rozbioru.

Przyrząd profesora Pirogowa.

Składa się z dwóch części, to jest z opasek gipsowych i z leszczotki, na której obydwóch końcach znajdują się umocowane dwie poduszki grube na $\frac{1}{4}$ łokcia i w takim oddaleniu jedna od drugiej, jakiego potrzeba dla swobodnego nałożenia opatrunku z pominięciem miejsca powikłania, pomiędzy poduszkami znajdującego się. Leszczotka przyłożona nad miejscem powikłania umocowuje się do kończyny opaską gipsową powyżej i poniżej; środek zaś pozostaje zupełnie wolnym, lub też na stronie przeciwległej poranieniu pokrywa się paskiem szerokim płatka zmoczonego w gipsie, a to dla dodania siły opasce gipsowej i dla podtrzymania kończyny, która swym ciężarem mogłaby wpływać na zboczenie ku tyłowi.

Już samo wejrzenie na ten przyrząd nie robi dobrego wrażenia: leszczotka odstająca z poduszkami robi go bardzo ciężkim i niezgrabnym; lecz to byłoby najmniejszą wadą. Bez porównania ważniejsze nasuwają się zarzuty przeciw temu przyrządowi. Poduszki umieszczone na końcach leszczotki, mające $\frac{1}{4}$ łokcia wysokości, powinny mieć odpowiednią długość: jeżeli złamanie znajduje się w środku goleni, to poduszki położone na końcach jej wypełniają swoje przeznaczenie; — lecz jeżeli złamanie zbliża się do dolnego końca, gdzie wtenczas umieścimy dolny koniec leszczotki i umocowaną na nim poduszkę? Umieścić jeden z końców leszczotki na grzbiecie stopy — to znaczy osłabić jej działanie, gdyż będzie ona końcami swemi wspierać się na dwóch oddzielnych ruchomym stawem połączonych częściach szkieletu. Powtóre

przyrząd ten w złamaniach skośnych, przy silniejszej kurczliwości mięśni, nie jest w stanie zabezpieczyć od zбочenia odłamków na długość, — a to dla tego, iż poduszki, wspierające się na wyniosłościach szkieletu, jako ciała miękkie nie będą stawiać dostatecznego oporu kurczliwości mięśniowej. Widziałem w użyciu ten przyrząd: po kilku dniach gipsowe opaski, przytwierdzające leszczotkę, przy jej brzegach kruszyły się i w miejscach wykruszonych wyciągały się, przez co cały przyrząd słałbnął.

Przyrząd profesora Bierkowskiego.

Składa się z opaski flanelowej nałożonej powyżej poranienia i poniżej tegoż i z prętów żelaznych płaskich, wygiętych w miejscu poranienia, przylegających do konturów kończyny dokładnie, zastępujących miejsce leszczotek, a które umocowywane są opaską namoczoną w rozczywie gipsu. Jeżeli złamaną jest goleń, to dodaje się podeszwa z gutaperki, w której osadzają się końce prętów zagięte, górne zaś końce utrzymują się przytwierdzone za pomocą opaski flanelowej gipsowej.

Przyrząd ten o wiele zaletami swemi wyższy jest od przyrządu poprzednio opisanego prof. Pirogowa, a to z następujących względów: 1) że kończyna na całym swym obwodzie w miejscu zranienia jest odkrytą, a zatem przyrząd może z korzyścią być użytym nie tylko w poranieniach do jednej strony kończyny ograniczonych, lecz także w poranieniach lub owrzodzeniach zajmujących większą część obwodu lub niemal cały obwód kończyny; 2) że jest lżejszym, zgrabniejszym, ściślej kończynę otaczającym; 3) nakoniec, że w przypadkach owrzodzeń na

tylnój powierzchni goleni, a zatem gdzie dotknięcie do pościeli wywołuje ból, może być cała kończyna zawieszoną, przyczém chory z łatwością— bez poruszania przyrządu i bez bólu— może zmieniać położenie.

Lecz z drugiej strony przyrząd ten ma swoje niedostatki, a mianowicie: 1) szyny żelazne czyli pręty rozplaszczone potrzebują być przygotowywane wcześniej, rozplaszczanie ich i przygotowanie powinno być wykonane przez umiejętnego rzemieślnika: w przeciwnym bowiem razie albo brzegami swego rozplaszczania będą ugniatać części, z którymi są w zetknięciu, albo wygięcie źle zrobione może narazić na niekształtne zrosnięcie się złamania; 2) flanela używana na opaski jest materiałem zbyt krótkim w chirurgii, a szczególnie w praktyce szpitalnej, trudnym zaś do dostania w praktyce wiejskiej. Przędą flanelowa opaska ma tę niedogodność, że, rozgrzewając się i nasiękając potem, po nałożeniu kurczy się i uciska obwinętą kończynę; a chociaż gips zabezpiecza od podobnego kurczenia się, jednakże spodnia warstwa opaski flanelowej, nie będąc nagipsowaną, niemniej kurczeniu ulega; 3) ustalenie prętów rozplaszczonych gipsowaną flanelową taśmą powinno być robionem na dosyć znacznej przestrzeni, gdyż w przeciwnym razie koniec pręta może się usuwać i w miejsce zabezpieczenia przyczynić się jeszcze do zbroczenia odłamków. Pręty zatem żelazne nie stanowią z opaską gipsowaną jedną całość i przyczyniają się tém więcej do unieruchomienia kończyny złamanej, im ściślej do powierzchni obwodu kończyny są przyciśnięte; najmniejsze zaś naruszenie tego ścisłego przytwierdzenia ich do powierzchni kończyny, pozwalając końcom prętów swobodnie poruszać się pomiędzy opaską gipsową a powierzch-

nią kończyny, naraża w zupełności jój unieruchamiające działanie. Dla tego słusznie Dr. J a w u r e k w opisie swym kładzie nacisk na te słowa, że przyrząd nakłada się *po zejściu obrzmienia*. Konieczność zatem wyczekiwania w złamaniach powikłanych aż do zniknięcia obrzmienia, które najprędzj znika po unieruchomieniu kończyny, stanowi najważniejszy zarzut, jaki można zrobić temu przyrządowi; 4) nakoniec w złamaniach goleni podszwa gutaperkowa jest jednym więcj materyałem trudnym do dostania, szczególniej w praktyce prowincjonalnej.

Opis przyrządu własnego pomysłu.

Nie znając jeszcze przyrządu prof. Bierkowskiego, gdyż go dopiero z opisu Dra Jawurka, zamieszczonego w Nr. 2. *Tygodnika Lekarskiego* z r. b. poznałem, w ostatnich czasach w kilku już przypadkach zastosowałem przyrząd własnego pomysłu, który zdaje się lepiej odpowiadać wszystkim warunkom wymaganym przy leczeniu złamań powikłanych z rozdarciem, poranieniem lub owrzodzeniem części miękkich.

Przyrząd ten skła la się z następujących części: 1) z opaski gipsowej i 2) z drótu prostego żelaznego takięj grubości, ażeby łatwo dał się wyginać za pomocą prostych kleszczy.

Na obmytą i osuszoną kończynę, na 2 do 3 cali powyżj złamania i poranienia, rozpoczynam nałożenie prostj taśmy prostemi—o ile możności najgładszemi—wstępującemi obwodami (*fasci i spiralis ascendens*), przechodząc poza staw—jeżeli to jest możebném—przynajmniej na wysokość 5 do 6 cali. Drugą taśmą pokrywam część kończyny poniżj poranienia położoną, także prze-

chodząc poza staw i pozostawiając wolnym obwód kończyny na 2 lub 3 cale poniżej poranienia. Jeżeli opaska przechodzi przez wyniosłości, kostne w okolicach stawów, to je ochraniam od nacisku kawałeczkami waty. Następnie, ułożywszy spokojnie kończynę, wyginam w kształt łukowaty mocno wydatny dróty mające przypadać w miejscu poranienia, w kształt zaś słabiej łukowaty te, które będą odpowiadać miejscom zdrowym kończyny. Wygięcia rozpoczynają się i kończą się powinny tam, gdzie się rozpoczynają brzegi opasek pokrywających kończynę. Końce drótów przyginają się w kształt haczyków lub pod kątem prostym i to w ten sposób, ażeby po przyłożeniu drótów zagięta część drótu płasko przylegała do obwodów kończyny. Jeżeli złamaną jest goleń, to dolny koniec bocznych drótów przyginam tak, że zagięcie otacza brzeg stopy i płasko leży na podszwie. Zagięta część drótu powinna być nie mniejszą, niż 1 cal, ażeby następnie mocno trzymała.

Oprócz drótów stosownie przygiętych trzeba mieć dostateczną ilość taśmy gipsowej, długości do 10 łokci, zwiniętej na wałek; takich wałków potrzeba kilka stosownie do długości i grubości części kończyny pokryć się mającej. Taśma ta przygotowuje się w sposób następujący: muślin rzadki, jaki kobiety używają do podszywania sukien, albo w wiejskiej praktyce płótno bardzo rzadkie—rozcina się w taśmy mające długości 10 łokci, a szerokie na 4 palce poprzeczne. W tak przygotowaną taśmę wciera się gips drobno sproszkowany, tak, ażeby pokrył zupełnie powierzchnią jedną taśmy i żeby wypełnił oczka muślinu lub płótna; następnie taśma lekko zwija się w wałek.

Po przygięciu drótów i po zrobieniu dostatecznego wyciągania i przeciwwyciągania nakładam pierwszą warstwę opaski gipsowej, w letniej wodzie zmoczonej, na dwie części kończyny pokrytej zwyczajną taśmą. Obwody taśmy gipsowanej powinny pokrywać się wzajemnie na $\frac{3}{4}$ ich szerokości, a w takim tylko razie gipsowa opaska stanowi jednolity i jednostajnej mocy pancierz otaczający kończynę.

Po nałożeniu tej pierwszej warstwy opaski gipsowej przykładam dróty, które, jeżeli jeszcze nie dosyć szczelnie swemi końcami przystają do opaski gipsowej, przycinam ostatecznie. Następnie pomocnik utrzymuje je w położeniu jakie zachować powinny, a taśmą gipsowaną zmoczoną przytwierdzam dolne końce drótów, nakładając drugą warstwę opaski zupełnie w ten sam sposób, jak pierwszą. Tu następuje najważniejszy moment, gdyż z przytwierdzeniem górnych końców drótów opaską gipsową cały przyrząd unieruchomia się: dla tego przed nałożeniem drugiej warstwy opaski gipsowej na część kończyny powyżej poranienia położonej, a zatem przed umocowaniem górnych końców drótów, potrzeba ostatecznie przekonać się, że odłamki kostne nie uległy żadnemu zboczeniu, że wyciąganie i przeciwwyciąganie jest dostatecznym i że kończyna zachowuje linię kierunkową.

Nakoniec cienką warstwą gipsu roztworzonego w wodzie letniej do gęstości śmietany pokrywam powierzchnią, przez co wygładzają się wszystkie nierówności, a przyrząd cały staje się mocniejszym. Po 5 lub 10 minutach noga układa się na poduszkę; a w $\frac{1}{2}$ godziny cały przyrząd jest zupełnie suchy, jeżeli gips był dobrze wypalony i drobno utarty.

Jeżeli chory jest bardzo drażliwym, a kurcz mięśni tak silnym, iż lekkie wyciąganie i przeciwwyciąganie nie będzie dostatecznym dla zniesienia zбочenia, to lepiej nakładać przyrząd pod wpływem uśpienia za pomocą chloroformu.

Z powyższego opisu łatwo pojąć, jaka różnica zachodzi między przyrządem prof. Bierkowskiego, a użytym przeze mnie. Dwie części przyrządu gipsowego,

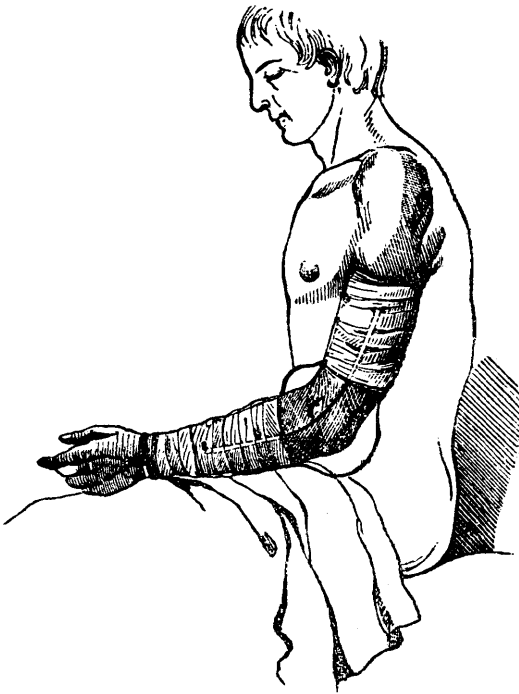


Fig. I.

połączone drótem po między dwie warstwy nagipsowanej taśmy wpojonym, stanowią jedną nierozdzieloną całość,

wyciągowe zatem działanie przyrządu jest całkiem zabezpieczone. Dla utrzymania drótów pomiędzy warstwami gipsu nie potrzeba większej przestrzeni od trzech cali i dla tego możemy odkryć kończynę na znacznej bardzo przestrzeni, zabezpieczając nieruchomość tudzież wyciąganie i przeciwwyciąganie. Materiał używany jest prosty, wszędzie nabyć się dający i łatwy do zastosowania. Dróty, dowolnie dające się naginać do każdego

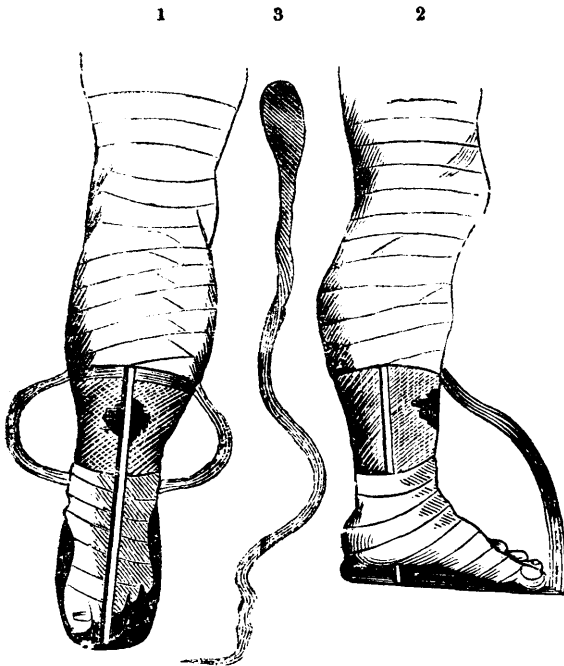


Fig. II. *)

wygięcia i położenia, mogą być zastosowane zarówno do złamań większych jak i mniejszych kończyny. Nako-

*) 1. Noga z przodu widziana. 2. Noga z boku. 3. Szyna wygięta.

niec przyrząd może być zastosowany w chwili największego nawet obciążenia kończyny; gdyż takowy, działając głównie przez wspieranie się na wyniosłościach stawów sąsiednich miejscu złamania, po zmniejszeniu obciążenia nie słabnie w swych skutkach, a nawet chociażby osłabł i kończyna była zbyt wolno w przyrządzie umieszczoną, to można go z łatwością wznowić, zachowując te same dróty i zmieniając tylko taśmy gipsowe.

Łatwość taka nadawania rozmaitych form przyrządowi przy rozmaitych położeniach kończyny i stosownie do wygięcia, jakie drótom nadajemy, robi go, zdaniem naszym, nieocenionym środkiem do unieruchomienia kończyny w daném położeniu przy wycięciach kostnych (*resectiones*) i przy chorobach stawowych, wymagających unieruchomienia z jednoczesném odkryciem stawu na pewnej przestrzeni.

Co co zewnętrznego wejrzenia i co do części składowych przyrządu najlepiej objaśni rysunek (Fig. I), który dla porównania zestawiamy z rysunkiem przyrządu prof. Bierkowskiego (Fig. II.) jaki nam łaskawie przez Szanownego *Redaktora Tygodnika Lekarskiego* udzielonym został.

(Dokończenie nastąpi).

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE

Kronika lekarska zagraniczna.

Przez Dr. Juliana Kulskiego, w Radomsku.

III.

Treść: **1. Paryż.** *Akademia lekarska:* D. c. rozpraw o wodzie do picia. **2.** *Akademia umiejętności:* Przeniesienie ropy z jednego zwierzęcia na drugie. Znak rzeczywistej śmierci. **3.** *Tow. chirurgiczne:* zwichnienie między 1szym a drugim kręgiem szyjnym. Zarośnienie prostnicy (*rectum*).—Porażenie n. 2. i 3. pary w skutku obrażenia nerwu troistego. **4.** *Tow. medyko-praktyczne:* wessanie przez skórę leków w wodzie rozczynionych. **5.** Leczenie przetok (*fistulae*) płynem Villate'a. **6. Londyn.** *Tow. medyko-chirurgiczne:* Owariotomia. **7.** *Tow. patologiczne:* Obrzmienie macicy. **8.** Przypadek otrucia morfiną. **9. Niemcy.** *Tow. położnicze w Berlinie:* Skutek zmiążdżacza na kości. **10.** Zastosowanie kateteryzacji do ratowania asfiktycznie urodzonych dzieci. **11. Włochy.** Rana głowy z utratą mózgu. **12. Lizbona.** Roślina skrytopłciowa w płucu ludzkim.

Dnia 10 kwietnia 1863 r.

1. *Akademia lekarska* ciągle w jedném kółku, jakby zaczarowaném się kręci, wciąż zajmuje ją **woda do picia:** mowcy występują jedni po drugich, szermierstwo nie ustaje, a końca rozprawom zbywa; do każdej mowy przyczepia się więcéj lub mniej osobistości a prawdziwego rozwiązania nie widać.

P. Briquet, zbiwszy twierdzenia pana Robinet (1), oświadczył, że wodę źródłową uważa za niebezpieczną szczególnie dla biednej klasy, która ją prosto ze studni pije w lecie: gdyż mniema, że udary, róże twarzy, bóle zębów, zapalenia połyku bywają wynikiem picia wody zimnej w lecie, i zakończył mowę wnioskami: 1) że, co się tyczy składu tychże, to wody rzeczne są lepsze od źródłanych; 2) że woda rzeczna jest równie czystą, jeżeli ją się przefiltruje; w końcu 3) że co do ciepłoty, woda źródłana użyta w domu ma tę samą co i rzeczna, a w miejscach publicznych woda źródłana może być przyczyną wielu niebezpieczeństw.—Zamilczę tu o mowie p. Chatin, który, zamiast mówić o wodzie do picia, szeroko prawił o karłactwie i jego przyczynie, a przejdę do mowy p. Boudet. Utrzymując się ciągle ściśle przy kwestyi, zwracał uwagę i na użytek wody w gospodarstwie domowym i kuchennym, na własności wymagane zawsze od wody, a dla osiągnięcia tego celu, mianowicie oznaczenia ilości soli mineralnych, skreślał zalety swego wodomierza (*hydrotimètre*); zakończył zaś następującymi wnioskami: 1) woda do picia (2) powinna mieć te trzy przymioty, t. j. być smaczną, dobrą do przyrządzania potraw i do prania; 2) że dobroć wody zależy od składu chemicznego i stanu fizycznego; 3) że woda dobra winna być czysta, bez smaku i zapachu, nie powinna pozostawiać osadu na naczyniach, że dalej winna być naleyście gazami nasyconą, to jest: zawierać 20 do 22 centymetrów sześciennych azotu, 9 do 10 tlenu i 20 do 25 kwasu węglowego na kwartę. Winna zawierać ledwie ślady części ustrojowych i zaledwie jeden centigram saletranów i 10 do 15 setnych miligrama amoniaku, a każda woda zawierająca części ustrojowe zmienione lub rozkładające się zupełnie od użycia wykluczoną być winna. Przymioty te uważać należy jako konieczne, i higiena dobrze urządzona *wszędzie i zawsze* na nie zwracać winna uwagę.—(Miasta większe szczęśliwsze są pod tym względem, ale małe? Tutaj się właściwie rozwija pole

(1) Pam. T. L. W. Tom XLIX, str. 209.

(2) Raczej woda do powszechnego użytku (*eau publique*). Red.

do polepszenia stanu zdrowia mieszkańców: ileżbym tu mógł naliczyć miast i miasteczek, gdzie wodę studzienną nie można by inną nazwą oznaczyć, jak przefiltrowanej gnojówki; durzyce i zjadliwe zimnice tu biorą początek i myślę, że jeżeli wszyscy mieszkańcy nie ulegają im stale, to jedynie wpływowi powietrza odświeżonego bliskością lasów zawdzięczyć to trzeba, ale gdy ta opieka — przy tępieniu tych pięknych naszych borów — ustanie, to jeżeli higiena o zabezpieczeniu opatrywania dobrą wodą miast i miasteczek nie pomyśli, ludność wiele ucierpi). — Jak się można było spodziewać, p. Robinet wystąpił z odpowiedzią panu Briquet, lecz nic nowego nie powiedział, podobnie jak pp. Bouchardat i Briquet, którzy po nich głos zabierali. Żywotna część kwestyi nic nie zyskała, i mocno się cieszyć trzeba, że raz się skończą rozprawy, o których ostatecznym wyniku łaskawego czytelnika powiadomię, jak tylko sprawozdawca kon. isyi, jako ostateczny szermierz na tém polu, rozprawy zamknie. (*L'Union méd.* T. XVIII. NNr. 19. 2?, 31).

2. Każdemu z lekarzy zawsze stoi ta mara przed oczyma, jaką jest **ropnica**; ileżto operacyj ukończyłoby się pomyślnie, gdyby nie to zakończenie dramatu chorobowego; jakże pole to jest obszerném dla domysłów i tłumaczeń, bo dla czegoż w jednym przypadku wessanie ropy kończy się wyzdrowieniem, gdy w wielu innych zabija? Niedawne doświadczenia p. Flourens wykazały, że ropa utworzona w łonie mięszsu mózgowego szybko zostaje wessaną, nie zostawiając prawie śladu, jak też, że wessanie ropy nie ma wpływu na zdrowie zwierzęcia. Dla wyświe tlenia tego p. Flourens przedsięwziął nowe doświadczenia na zwierzętach, a w piśmie przedłożoném *Akademii umiejętności* co do wpływu ropy przeniesionój z jednego zwierzęcia na drugie wykazał, że, po przeniesieniu na błonę twardą (*dura mater*) jednego psa kilku kropel ropy zebranój u innego psa, pierwszy po kilku godzinach przedstawiał wszystkie objawy charakteryzujące stan spiączki czuwającój (*coma vigil*). Śmierć następowała drugiego dnia, a oględziny pośmiertne wykazywały zapalenie opon mózgowych (*meningitis*), oponę twardą napełnioną krwią i ropą. Przy téj sposobności zwrócił

uczony Sekretarz uwagę na trudność rozpoznawczą w zapaleniu opon mózgowych i mózgu, gdy śpiączka (*coma*), podawana jako znak rozpoznawczy, i brak porażenia według p. Serres nie są pewnym *critérium*, któreby te dwie choroby rozpoznać dokładnie pozwoliło. Bodajby tylko przedsiębrane doświadczenia doprowadziły na drogę wyświecenia wessania ropy i rozwijania się ropnicy, a kwestya ta wielkąby przyniosła chirurgii pomoc. (*Tamże Nr. 20*).

Do tych środków, które miały prowadzić do **rozpoznania rzeczywistej śmierci**, Dr. Josat dodał jeszcze jeden, a tym jest czułość brodawki sutkowej (*papilla mammae*), a której ustanie jest najpewniejszym dowodem śmierci, gdy wszystkie inne znaki zawodzą. (*Tamże Nr. 23*).

3. Do rzadkich przypadków liczyć należy **zwichnienie kręgów**, a mianowicie **między kręgiem pierwszym (atlas) a drugim szyjowym (axis)**, szczególnież ku tyłowi. P. Malgaigne przytacza dwa przypadki (1) i to jeden z oględzinami pośmiertnymi, dla tego świeży ten przypadek pana Broca przedstawiony *Towarzystwu chirurgicznemu w Paryżu* przytaczam. Przy sekcji u człowieka zmarłego nagle z zatrzymaniem moczu pokazało się, że dziura tyłogłowia była prawie zamkniętą obrzmieniem kostnym, które tworzył wyrostek stawowy górny prawy drugiego kręgu szyjowego (*apophysis articularis super. dextra*), wystając w kanał kręgowy tak, że ledwo mały palec w tenże zmieścić się mógł; pomimo to porażenia za życia nie było i jedynie głowę nosił chory skierowaną na poprzek nieco, a szyja była trochę sztywną. Było to zwichnienie dźwigacza (*atlas*) połączone z odłamaniem wyrostka zębowego drugiego kręgu ku bokowi z pewnym stopniem obrotu. Reszta kręgów szyjnych była w skutku tego przypadku zrośniętą. Najciekawszą rzeczą jest brak porażenia przy przyjęciu chorego do szpitala, lubo tłumaczy się to nie-

(1). To jest tylko dwa przypadki z pomyślnem zakończeniem. *Red.*

zupelném wypełnieniem kanału przez rdzeń pacierzowy, gdy według p. Tr é l a t dwie trzecie kanału zajmuje opona twarda (*dura mater*) i zatoki pacierzowe, a w ten sposob ucisk naj-przód na te narządy bywa wywartym. (*Tamże Nr. 15*).

Jedną z większych trudności w chirurgii stanowi wybór sposobu **operowania przy zarośnięciu prostnicy** (*obliterationio recti*) u noworodków. Często otwór stolcowy pozornie się znajduje, a jednak, poszukując w naturalnym biegu prostnicy, z największą trudnością cel się osiąga; jako przykład tego może posłużyć przypadek p. Tr é l a t przedstawiony temuż Towarzystwu. Dnia 7. grudnia r. z. został wezwany tenże do dziecięcia płci męskiej, urodzonego przed 36 godzinami. Dziecię womitowało zwarzone mléko i nieco śluzu zabarwionego zielono; brzusek był wzdęty, wypukły, z odgłcsem bębnowatym. Otwór stolcowy był prawidłowo ukształconym, lecz na 1 centimetr od otworu znajdowała się nieprzebyta przeszkoda, a górnej części prostnicy w żaden sposób, czyto wywołując wydymania dziecięcia, czyto ugniatając brzuch, odkryć nie było można. Pęcherz moczowy był próżnym. W skutku narady z pp. M a r c h a ł (de Calvi) i Millard postanowiono szukać prostnicy przez śródkrocze w naturalném położeniu, gdy otwór stolcowy prawidłowy dawał prawie pewną nadzieję znalezienia téjże w bliskości. Wprowadziwszy do pęcherza prawie prosty cewnik, skierowano tenże ku dołowi, aby o ile można oddalić męcherz od wydrążenia kości krzyżowej. Następnie części miękkie nacięto od przodu ku tyłowi, poczynając na jeden centimetr od otworu, aż ku kości ogonowej; potem zwolna posuwano się ku głębi, kierując się podług cewnika i wgłęcia kości krzyżowej. Wkrótce pierwszy członek palca zniknął w ranie, a prostnicy nie wykryto, tylko w górze pęcherza sznurek twardy i cienki, prowadzący do powierzchni większej, różnej od pęcherza, miękkiej, która zdawała się być prostnicą. Głębokość rany wynosiła najmnieję 45 milimetrów. Massy téj miękkiej sprowadzić ku dołowi nie było można; wolna ku tyłowi, mocno była zrosłą od przodu z pęcherzem moczowym, tak, że w głębi rany wązkiej nie można było myśleć o od-

łączeniu. Dla tego ostrożnie po palcu zapuszczono badawczy trojgraniec w obrzmienie, a z tego wydaliła się kropla smołki (*meconium*); w skutku czego p. Trélat otworzył nożyczkami tak kiszkę, że palec można było wprowadzić. Zaraz nastąpiły stolce, odejście gazów, brzuch opadł, oddychanie było wolniejszym. Zaprowadzono wałeczek ze skubanki grubości małego palca aż do kiszki; wieczorem zmieniono skubankę; nowe znaczne wypróżnienie. Dziecię ssało kilkakrotnie, wymiotów nie miało, przesypiało się. Koło 9. wieczorem wymioty, dziecko słabo krzyczy; w ośm godzin po operacji śmierć.

Po tylu trudnościach osiągnąwszy kiszki, to jednakże, gdyby dziecko było żyło, operacja ta nie byłaby zapewniła trwałego dostatecznego otworu; dołączwszy tu niepomyślne wypadki pp. Huguier, Chailou, Marjolin, wypada ztąd, że bez straty czasu najbezpieczniej i najkorzystniej jest wykonać operacją metodą Littré, gdyż niepomyślny rezultat zwykle następuje przy metodzie śródkroczonej, a gdzie dziecko ocaleje, to pytać się jeszcze przychodzi, czy nie lepiej było nic nie robić. Przeciw temu zdaniu pana Demarquay wystąpił p. Blot, utrzymując, że zwieracz w znacznej liczbie przypadków istnieje, a zatem kał utrzymanym być może; jednakże zgodził się z pp. Depaul i Verneuil, że wtedy tylko można operować przez śródkrocze, kiedy chełbotanie czuć wyraźnie, w każdym innym przypadku zaś metodą Littrégo. (*Tamże Nr. 25*).

Że cierpienia nerwu piątej pary mogą wpływać na trzecią i drugą parę, to p. Marchal (de Calvi) w r. 1846. Akademii lekarskiej przedstawił; w jego przypadkach związek ten jednakże nie był jasnym: gdyż porażenie pary trzeciej, które po nerwobolu piątej pary nastąpiło, mogło mieć jedną wspólną podstawę, to jest gościec (*rheumatismus*), a w drugim było wprawdzie obrażenie, ale porażenie po kilku miesiącach nerwobolu nastąpiło; w obecnym zaś przypadku pana Fleury z Clermont przyczyna jest wyraźniejszą. Chory bowiem, około 24 lat wieku liczący, silnej budowy i czerstwego zawsze zdrowia, przy wywróceniu się wózka spadł z tegoż w rów. Podniosłszy się, nie mógł otworzyć oka lewego; że zaś

upadając uderzył się w skroń tejże strony, nastąpiło więc dosyć znaczne wynaczynienie krwi wtkankę łączną powiek. Chory robił zimne okłady; po dziesięciu dniach opuchlina zmniejszyła się, powieki nie otwierały się lepiej, a otworzywszy je palcami, dostrzedz można było, że nie widzi przedmiotów. W 17 dni po przypadku p. Fleury znalazł stan chorego następujący: Powieki oka lewego, nie będąc nabrzmiałemi, przedstawiają ślady wynaczynienia i przykrywają w zupełności gałkę oczną; otwierając je, z łatwością dostrzega się przyczynę ich zamknięcia: źrenica jest znacznie rozszerzona, oko-zwrócone na zewnątrz—nie może wykonać żadnego obrotu. Chory nie rozoznaje zupełnie przedmiotów. Oprócz tego chory uskarża się na lekkie otrętwienie skóry wargi górnej téjże strony.

Czemuz zatem przypisać można to porażenie 2. i 3. pary? Wstrząśnienia mózgu nie było, gdyż chory, podniosłszy się po upadku, zrobił znaczny kawałek drogi, nim do domu wrócił, i nie stracił ani na chwilę przytomności. Następstwa dalej tego upadania były za lekkie, aby przypuścić złamanie oczodołu, albo nawet obecność wynaczynienia krwi, któreby drugą i trzecią parę nerwów ugmiotło. Przypuścić zatem tylko można, że albo ucisk dosyć mocny został wywartym na nerwy wzrokowy i ruchowy wspólny, tak, że mógł pozbawić ich czynności, co jest nieprawdopodobnym; lub że to było obrażenie nitki nerwowej pary piątej, jaką gałąź nosowa nerwu ocznego Willisa posyła do zwoju ocznego, a któraby za pośrednictwem wspólnej gałęzi ruchowej na pień sam tegoż nerwu oddziałała.

Przypuściwszy z Vidalem, że obrażenie pary piątej może być przyczyną ślepoty jasnej (*amaurosis*) nawet bez uszkodzenia powłok, można wytłómaczyć za pomocą połączeń nerwowych porażenie pary trzeciej, z którą para piąta zapomocą zwoju ocznego łączy się; lubo zawsze uwagę tu wrócić potrzeba, że tłómaczenie to nie zgadza się z pojęciami anatomicznemi i fizyologicznemi. (*Tamże Nr. 21*). (1)

4. Następujący przypadek pana Trèves, w którym chory

(1) Zdaje się że to było tylko porażenie n. okoruchowego, osłabienie wzroku daje się zaś wyprowadzić z rozszerzenia źrenicy. *Red.*

przy najmniejszej słabości lub niestrawności miał zwyczaj obmywać całe ciało roztworem rozcieńczonym amoniaku, co spowodowało palenie najsilniejsze przy oddawaniu moczu, choć chory nigdy rzeżączki nie miał, a uleczone zostało zaniechaniem obmywań i użyciem wody Vichy,— dał powód w *Towarzystwie medyczno - praktycznym do uwag nad wssysaniem przez skórę*. P. Mercier, przypuściwszy wessanie amoniaku, tłómaczył objawy, że wydzielenie tego ciała przez nerki miało wpływ na pęcherz; czemu p. Perrin zaprzeczył, odrzucając zupełnie możebność wessania przez skórę przy zanurzeniu w wodzie, jeżeli nie ma zdrapań (*erosio*) choć istoty lekarskie, nawet trujące, byłyby w wodzie rozpuszczone; objawy zaś tłómaczy u chorego rodzajem idiosynkrazyi lub wessaniem amoniaku przez płuca.— Przeciw temu zdaniu pana Perrin p. Ferd. Martin przytoczył następujący przypadek: pani cierpiąca na bóle gośćcowe(reumatyczne) w lędźwiach użyła okładów na miejsce bolesne z flaneli umaczanej w naparze tytoniu (30 gramów na kwartę). Bole uspokoiły się, nastąpił głęboki sen, a po przebudzeniu się mdłości, nudności, potem obfite wymioty. Twarz była blada, zimnym potem oblana, trwoga najwyższa. Wymioty powtórzyły się, a następnie biegunka trwająca trzy dni. Przypadek ten jasno wykazuje, że istoty lekarskie, w wodzie rozczynione, mogą być wessane, choć żadnych zdrapań skóry nie ma. Zupełnie podobne objawy uważał p. Ameuille przy zastosowaniu naparu tytoniu z powodu mocnego swędzenia przy wypryskach rąk (*eczema*), lubo tu brak nieuszkodzonej skóry wessanie tłómaczy. Przypadek p. Martin jest pod tym względem nader ważnym, że zadaje kłam pracom Homolla, jakoby powierzchnia skóry była nieudolną do wessania leków w kąpeli; lubo wszyscy klinicy zgadzają się na wessanie leków przez skórę, gdy te są w istotach tłustych rozczynione. (*Tamże Nr. 27*).

Cała ta kwestya wssysania istot lekarskich w wodzie rozczynionych powinna być na nowo ściśle zbadaną. Prace Hebrya, Homolla zaprzeczają zupełnie własności wessania; doświadczenia wiekowe zdają się mówić przeciw temu. Cała balneologia, nadzieja w kąpiele wzmacniające lub rozczynające

upada tém samem, a jednak żaden praktyk na to się nie zgodzi. Póki zatém pewniejsze doświadczenia nie wykażą nagięj prawdy, sędzę że dla lekarza praktyka pożądanszą jest myśl i przekonanie, że istoty lekarskie w kąpieli lub rozczynach wodnych rozczynione wessane być mogą. Byłoby rzeczą pożądaną, gdyby nasze Towarzystwo lekarskie wyznaczyło z łona swego Komisją do ścisłego zbadania téj kwestyi, która dla swój wagi i żywotności najzupełniej zasługuje na uwzględnienie; pojedyncze glosy są za słabe, trzeba tu pracy zbiorowój; zresztą wezwanie do ścisłych badań i lekarzy zdrojowych znacznieby ułatwiło i uzupełniło pracę takięj komisyi.

5. Dr. Notta, z powodu nieskuteczności wstrzykiwań jodowych **przy próchnieniu kości i leczeniu przetok (fistulae)** następowych po ropniach zimnych, udał się do **plynu Villate'a** używanego w podobnych razach przez weterynarzy. W cierpieniach istniejących od lat dwóch średni czas potrzebny do wyleczenia wynosił trzy miesiące, bez użycia jakichbądź innych środków; lubo nadmienić tu wypada, że za stosowanie tego płynu miało tylko miejsce przy próchnieniu żeber, członków palcy i kości śródnoża. Najważniejszą rzeczą według autora jest, aby płyn dostał się wzdłuż całego brzegu przetoki; po zastrzyknienu następował zawsze mocny ból, lubo różny co do mocy zależnie od osoby. Ból ten trwał od jednéj do trzech godzin, następnie rozwijało się mocne zapalenie, szczególniej po pierwszém wstrzykiwaniu, ropienie zwiększało się, aby ustać we dwa do trzech dni po zaprzestaniu wstrzykiwań. Niekiedy zapalenie było tak silném, że wymagało okładów ciepłych, a niekiedy nowe przetoki się otwierały. Robi on pierwsze 4 do 5 dni wstrzykiwania codzien, a w upartych przypadkach przez dni 10, potem przestaje ich przez dni 5 do 10,— i na nowo robi takież czas, jak poprzednio, wstrzykiwania co dzień. Jak tylko ropienie ustaje, wyzdrowienie szybko następuje. Z podobnym skutkiem używał również tuszowania tym płynem wrzodów goleniowych atonicznych. Przepis tego płynu jest następujący: 15 gramów (pół uncyi blisko) siarczanu cyn-

ku i tyleż siarczanu miedzi krystalizowanych rozpuszcza się w 200 gramach (uncyj 6 drachm 2) octu białego, dorzucając zwolna 30 gramów (blisko uncją) octanu ołowiu zasadowego płynnego (*plumbum subaceticum oxydatum*) (1). W płynie następuje wymiana zasad: tworzą się octany cynku i miedzi a siarczan ołowiu opada, dla czego płyn przed użyciem mocno skłócić wypada. (Tamże Nr. 27. 28.)

Nie można wprawdzie przypuścić, aby zawsze równie pomyślny skutek uwieńczyła usiłowania, jak w niektórych przypadkach opisanych przez p. Notta, zawsze jednak myślę, że w przypadkach uporczywych, jakie często napotykać się dają, warto skuteczności płynu *Villate'a* spróbować.

6. Może Cię, łaskawy czytelniku, już zanadto w Kronice jedną rzeczą zaprzęta; ale ważność wprowadzenia w życie i nadania prawa obywatelstwa w chirurgii śmiałej operacji zmusza mnie do podania dalszych w *Towarzystwie medyko-chirurgicznem* rozpraw co się tyczy **owariotomii**. Gdzie nie ma przeciwności i walki, tam też nie ma zwycięstwa: naj-przeciwniejsze zdania i sądy wyradzają właśnie rozprawy, a z tych, mądrze bronionych, nauka prawdziwą korzyść odnosi. Po raz drugi Dr. Lee wystąpił z naganą, opierając się na statystyce Dr. Clay ogłoszonej w 1860 r. a obejmującej 567

(1) Ponieważ często się zdarza, zwłaszcza przy czytaniu dzienników lekarskich, potrzeba zamiany wag francuzkich na nasze, sądzimy, że nie od rzeczy będzie przypomnieć wzajemny ich stosunek. I tak:

1 kilogram odpowiada mniej więcej	2 funtom wagi cyw.,
1/2 kil. czyli 500 gramów „ „	1 funtowi, „ „
500 gramów odpowiada „ „	8 uncjom,
30 lub 32 gram. „ „	1 uncji,
15 lub 16 „ „ „ „	1/2 „
4 gramy „ „ „ „	1 drachmie,
1 gram „ „ „ „	1 skrupułowi,
5 centigramów „ „ „ „	1 granowi,
25 „ „ „ „	5 granom,
25 miligramów „ „ „ „	1/2 grana,
12 „ „ „ „	1/4 grana.—

Red.

przypadków: z tych 242 było pomyślnych, a 235 chorych umarło w następstwie operacji; w pozostałych 90 przypadkach nie ma pewnego wypadku, czy życie chorych zostało przedłużoném lub nie. Dr. Lee przyznaje, że od tego czasu wiele operacji wykonanych zostało; lecz że nie wszystkie wypadki niepomyślne zostały ogłoszone, gdyż on posiada wiadomość o 13 niepomyślnych a nie ogłoszonych wypadkach: z czego wnosi, że owariotomia jest dozwoloną tylko w razach grożącego niebezpieczeństwa życia.— P. Macilwain oświadczył, że głównie zależy na dobrém rozpoznaniu; a fakta, mające rozstrzygnąć tak ważne pytanie zbiorowo, a nie pojedynczo winny być rozpatrywane. Że on otrzymał adres dwunastu kobiet operowanych przez p. Spencer Wells, z których zdrowych sam oglądał dziesięć; że to były przypadki ciężkie, a u jednej z nich torbiel ważył czterdzieści funtów.— P. Baker Brown myśli, że obowiązkiem każdego owariomisty jest ogłosić wszystkie wypadki; że on w przeciągu lat dwunastu wykonał 53 owariotomij: z tych 29 kobiet wyzdrowiało a 24 umarło;— że o ile mu wiadomo z pierwszych dwie następnie umarło, jedna po zupełném wyzdrowieniu, na chorobę gorączkową,— druga zaś, za powtórzeniem się choroby w drugim jajniku, który podczas pierwszej operacji był zupełnie zdrowym, zmarła w następstwie operacji wykonanej przez innego chirurga we 3 lub 4 dni po 2giej operacji. Dalej, że śmiertelność w ostatnich latach znacznie się zmniejszyła, gdy z 31 operacyj tylko *dziesięć* ukończyło się śmiercią, a z ostatnich 15 tylko *cztery* ukończyły się nie pomyślnie. Uważa on zawsze operacją tę jako jedną z najniebezpieczniejszych i że to zwykle chorój przedstawia szczerze i otwarcie; że nigdy sam się nie decyduje, ale po naradzie z kolegami; zresztą uważa on operacją jako nie wymagającą tyle zręczności chirurgicznej, jak raczej wiele zimnej krwi. Że najważniejszém zadaniem jest zrobienie dobrego rozpoznania i że uważa za stosowniejsze, żeby Dr. Lee w tym kierunku pracował, niż żeby uparcie przeciw operacji występował. Że na zarzut tegoż, czyby który chirurg, będąc kobietą, pozwolił na nią, odpowiada tém: że ją wykonał 10 lat temu na własnej siostrze, która, poszedłszy za mąż, urodziła pięcioro dzieci, i że nie wahałby się wykonać jej na naj-

droższej sobie osobie, gdyby tylko przypadek uważał za stosowny do operacyi.—Dr. Tyler Smith oświadczył, że uwaga Dr. Lee jakoby przebieg choroby był niekiedy tak powolnym, że średnia przedłużenia życia nie zyskiwałyby na owariotomii, zasługuje na uwagę. Jednakże przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie, a zwykle szybko życie bywa tak zagrożoném, że albo punkcją albo wycięcie robić trzeba. Że nie zgadza się ze zdaniem pp. Spencer Wells i Hutchison, że im chora zdrowsza i im prędsz się operacyą wykonywa, tém lepiej; gdyż robić ją należy wtedy, gdy choroba życiu zagraża. Że tu w całej pełni daje się zastosować axiomat Jana Huntera: „iż zdrowie źle znosi chorobę” gdyż wedle jego (T. S.) doświadczeń osoby osłabione lepiej daleko znoszą operacyą; mniejsza tu jest z resztą obawa zapalenia otrzewnej (*peritonitis*), co potwierdza i to, że kobiety pomiędzy 50. a 60. rokiem życia wyzdrowiają lepiej, niż młode lub w wieku średnim. Że nie należy z resztą osób zdrowych narażać na szanse nagłej śmierci, gdy na wyczekiwaniu nic się nie traci, chyba że więcej jest zrosnień, co jednakże nie ma wpływu na skutek; a zakończył, że stosując się do powyższych przepisów, z 15 chorych uratował 12.—P. Spencer Wells odparł przez ostatniego zrobiony zarzut, jakoby w stanie zdrowia lepiej było operować, jako niesłuszny: gdyż utrzymuje on tylko, żeby tak dalece nie odwlekać operacyi, aż siły zupełnie zniszczone będą; operując wcześniej, nim postęp choroby wymaga, często możnaby stracić chorą, któraby bez operacyi kilka lat żyć mogła,—a wykonywając ją zapóźno, toby się na nic nie zdało. Wyrzucił Doktorowi Lee, że zapomniał zwrócić uwagę, ileto razy punkcja ukończy się śmiercią gdy w takich przypadkach owariotomia możeby była ocaliła życie. Że nieszlachetném jest z taką przemyślnością zbierać wypadki niepomyślne, o odmawiać obeerzenia chorych uzdrowionych owariotomią. Bezstronność sądu zawsze jest tylko prawdziwą zaletą. Że być może iż nie wszystkie niepomyślne wypadki zostały ogłoszone; ale ten zarzut stosuje się i do pomyślnych, gdy właśnie Dr. Royle z *Manchester* mówił mu o dwóch pomyślnych a nieogłoszonych wypadkach. W końcu dodaje, że w ostatnich czasach mniej umierało chorych, gdyż z ostatnich 20 operowanych 18 wy-

zdrowiało, a 2 tylko umarło, i że popiera wniosek P. Macilwain, aby wyznaczono komitet dla zbadania po latach chorych, które wyzdrowiały.—P. Karol Hawkins dziwił się, iż niezwrócono dostatecznie na to uwagi, że chore z torbielem czasem długo żyją i że inni chirurdzy prócz specjalistów nie zabierają głosu; na co mu p. Curling odpowiedział, że chirurdzy szpitalni mogą mówić tylko o tej operacji z ograniczonej bardzo liczby przypadków, woła się raczej wstrzymać od rozpraw. Zakończył rozprawy te Dr. Lee już wyżej przytoczoną statystyką, jakoteż, że będąc świadkiem raz owariotomii, znieść nie mógł podobnego widoku, a lubo chora ta wyzdrowiała, to tylko dowodzi, jakie obrażenia trzewa znieść mogą. (*Med. Times*. N. 662).

7. W *Towarzystwie patologiczném* p. Nun n przedstawił **okaz obrzmienia macicy**, która za życia wypełniała cały brzuch, tak, że myślano, iż to jest choroba jajnika i P. Baker Brown próbował zrobienie owariotomii: znaleziono wielki torbiel i wypróżniono. Chora miała się dobrze, ale po trzech tygodniach rana się otworzyła i znaczna ilość płynu wyprysnęła. Jakiś czas miała się chora dość dobrze, ale w krótkim czasie wymioty, bezdech i. t. d. położyły koniec życiu 26 dnia po operacji. Macica była bardzo przedłużoną a w wyższej jej części znajdowało się kilka torbieli wielkich, z których jeden był uwięziony w pępku, tak że go odjąć nie można było, nie przeciąwszy pierścienia. Kilka torbieli było przyczepionych do miednicy, lubo lekko. Całe krezki (*omentum*) przyrośnięte do obrzmienia. Wyznaczona komisya w celu bliższego zbadania obrzmienia orzekła, iż ono było włóknisto-torbielowe, przyczepione i wrosłe w dno macicy; że prawdopodobnie wzięło początek w tkance podotrzewnej sąsiedniej; że zrośnięcia były objawem następowym ucisku masy; Dr. Hewitt przypuszcza, iż obrzmienia te powstają przez odpadnięcie od jajników, jakby niejako były przesadzone na macicę. (*Med. Times and Gaz.* N. 659. 661. r. 1863).

8. Lubo **otrucie przetworami makowca (opium)**

nie należy do najrzadszych, to jednak następujący przypadek **Dra A n s t e e** już to z powodu dawki, już też leczenia zasługuje na uwagę. Karol S., lat 40, z powodu przetoki stolcowego otworu (*fistulaani*) przyjęty do szpitala. Z powodu mocnych bólów polecono zastrzyknąć do prostnicy rozczyn morfiny koło pół grana; posługaczka o godzinie 8. i pół w. wstrzyknęła przez niedbalstwo 3 grana. Chory natychmiast usnął. O 6ój rano głęboka śpiączka, źrenice zwężone mocno, powierzchnia ciała szybko ziębnie. O godzinie 8. i pół rano tętno bardzo słabe, źrenice nieczułe na światło, bardzo mocno zwężone, mięśnie szczęki mocno skurczone, tak, że ust otworzyć nie można. Oddech głośny i chrapiący, usta sine. Wstrzyknięto mocną kawę do prostnicy, ale nie utrzymała się, jednakże w skutek zmniejszonego kurczu mięśni można było znaczniejszą ilość wlać w usta. Następnie podano 20 gran kofeiny rozpuszczonej w małej ilości wody. Skutek był widocznym: tętno podniosło się do 100 uderzeń na minutę, przytomność powoli wracała, odnogi cieplejsze; polepszenie to jednakże trwało tylko półtoręj godziny, potem chory nagle słabł i w 16 godzin i kwadrans od wstrzyknięcia morfiny umarł. Drgawek zupełnie nie było. — Przypadek ten dostatecznie ostrzega, aby w stosowaniu leków przez prostnicę być bardzo ostrożnym, gdyż wessanie jest tutaj nadzwyczaj szybkim; a dalej uwzględnia użycie kawy i kofeiny jako odtrutki. Użycie kofeiny polega tu na własności wzmacniania kurczenia się serca i nadania silnego napięcia (*tonus*) a w ten sposób reguluje się wolny przyływ krwi przez mózg i wraca się choremu przytomność, co ważną jest rzeczą. (*Tamże* N. 658).

9. Na posiedzeniu *Towarzystwa położniczego w Berlinie* przedstawił **P. W i n c k e l** **czaszki dzieci po zmiążdżeniu** (*kephalothrypsis*), z których obejrzenia pokazało się, że jedna tylko kość, a mianowicie k. ciemieniona bywa znacznie zgniecioną, gdy przeciwległe miejsce główki, a zatem podstawa czaszki tylko nieznacznie bywa pękniętą, a kość tyłogłowa tylko zesunięta. Każde dalsze założenie zmiążdżacza (*kephalothryptor*) nie zgniata więcej kości, ale je tylko ze-

suwa, a praktyczną korzyścią jest to, że, jakkolwiek kości byłyby ostre, to są nieszkodliwe dla matki, gdyż nigdy cze-
piec ścięgnisty (*galea aponeurotica*) rozdarty nie bywa, a na-
wet w razach trepanacji tylko ten jeden otwór istnieje.—Pan
M a r t i n dodał jeszcze uwagę, że on nigdy główki nie prze-
dziurawia (perforuje), jeśli ta na ostatku się rodzi; przy naj-
przód zaś idącej główce, jeśli tylko ta wysoko stoi, wykonywa
obrot,—a jeśli nisko, to perforacya od okoliczności zależy, któ-
re jedynie doświadczenie wskazać może. (*Monatsschrift f.*
Geburtsk. XXI. 2).

10. Jakże często zdarza się ten smutny przypadek, że
rodzące się dziecię nie oddycha, a cucenie, sztuczne oddycha-
nie życia nie wraca. Ileżby wtedy lekarz nie oddał, żeby tój
małej istocie przywrócić życie, a matce— w nagrodę tylu cier-
pień—żyjące dziecię do pocałunku podać! Są często chwile
w życiu lekarza, kiedy z własnego zakresu życia chętnieby
coś odstąpił, by własnym niejako tchnieniem ożywić ofiarę
śmierci. Jestto zresztą jedna z najpiękniejszych stron naszego
powołania i dla tego z radością przyjmujemy wiadomości o
sposobach, które z pewnej śmierci wyrwać i życie jednostce
przywrócić mogą. Do takich wiadomości liczyć należy podany
sposób Dr. H ü t e r a, **kateteryzacji tchawicy u asfik-
tycznych noworodków**. Podziela on stan ten na trzystopnie.
Iszy: Skóra powalana czasem smołką (*meconium*), tętno serca
pomniejszone, oddech z rzężeniami, poczynający się kaszlem
i kichaniem. 2, Skóra zawsze powalana smołką, tętno serca
rzadsze i słabsze, oddech następuje w długich przerwach i bez
rzżeń; te powstają dopiero wtedy, gdy użyciem stosownych
środków sprawa oddychania wzmocnioną zostanie. 3, Zupełny
brak oddechów, a jedynym znakiem życia jest rzadkie tętnienie
serca dostrzegalne za pomocą czucia lub słuchawki.—Potrzeba
kateteryzacji całą ważność posiada w trzecim stopniu, tutaj bo-
wiem pomniejszona drażliwość zwrotna (*Reflexreizbarkeit*)
sprowadzona zatruciem asfiktycznym, jakoteż przedwcześnie
zwykle wdechnięte płyny stawiają zaporę dostaniu się powie-
trza do płuc i zmuszają do usunięcia płynu z dróg powietrznych

i wprowadzenia o ile można najgłębiej powietrza. Jeśli płyn wypełniający tchawicę i oskrzela jest więcéj gęstym, składającym się ze śluzu, smołki i krwi, wtedy przylega tak mocno do ścian, że podniesienie niższej części dziecięcia wypłynięcia nie ułatwi; w takim razie autor wprowadza cienki elastyczny cewnik (*katheter*) do tchawicy, robi mocny wdech krótki i cewnik wyjmuje. Zwykle w oczach cewnika znajduje się zielonkowaty lepki śluz, z którego oczyściwszy, na nowo go wprowadza i czynność w miarę potrzeby kilka razy powtarza, a następnie przez tenże sam cewnik powietrze wdmuchuje. Czynność ta w kilku przypadkach świetnym została uwieńczona skutkiem. Wprowadzenie cewnika robi się w ten sposób, że, uwolniwszy poprzednio usta i połyk od śluzu, palec wskazujący wprowadza się aż do wnijscia przełyku (*oesophagus*), który w ten sposób się zamyka; następnie drugą ręką wprowadza się cewnik, trzymając go jak pióro, do głośni (*glottis*) i pod przewodnictwem palca wskazującego do tchawicy, dopóki oporu nie uczuje i następnie palec się wyjmuje. W ten sposób wdmuchywane powietrze dostaje się z pewnością jedynie do płuc; aby zaś nie wdychać zużytego powietrza i pozbawionego tćm samćm tlenem, radzi autor, podobnie jak Marshal Hall i Depaul, po mocnym wdechu tylko powietrze w jamie ust znajdujące się wdmuchać, bo to jeszcze odtlenionćm być nie może. (*Tamże*).

11. Dr. C a i r e z Nowarry podaje ciekawy **przypadek rany głowy z utratą mózgu— i wyzdrowieniem**. T. Vallogia, lat 6 licząca, upadła na głowę z wysokości 50 metrów. Zupełna beczułość i bezwładność, tętno niedomacalne, oddech ciężki, spiączka, oddawanie moczu i łajna bezwiedne; duże rany w okolicy nadoczodołowej i skroniowej prawćj. Dostrzega się chrzęstnienie (*crepitatio*) kości: czołowej, ciemieniowej, skroniowej i szczćki po tćj stronie. Duże odłamki kostne wgniecione w mózg, który wydobywa się na zewnćtrz. Znaczne wynaczynienie w oczodole nie dozwala badania oka. Wyjęto trzy odłamki z kąta zewnćtrznego kości czołowej, jakoteż resztki tkanki mięsnćj, błoniastćj, krwi, mózgu i włosy; co utworzyło otwór 5 centimetrów długi a 2 szeroki. Znaczne zaklćśnięcie

tworzyły odłamy kości czołowej. Opatrunek był prosty, ze skubanki, a na to płatki płótna w kilkoro złożone, umaczane w rozczywie namoczu arniki z lodem. Najzupełniejsza spokojność i nieruchomość. Trzy dni dziecię było nieruchome, lecz zwolna tętno zaczęło się podnosić, czucie i ruch powracały. Spód rany zaczął się wypełniać istotą gębczą, miękką, tętniącą i krwawiącą, tworzącą obrzmienie wielkości połowy jaja podobne do przepukliny mózgu. Za najłżejszym dotknięciem objawiały się kloniczne drgawki, nudności i wymioty. Za całe leczenie okłady z wody. Jeden jeszcze odszczep wydalil się, obfite ropienie nastąpiło i duży ropień otworzył się przed uchem. Zakłębnięte odłamy podniosły się, obrzmienie zmniejszyło się i zrównało się, a po 73 dniach tkanka bliznowa zamknęła ranę. Dziecię opuściło szpital bez najmniejszych zbroczeń w czuciu lub ruchach. (*Gazett. med. sard.* 1862, pg. 104)

12. Do rzadkich bardzo spostrzeżeń należy następujące **rośliny skrytopełciowej w płucach** przez Dr. May-Figueira. D. 14 października 1861 r. została przyjętą do Szpitala Śgo Józefa w Lizbonie chora 50 lat wieku mająca, słaba i bardzo wychudła, uskarżająca się na kaszel i bole w pierś, z przerwami od lat czterech wracające. Wysokość klatki piersiowej od środka obojczyka do ostatniego fałszywego żebra wynosi 30 centymetrów; obwód 66. Odgłos wypukowy stępiony w szczycie płuca lewego, zresztą jasny z przodu; ku tyłowi w części środkowej płuca lewego odgłos tępy z powodu zmiany w położeniu serca. Po stronie prawej oddech oskrzelowy, a z resztą nieoznaczony? Kaszel nocą, płwociny rzadkie, krwawe, tętno małe częste. Chora leży na boku prawym. Czyby to był przypadek jam płucnych, czy rozszerzeń oskrzeli? powątpiewać można było. Ograniczono się na leczeniu płuc i chora po 40 dniach szpital opuściła.— We dwa miesiące przyniesiono ją do szpitala prawie umierającą, gdzie też we 24 godzin żyć przestała.

Ogłędziny pośmiertne. Płuca przekrwawione, w różnych miejscach bez powietrza, z bardzo małą objętością, szczególniej prawe, które jest przyrosłe i zawiera znaczną ilość ciem-

nego barwika. Dwa wielkie rozdęcia oskrzeli znajdują się w szczycie a wiele u podstawy, wypełnionych płynem ropiastym; z pomiędzy tych ostatnich dwa, równie jak i górne zdawały się na pozór być prawdziwemi jamami powstałemi w skutku gruźlicy, choć najdokładniejsze badanie nic tego rodzaju choroby wykryć nie zdołało. Jedno z tych rozdęć, mające 2 do 3 centymetrów średnicy, łączyło się małym otworem z oskrzelem, który mu dał początek, było suche i wysłane bardzo małemi płatkami pozorowi ropiastego, a z których niektóre okryte były istotą zieloną solną.(?) Pod drobnowidem składały się z rodzaju *mycelium* utworzonego z licznych rozgałęzień powikłanych, barwy szarawej, średnicy 20 milimetrów, przyrosłych do płatków lub nierówności wypełniających wewnętrzne rozdęcia. Z różnych punktów tego *mycelium* wznosiły się pieńki lub słupki rodzajne przezroczyste, różnej wysokości wynoszącej do 5 centymetrów, średnicy zaś od 57 do 84 milimetrów, zaopatrzone trzema lub czterema odnogami, z wyraźnemi ścianami; niektóre z nich pomarszczone, z nabrzmieniem lub główką w końcu górnym, inne znowu nagie jak pączek zwinięty, średnicy od 16 do 25 milimetrów, inne ozdobne jak kwiatek z licznymi kolankami (*sporuli*); te zaś miały od 19 do 28 milimetrów, obwodu. Był to zatem grzyb oznaczony przez Friesa jako: *Aspergillus glaucus*. Nowy ten rodzaj pasorzytu, zachowany w przetworach rtęciowych i arsenikalnych, w 6 do 8 miesięcy później rozwijał się. Profesor Robin, który go badał, oświadczył, że dotychczas nie wie, żeby był znalezionym w płucu człowieka, a zdanie tego badacza zasługuje na wiarę. W ten sposób nowy pasorzyt do tylu już istniejących przyłączyć można. (*Gaz. med. de Lisboa*, 1862. pg. 623).

Sprostowanie: W poprzedzającym poszycie, w *Kronice lek. zagranicznej*, wkradły się następujące pomyłki druku:
na str. 303, w. 10 od góry, zamiast: Speencer ma być Spencer;
„ „ 218, „ 2 od dołu, „ Branio „ Branco.

Wyciągi z literatury zagranicznej.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIET.

(Sprawozdawca: Dr. J. Braun).

17. Wo o d m a n. Torbiel ropiejący w jamie brzusznej. (Med. Times. Dcbr. 1861).

U 38-letniej kobiety okazał się po lewej stronie pępka guz wielkości głowy dojrzałego mężczyzny, rozciągający się cokolwiek na prawą stronę. Opukiwanie w tém miejscu wydawało odgłos tępy; sam guz był nieco poruszalny. Na prawo od pępka znajdowały się dwa otwory zatok otoczone brzegiem w stanie zapalenia będącym. Kobieta przytém okazywała zwój włosów, który się z zatok wydobył. Macica była zdrowa. Opowiadanie chorój wyjaśniło, co następuje: Wyjąwszy przebytą dwa lub trzy razy gorączkę reumatyczną, pacjentka zawsze była zdrową. W 13. roku życia pojawił się peryód. Zameżna od 18. roku życia, zrodziła w pierwszym małżeństwie dwoje dzieci i poroniła jedno; w drugim małżeństwie porodziła 3 dzieci, z których najmłodsze w lipcu roku 1861. liczyło jedenaście miesięcy. Przed ostatnim położeniem miała ból w lewej pachwinie. Zaraz po rozwiązaniu pacjentka czuła, że żywot jój jest większy, niż to zwyczajnie bywało, zwiększenie to żywota ciągle się wzmagalo tak, że wkrótce po ukończonym połoгу spostrzegła guz. W listopadzie r. 1860. otworzyła się ta obrzękłość na prawo obok pępka i wydała z siebie wielką ilość cieczy przezroczystej żółtej, a cokolwiek później wzmiankowany powyżej zwój włosów. Dnia 31. lipca 1861. r. chora została przyjętą do *London Hospital*, gdzie postanowiono istniejącą zatokę przeciąć, jamę wysledzić i, gdyby się dało, guz oddalić. Z przeciętej zatoki wyciekła wielka ilość

śmierdzącej ropy, pomięszanej z włosami, jak gdyby z torbiela jajnika. Torbiel był zrosnięty ze ścianami brzusznej. Zmniejszył on się zresztą bez dalszego leczenia w ten sposób, że chora 20. września, bez wydatnej obrzękłości, jako wyleczona uwolnioną została.

18. Sampson-Gamgee (Birmingham). Dwa przypadki owariotomii. Med. Times. Dcbr. 1861).

W pierwszym przypadku wielokomórkowy torbiel datował od trzech lat. Przy operacji okazały się daleko rozgałęzione zrosnięcia. Śmierć nastąpiła w 16 godzin. Przy otwarciu zwłok pokazało się, że narodził długą szypułką poczynając się od lewego jajnika; pomimo rozdzielenia wielu zrosnięć żadne zranienie wnętrzości miejsca nie miało.

Drugi przypadek tyczył się narodził wielkości głowy mężczyź, wychodzącej również z lewego jajnika i połączonej z wysiękiem surowicznym w jamie brzusznej. Przy operacji trzeba było, po uprzedniem podwiązaniu, rozdzielić dwa mocne zrosnięcia z otoką. Następnie wywiązało się zapalenie otrzewnej z utworzeniem się ropni, przyczem ropa wydzielala się z rany; w końcu podległa chora zapaleniu ostremu płuc i oskrzeli, z którego wyzdrowiała.

19. Spencer Wells. Przypadek owariotomii. (Med. Times. Jan. 1861).

Kobieta 50-letnia zauważała od 7iu lat wzmaganie się objętości żywota, któremu towarzyszyły małe bole, bez nadwężenia ogólnego stanu zdrowia. Po 3½ latach rozpoznany torbiel jajnika został nakłóty i wypróżniono 18 kwart(*pintes*) cienkiej przezroczystej cieczy. W 7 miesięcy później okazała się potrzeba drugiego nakłócia, a w 13 tygodni potem — trzeciego. W ogóle zrobiono nakłócie 12 razy, przyczem ciecz stawała się coraz gęstsza i ilość jej coraz większa. Przy ostatniej punkcyi w październiku 1861 r. wypróżniono 40 kwart. W grudniu 1861 r. okazała się pacjentka nadzwyczaj wychudła, zresztą dosyć zdrową. Objętość żywota mierzonego w okolicy pępka wynosiła 44", oddalenie od wyrostka mieczowego do spojenia kości łonowych 22". P. S p e n c e r W e l l s roz-

poznał wielokomórkowy torbiel z bocznymi zrośnięciami. Dnia 17. grudnia wykonał w odurzeniu chloroformowém cięcie mające 5" długości w kierunku smugi białej, w środku pomiędzy pępkiem i spojeniem kości łonowych. Główny torbiel, poczynający się z prawego jajnika, był zrośnięty z otrzewną i musiano go od takowej starannemi cięciami oddzielić; otworzono go i wypróżniono. Rozgałęzione zrośnięcia boczne rozdzielono ręką. Gromadki mniejszych torbieli wypróżniono również. Szypułka była krótką, lecz udało się ją z łatwością w odległości jednego cala od prawego brzegu macicy klamrą uchwycić i przeciąć. Lewy jajnik okazał się w stanie zaniku, lecz spostrzeżono torbiel, którego ściany były cienkie, w fałdzie więzów szerokich w bliskości macicy i takowy przez nacięcie wypróżniono. Ranę żywota spojono szwami srebrnemi, które przeprowadzono przez całą grubość ścian brzusznych, nie wyłączając otrzewnej. Szypułkę wraz z klamrą przymocowano w dolnym kącie rany. Pusty torbiel ważył od 9—10 funtów, ciecz w nim zawarta 30 funtów. Po operacyi chora czuła się tak spokojną i wolną od bólów, że nawet nie zadano makowca (*opium*). Tętno pozostało po większej części 80. Klamrę oddalono 5^o dnia po zeschnięciu szypułki, a szwy oddalano począwszy od 7go dnia, w którym rana zupełnie prawie była zagojoną. Dnia 31. grudnia pacjentkę ze szpitala uwolniono jako zdrową.

20. Charanne. Nowy rodzaj ciąży zewnątrz-macicznój (*grossesse extra-utérine*) **czyli ciąża szyi macicy.** (*Gaz. des hôp. 1862. r. Nr. 132*).

Należałoby się spodziewać, że poszukiwania pp. Velpéau, Dubois, a mianowicie Dezeimeris ustaliły już wszystkie rodzaje ciąży zewnątrz-macicznój, gdyż odróżniamy: ciążę jajnikową, ciążę w jajowodach, ciążę jajowodo-maciczną subperitonealną i intraperitonealną. Dezeimeris nawet przyjmuje 10 rozmaitych rodzajów. Wszelako autor zaobserwował jeszcze: ciążę szyi macicy. Znalazł on u kobiety młodej, narzekającej na silne bole w miednicy, głęboko w pochwie guz wielkości i kształtu kurzego jaja, który rozpoznał bezwzględnie za rozдутą szyję maciczną, podczas gdy pośrodek(*cor-*

pus)i dno macicy zachowały zwyczajne rozmiary. Pomiędzy szyją a pośrodkiem znajdowało się ostro ograniczone pierścieniowate zagłębienie. Powierzchnia wolna szyi była gładką, bez wyrostków, naciskanie nie sprawiało bólu, a w kilku miejscach można było rozpoznać silne uderzenia tętnic. Usta maciczne były zatarte (*effacées*), otwór przedstawiał mały zamknięty dołek. We dwa dni potem pojawiły się silne bole porodowe, o których, śledząc palcem szyję maciczną, wyraźnie przekonać się można było. Nagle nastąpiła ulga i chora powiedziała, że czuje się być przemokniętą. Krew' była odeszła, a w niej znajdowało się nienaruszone jajo wielkości orzecha. Szyja maciczna potem odpowiadała siódmemu miesiącowi ciąży, była prawidłowo długą, miękką, ujście macicy otwarte, kanał lejkowaty, otwór wewnętrzny zamknięty. Większa część powierzchni wewnętrznej kanału szyi była nierówna jakby gębczasta, zresztą gładka. Autor nie wątpi, że jajo było umieszczone w szyi, a miejsce niegładkie, niejako kosmate odpowiadało miejscu przyczepiania onego. Jajo miało wyraźne błony, zawierało jednakże tylko wodę bez płodu.

Jakkolwiek ten rodzaj ciąży dotychczas jeszcze nigdy nie był opisany, wszelako autor nie wątpi, że musiał się często zdarzać i bywał tylko przeoczony.

21. Taruier. Opisanie nowej metody do wywołania sztucznego porodu przedwczesnego. (Gaz. des hôp. 1862. Nr. 132).

Wnioski, jakie autor wyprowadza z pracy swojej przedstawionej Akademii lekarskiej w Paryżu, są następujące:

1. Trudność i bezskuteczność użycia gąbki prasowanej, wielkie niebezpieczeństwo wynikające z zastosowania natrysku (douche) usprawiedliwiają zalecanie nowego sposobu postępowania dla wywołania sztucznego porodu przedwczesnego.

2. Zalecam rozszerzacz wewnątrz-macicznego (*dilatateur intrautérin*). Takowy składa się ze zgłębnika, którego koniec obleczony jest rurką kauczukową. Rurkę tę można, za pomocą wstrzykiwań, kulisto rozdać; zatyczka zapobiega wypłynięciu wstrzykniętej cieczy.

3. Narzędzie to wprowadza się do jamy macicy i takowe, tam rozdęte, przez otwór wewnętrzny macicy w niej zostaje zatrzymane.

4. Wprowadzenie skutecznia się z łatwością i bez bólu, błon się nie rozrywa i w ogóle zdaje się, że żadne temu działaniu nie towarzyszą niebezpieczeństwa.

5. Znajdujące się w macicy duże obce i twarde ciała wywołuje w prędkim czasie kurcze, znamionujące chwilę rozpoczęcia pracy porodowej.

6. Dziesięć dotychczas zebranych spostrzeżeń zdaje się dowodzić, że za pomocą tego narzędzia poród daleko łatwiej się wywołuje, niż wszelkim innym sposobem postępowania.

Nowe dzieła.

Baker Brown. *On Ovarian Dropsy, its nature, diagnosis and treatment.* London 1862. Davies. (7 shill.)

Bardzo pracowicie i krytycznie napisana monografia torbielów jajnikowych, oparta na wieloletniem doświadczeniu i na starannie zestawionój statystyce. Postępowanie operacyjne nadzwyczaj troskliwie opisane.

Graily Hewitt. *On „Supporting the perinaeum.“* London 1861. Churchill, w m. 8-ce, 70 str.

Autor jest przeciwnikiem podpierania śródkrocza przy porodzie, a w razie, gdzie jest niebezpieczeństwo rozdarcia się tegoż, zaleca boczne nacięcia warg wstydlivych, po 1 calu długości mające, za pomocą nożyka guziczkowatego (*episiotomia*).

La b a l b a r y. *Sur les kystes de l'ovaire, ou de l'hydr ovarie et de l'ovartomie.* Paris 1863. Delahaye. (2 fr.)

Dzieło napisane według notat udzielonych przez Dra Baker Browna, który głównie przyczynił się do rozpowszechnienia owariotomii.

Le G e n d r e. *De la chute de l'utérus.* Paris 1860. Baillièrre, w 8-ce, 110 str. i 8 tabl. (3½ fr.).

Praca ta, oparta po większej części na własnych poszukiwaniach, uwzględnia szczególniej anatomiczne stosunki wypadnięcia macicy.

ROZMAITOŚCI.

Kassy wsparcia lekarzów i aptekarzy.

I. SPRAWOZDANIE

z obrotu funduszków kassy wsparcia podupadłych lekarzy,
wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych,
za rok 1862.

W zastosowaniu się do § 15. Ustawy Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy, wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, Komitet instytucją tą zarządzający w obowiązku jest złożyć szczegółowe sprawozdanie o stanie i obrocie jój funduszków za rok upłyniony 1862.

Doświadczenie pięcioletnie, jakoteż corocznie ogłaszane drukiem sprawozdania, przekonywają o coraz większej potrzebie i pożytku dla kraju téj instytucji. Bliżej jeszcze przekonują o tém zamieszczona poniżej w części III. znaczna liczba wdów i sierot po lekarzach pozostałych, przez kassę tę wspieranych. Jest między nimi wiele takich, których mężowie i ojcowie przed parą zaledwie laty sami nieśli ofiary do Kassy, nie spodziewając się, że w tak krótkim przeciągu czasu rodziny po nich pozostałe potrzebować będą tegoż samego grosza na najpierwsze potrzeby życia.

Rok piąty istnienia Kassy Wsparcia przekonywa także o wielkiem współczuciu lekarzy krajowych dla tego zakładu. Z małym bowiem wyjątkiem, wszyscy prawie rozsiani po kraju

koledzy wnoszą składki terminowe na rzecz téj kassy; przybywający młodzi lekarze, zaledwie rozpoczynający praktykę, za najpierwszy mają obowiązek spieszyc z deklaracyami na składki stałe.

Komitet, przejęty wdzięcznością za tak szlachetne współczucie dla zakładu pod jego kierunkiem zostającego, poczytuje sobie przedewszystkiém za miły obowiązek, publiczne złożyć podziękowanie tak Inspektorom Urzędów Lekarskich i Lekarzom Powiatowym w Królestwie, trudniącym się bezinteresownie z upoważnienia JW. Inspektora Głównego Służby Cywilno-Lekarskiej zbieraniem ofiar i składek, jak niemniej wszystkim Członkom Stowarzyszenia i osobom do stanu lekarskiego nienależącym, które w roku ubiegłym przyczyniły się do wzrostu funduszków Kassy Wsparcia lekarskiej.

Niektórzy z kolegów na prowincyi zamieszkałych, zapytywali Komitet o dozwole nie uczynienia uwag co do rozwoju Kassy Wsparcia, jej ustawy i rozszerzenia zakresu działalności. Komitet przeto oświadcza, że, jak to już w pierwotnym swym okólniku z d. 24 maja 1858 r. nadmienił, Członkowie Stowarzyszenia do wszystkich uwag i wniosków mają najzupełniejsze prawo. Mogą przeto koledzy składać uwagi swoje na ręce pp. Lekarzy Powiatowych, trudniących się pobieraniem składek, lub adresować je wprost na ręce Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Obowiązkiem zaś Komitetu będzie, po zebraniu takowych uwag, przedstawić je pod rozpoznanie Ogólnego Zgromadzenia Członków Instytucyi w Warszawie zebranych i następnie zarządzić zmiany i ulepszenia, któreby za potrzebne uznane zostały, o czém stosowne sprawozdanie w swoim czasie do wiadomości kolegów podaném będzie.

Szczegółowe wypadki rachunkowe za rok 1862, jak przekonywają księgi kassowe, są następujące:

CZĘŚĆ I.

W p ł y w y .

Uczestników, którzy w r. 1862 wnieśli do Kassy Wsparcia składki terminowe, lub téż ofiary jednorazowe, było w ogóle 326, a mianowicie: lekarzy wszelkiego stopnia 316, farmaceutów 5, osób nielekarskich 5.

Lista imienna tych uczestników jest następująca:

I. Ze stanu lekarskiego.

Altenberger Gustaw.	Chodasewicz Michał.
Andrzejowski Antoni.	Chodakowski Leon.
d'Anns Jan.	Choryn Franciszek.
Apte Markus.	Chrzanowski Włodzimierz.
Babiński Romuald.	Chwat Ludwik.
Barok Adam.	Cytwic Józef.
Bącewicz Jan.	Czarkowski Władysław.
Bernhardt Adolf.	Czerszyk Konstanty.
Billing Edward.	Delecki Felix.
Bieliński Jan.	Daniłowicz Leon.
Bieńkowski Łukasz.	Darewski Ludwik.
Bilczyński Waleryan.	Darski Teofil.
Biliński Bogusław.	Dobrzański Aleksander.
Biruntowicz Michał.	Dobrzelewski Tadeusz.
Biskupski Felix.	Dorantowicz Aleksander.
Bloch Łazarz.	Dowgiałło Melchior.
Blum Stanisław. (†)	Dubarle Karol.
Blumengarten Samuel.	Dudrewicz Jan.
Boese Jan.	Duvé Adam.
Bokiewicz Leon.	Dworzaczek Ferdynand.
Bondi Edward.	Dworzaczek Józef.
Brudzicz Adam.	Dybek Włodzimierz.
Brudzicz Dominik.	Dymnicki Józef.
Brudzyński Ludwik.	Dziarkowski Wilhelm.
Brunner Ignacy.	Dzierożyński Władysław.
Brünner Edward.	Edelstein Aron Efroim.
Brühl Henryk.	Edelstein Adolf.
Buchner Józef.	Estreicher Antoni.
Buckiewicz Alexander.	Fayans Maurycy.
Bujalski Bolesław.	Filipowski Paweł.
Chałubiński Tytus.	Flamm Dawid.
Chałupczyński Adam.	Flejczeroski Tomasz.
Chałgasiewicz Marek.	Freyer Jan.
Chawłowski Mikołaj.	Fukier Andrzej.
Chlebowski Jan.	Gawroński Michał.

Gawroński Edward.
 Gąsiorowski Józef.
 Gerlach Sylwin.
 Gerhardt Izydor.
 Gliszczyński Adam.
 Gluziński Franciszek.
 Głogowski Feliks.
 Goldrath Markus.
 Goltz Jan.
 Goltz Rudolf.
 Gośłowski Emil.
 Grabowski Ludwik.
 Grabowski Alfons.
 Gregorowicz Karol.
 Groër Franciszek.
 Grodnicki Józef.
 Gruzewski Floryan.
 Grzybczyk Mateusz.
 Gutowski Napoleon.
 Hałatkiewicz Feliks.
 Hamlikiewicz Józef.
 Handelsmann Józef.
 Hassmann Wiktor.
 Hebda Stefan.
 Helbich Adam..
 Hellmann Józef.
 Hirschberg Wilhelm.
 Idzikowski Franciszek.
 Ignatowski Roman.
 Jabłonowski Feliks.
 Jahołkowski Piotr.
 Janicki Ludwik.
 Janikowski Andrzej.
 Janiszewski Jan.
 Jastrzębski Feliks.
 Jawurek Aleksander.
 Jeleński Henryk.

Kaczkowski Karol.
 Kaczkowski Ignacy.
 Kaczorowski Walenty.
 Kamieński Michał.
 Karwacki Aleksander.
 Kasprzycki Marcelli.
 Kęcki Jan.
 Kinderfreund Józef.
 Klecki Jan (†).
 Kleszczowski Franciszek.
 Knorr Krystyan.
 Kobyłański Franciszek.
 Koch Bogumił.
 Koch Jan.
 Kochański Wiktor.
 Koelner Maurycy.
 Kohn Wilhelm.
 Komaniewski Franciszek.
 Konitz Leon.
 Konkowski Michał.
 Kontkiewicz Stanisław.
 Korabiewicz Michał.
 Korzeniowski Hipolit.
 Kostewicz Ignacy.
 Kostecki Kajetan.
 Kosztulski Jan.
 Kosztulski Karol.
 Kosztulski Teodor.
 Kozłowski Syxtus.
 Krajewski Feliks.
 Krassowski Floryan.
 Krauze Tomasz.
 Krosnowski Michał.
 Krysiński Ildefons.
 Kryszka Antoni.
 Krzyżanowski Leopold.
 Kwaśniewski Bonawentura.

Kwaśniewski Józef.
 Kwaśniewski Juliusz.
 Kwiatkowski Józef.
 Kuczyński Salomon.
 Kuczyński Stefan.
 Kulesza Jan.
 Kulski Julian.
 Korowski Julian.
 Landowski Wincenty.
 Langowski Marcelli.
 Lebrun Aleksander.
 Libchen Jan.
 Linhardt Karol.
 Litychowski Franciszek.
 Löwenglück Julian.
 Londyński Roman.
 Lubelski Filip.
 Lubelski Wilhelm.
 Lubowski Henryk.
 Łazowski Wojciech.
 Łuszczkiewicz Stanisław. (†)
 Majeranowski Konstanty.
 Majewski Erazm.
 Majewski Maksymilian.
 Majkowski Julian.
 Maliszewski Antoni.
 Maliszewski Wiktor.
 Marczewski Ludwik.
 Markusfeld Samuel.
 Mastelski Wincenty.
 Matulewicz Ludwik.
 Mazurkiewicz Kazimierz.
 Mecherzyński Franciszek.
 Mianowski Józef.
 Michałowski Adam.
 Mieczkowski Leopold.
 Mieszczkański Kazimierz.

Mikulski Ksawery.
 Miler Konstanty.
 Moniuszko Konstanty.
 Momendój Karol.
 Morgenstern Aleksander.
 Mülhausen Józef.
 Muliewicz Heliodor.
 Natanson Ludwik.
 Neczaj Mikołaj.
 Neugebauer Ludwik.
 Niezielski Dominik.
 Niemirowski Michał.
 Nieznański Ignacy.
 Nikiferów Konstanty.
 Noniewicz Kalikst.
 Nowacki Michał.
 Okorski Aleksander.
 Olbratowicz Walenty.
 Onoszko Leon.
 Orkisz Józef.
 Pasiutewicz Kazimierz.
 Pawlikowski Karol.
 Pawluć Jerzy.
 Perlmutter Michał.
 Petrellewicz Paweł.
 Pieczyński Teofil.
 Pilecki Antoni.
 Płaskowski Romuald.
 Pocij Michał.
 Podlecki Jerzy.
 Podowski Henryk.
 Pozarzycki Jan.
 Poznański Dawid.
 Prażmowski.
 Przyszański Aleksander.
 Ramlov Saladyn.
 Rappaport Joachim.

- Rassumowski Maxymilian.
 Ratuld Aleksander.
 Redlich Bernard.
 Reiner Aron.
 Rewoliński Teofil.
 Rodcewicz Karol.
 Rodziewicz Michał.
 Röhr Franciszek. (†)
 Rokossowski Antoni.
 Rompalski Jan.
 Ronthal Walenty.
 Rosé Józef.
 Rosenfeld Leon.
 Rosenfeld Marcin.
 Rosenthal Dawid.
 Rosicki Sebastyan.
 Roth Władysław.
 Rotwand Mateusz.
 Rosenzweig Leon.
 Rosenzweig Michał.
 Rudawski Leonard.
 Rumprecht Wincenty.
 Rutkowski Franciszek.
 Rutsch Teodor.
 Rymarkiewicz Józef.
 Sawicki Leopold.
 Schlesinger Maurycy.
 Schönborn Leon.
 Sciborowski Władysław.
 Seemann Józef Antoni.
 Siekaczyński Walenty.
 Sienicki Stanisław.
 Sikorski Leon.
 Simon Arnold.
 Skarbiński Feliks.
 Skawiński Wojciech.
 Smith Józef Kazimierz.
 Smorczewski Konstanty.
 Sosnowski Damazy.
 Stanczukowski Walenty.
 Stanisławski Józef.
 Sternschuss Jozue.
 Sterzel Gustaw
 Stopierzyński Władysław.
 Storczyński Julian.
 Stróżecki Kajetan.
 Strzelbicki Kazimierz.
 Strzelbicki Stefan.
 Sturgólewski Gabryel.
 Sturm Adolf.
 Sulicki Jakób.
 Surzycki Tomasz.
 Szalewski Antoni.
 Szancer Jakób.
 Szancer Salomon.
 Szczyciński Antoni.
 Szczygielski Romuald.
 Szokalski Wiktor.
 Szpot Teofil.
 Sztachelberg Izidor.
 Sztam Antoni.
 Szukiewicz Wincenty.
 Tomaszewicz.
 Trojanowski Julian.
 Tuszyński Karol.
 Tymiński Ignacy.
 Tyrchowski Władysław.
 Urbach Michał.
 Wasilewski Franciszek.
 Wawnikiewicz Franciszek.
 Weinberg Julian.
 Weiss Ferdynand.
 Wentzel Franciszek.
 Weryha Andrzej.

Wesołowski Antoni.	Wolberg Bernard.
Wesołowski Franciszek.	Wołowski Julian.
Wieniawski Tadeusz.	Wróbel Tomasz.
Wieniawski Tadeusz (junior).	Zagórowski Andrzej.
Wilczkowski Witalis.	Zawadzki Stanisław.
Winnicki Zenon.	Zawistowski Onufry.
Wiórogórski Jan.	Zdanowicz Hipolit.
Wiśniewski Franciszek.	Zdzieński Teofil.
Wodnicki Józef.	Zimmermann Erazm.
Wojciechowski Józef.	Ziomczyński Józef.
Wojciechowski Leopold.	Żelkowski Wojciech.(†)
Wojciechowski Teofil.	Żyliński Womasz.

2. Ze stanu farmaceutycznego.

Fijałkowski Franciszek.	Koope Edward.
Heinrich Teodor.	Löwenhoff Paweł.
Hildebrandt Jan.	

3. Z osób nielekarskich.

Trzy osoby (bezimiennie) z gubernii Płockiej, i dwaj Urzędnicy biura Urzędu Lekarskiego guber. Augustowskiej (bezimiennie).

Wyrachowanie się liczebne z otrzymanych w ciągu roku 1862 wpływów, jest następujące:

A. Ofiary jednorazowe.

Z końcem roku 1861, jak się okazuje z poprzedniego sprawozdania, pozostawało na zaległości ofiar jednorazowych:

Rsr. . . 16 kop. 75

W ciągu roku 1862 zadeklarowano takich ofiar „ 233 „ 70

Należało zatem do poboru Rsr. 250 kop. 45

Na poczet tego wpłynęło:

z miasta Warszawy Rsr: 130 kop. 50

z guber. Warszawskiej „ 23 „ —

„ Lubelskiej „ 26 „ 25

„ Radomskiej . . . „ 4 „ 20

„ Płockiej „ 20 „ —

„ Augustowskiej „ 39 „ —

Razem wpłynęło ofiar jednorazowych Rsr. 247 kop. 95

Pozostaje przeto na zaległości Rsr. 7 kop. 50

B. Składki terminowe.

Z końcem roku 1861. pozostawało na zaległości składek terminowych Rsr. 225

W ciągu roku 1862. zarachowano do poboru tychże składek Rsr. 2111 kop. 95

Należało zatem składek Rsr. 2336 kop. 95

Na poczet tego wniesiono:

z miasta Warszawy Rsr. 780 kop. 60

z guber. Warszawskiej „ 497 „ 90

„ Lubelskiej „ 302 „ 60

„ Radomskiej „ 244 „ 60

„ Płockiej „ 165 „ 50

„ Augustowskiej .. „ 77 „ 45

Wniesiono łącznie składek terminowych Rsr. 2068 kop. 65

Zalega przeto składek Rsr. 268 kop. 30

Zebrańie wpływów.

a) Wpłynęło ofiar jednorazowych .. Rsr. 242 kop. 65

b) „ składek terminowych „ - 2068 „ 65

Doliczając do tego:

c) prowizye od kapitałów hipotecznie lokowanych „ 387 „ —

d) prowizye od Listów Zastawnych „ 387 „ —

e) składki z góry przez niektórych członków wniesione na poczet należności roku 1863 „ 55 „ 34

f) nadpłaty drobne przez członków bez porachunku wniesione przy płaceniu składek „ 6 „ 30

Ogół wpływu do Kasy Wsparcia w ciągu roku 1862. wynosił Rsr. 2790 kop. 24

CZĘŚĆ II.**Fundusze.**

Na mocy Ustawy Kasy Wsparcia, wpływy przez tę kasę otrzymane do dwóch odnoszą się funduszów, a mianowicie: 1) do

Funduszu Nieruchomego czyli *Żelaznego*, który powstał z pierwotnych ofiar, darów i zapisów przenoszących Rsr. 50 i zasila się z $\frac{2}{5}$ składek terminowych. Fundusz ten lokuje się hipotecznie na nieruchomościach w Warszawie, prowizye zaś zaliczają się na fundusz ruchomy; 2) do *Funduszu Ruchomego*, do którego zalicza się $\frac{3}{5}$ składek terminowych, ofiary jednorazowe nie przenoszące Rsr. 50, tudzież prowizye od kapitałów hipotecznie lokowanych i od Listów Zastawnych. Fundusz ten przeznaczony jest na wsparcia, w dwóch terminach półrocznych, to jest w miesiącach czerwcu i grudniu każdego roku, a w razie nagłej potrzeby i częściej udzielane.

A. Co do funduszu żelaznego.

Z końcem roku 1861, jak wykazuje poprzednie sprawozdanie, Fundusz ten wynosił w ogóle Rsr. 7285 kop. 28 $\frac{1}{2}$

W ciągu roku 1862 do funduszu tego doliczono: $\frac{2}{5}$ składek terminowych w summie Rsr. 2068 kop. 65, jak to wyżej w części I. wykazano, wniesionych—czyli

„ 827 „ 46

Ogół Funduszu Żelaznego wynosi Rsr. 8112 kop. 74 $\frac{1}{2}$

Fundusz ten mieści się:

a) w kapitałach zahypotekowanych na nieruchomościach w Warszawie pod N. 1582

lit. D., Nr. 713 i Nr. 1628 Rsr. 7200

b) w Kassie, do czasu wypożyczenia

hypotecznego „ 912 kop. 74 $\frac{1}{2}$

Razem, jak wyżej, wynosi Rsr. 8112 kop. 74 $\frac{1}{2}$

B. Co do funduszu ruchomego.

Z końcem roku 1861, jak wykazuje poprzednie sprawozdanie, pozostało remanentu z tego funduszu Rsr. 120 kop. 8 $\frac{1}{2}$

W ciągu roku 1862 do Funduszu Ruchomego na zasadzie Ustawy zaliczono:

1) $\frac{3}{5}$ składek terminowych, w summie

Do przeniesienia Rsr. 120 kop. 8 $\frac{1}{2}$

	Z przeniesienia Rsr.	120 kop.	8 1/2
Rr. 2068 kop. 65, jak w części I. wykazano,			
wniesionych	Rsr.	1241	„ 19
2) ofiary jednorazowe, które pojedyn-			
czo nie przenosiły Rsr. 50	„	242	„ 95
3) prowizye od kapitałów hypotecznie			
lokowanych	„	387	„ —
4) prowizye od listów zastawnych ...	„	30	„ —
5) nadpłaty drobne	„	6	„ 30

Ogół więc funduszu ruchomego wynosił Rr. 2027 kop. 52 1/2

Potrącając z tego wydatki w r. 1862. dopełnione, a w części III. niżej szczegółowo wykazane, wynoszące w ogóle Rsr. 1874 kop. 62

Pozostaje przeto z funduszu ruchomego remanent na rok 1863 Rsr. 152 kop. 90 1/2

Zebranie funduszków.

1) Fundusz żelazny wynosi, jak wyżej			
wykazano	Rsr.	8112 kop.	74 1/2
2) Fundusz ruchomy	„	152 kop.	90 1/2

Ogół funduszków z końcem r. 1862. wynosi Rsr. 8265 kop. 65

Fundusze te mieszczą się:

a) w kapitałach zahypotekowanych	Rsr.	7200	
b) w kassie Komitetu	„	1065 kop.	65

Razem, jak wyżej, Rsr. 8265 kop. 65

CZĘŚĆ III.

Wydatki.

Wydatki w ciągu roku 1862 dokonane wynoszą w ogóle, jak to w części II. ust. B. wzmiankowano, Rsr. 1874 kop. 62, a w szczególności:

A) *Na wsparcia:* w 2 terminach półrocznych, t. j. w miesiącach czerwcu i grudniu, lub też w jednym terminie w miarę

zgłaszania się potrzebujących, udzielone: 5 lekarzom podupa-
dłym; 33 wdowom po lekarzach pozostałym; żonie lekarza do-
tkniętego obłąkaniem umysłu i zostającego w szpitalu; 3 cór-
kom po lekarzach w zupełném sieroctwie zostającym, — przy
względzie na położenie osób lub rodzin, ilość dzieci wychowa-
nia potrzebujących i t. p. Rsr. 1732 kop. —

B) Na administracyę instytucyi w o-
gólności, licząc w to i koszta portoryj pocz-
towych od funduszów Kassy, tudzież druki,
materyały piśmienne i t. p., łącznie Rsr. 142 kop 62
Ogół wydatków wynosi Rsr. 1874 kop. 62

CZĘŚĆ IV.

Kassa Komitetu.

Z końcem r. 1861, jak wykazuje poprzednie sprawozda-
nie, remanent Kassy Komitetu wynosił .. Rsr. 1705 kop. 37

W ciągu roku 1862 ogólny wpływ do
Kassy, jak to wyszczególniono wyżej w czę-
ści I, wyniósł „ 2790 „ 24

Łącznie więc pozostawało w Kassie Rsr. 4495 kop- 61

Z summy téj:

a) wydatkowano, jak wyżej w części III.
po szczególe wykazaném zostało:
Rsr. 1874 kop. 62

b) wypożyczono hy-
potecznie na nieru-
chomość w War-
szawie pod nume-
rem 1628 Rsr. 1500 „ —

Łącznie Rsr. 3374 „ 62

Remanent przeto Kassy na r. 1863 wynosi Rsr. 1120 kop. 99

Zawiera zaś:

1) Listów Zastawnych z należytymi kuponami
Rsr. 750 kop. —
2) gotowizny „ 370 „ 99

Razem, jak wyżej, Rsr. 1120 kop. 99

Remanent ten odnosi się:

1) do Funduszu Żelaznego, jak w części II. ustępie A. wykazano	Rsr.	912 kop.	74 1/2
2) do Funduszu Ruchomego, jak w téjże części ustępie B. wykazano	„	152 „	90 1/2
3) do Depozytów to jest należności na rok 1863 z góry uiszczonych	„	55 „	34
<hr/>			
Razem jak wyżej remanent Kassy wynosi	Rsr.	1120 kop.	99

w Warszawie dnia 1 lutego 1863 r.

Prezes komitetu: Dr. *Natanson.*

Członek zarządzający funduszem: Dr. *Szokalski.*

Kassyer, Członek komitetu: Dr. *Konitz.*

Uwaga Redakcyi.

Sądząc, że nie bez zajęcia dla czytelników będzie zestawienie rezultatów rocznych naszej *Kassy*, zaledwo 5 lat istnienia liczącej, z owocami, jakie w sąsiednim kraju wydaje podobna instytucja już od lat 30 trwająca, podajemy tu w streszczeniu podług *Allgem. Med. Central Ztg.* (1863 Nr. 5) *Sprawozdanie t. zw. Kassy wsparcia Hufelandowskiéj za rok 1862.*

Instytucja ta, rozciągająca się do całej Monarchii Pruskiej (1), liczyła w 1861 r. 1741 uczestników; w 1862 r. 1876 uczestników.

Kassa wsparcia Hufelandowska rozpada się na dwie oddzielne kassy (2), to jest na kasę wsparcia podupadłych lekarzy i na kasę wsparcia wdów po lekarzach; o stanie każdej z nich po szczególe powiemy słów kilka.

(1) Dla porównania przypominamy, że w Monarchii Pruskiej liczącej w 1853 roku 16,858,087 mieszkańców, było lekarzy 3830, czyli 1 lekarz na 4396 mieszkańców; zaś w Królestwie Polskiem, liczącem w 1857 roku 4,733,760 mieszkańców, było 487 lekarzy czyli 1 lekarz na 9720 mieszkańców.

(2) Porównaj: Dr. H. Bürger. *Hufeland's Stiftung für nothleidende Aerzte.* Berlin 1832.

1. Kassa wsparcia podupadłych lekarzy.

Stan kassy w końcu m. grudnia 1861 r. wynosił:

63,520 tal.	„	sgr.	„	fen.	w papier. publicz. procentujących;
8	—	„	—	„	— w złocie — i
4,600	—	1	—	8	— w kurancie.
<hr/>					
68,128 tal.	1	sgr.	8	fen.	—Do tego <i>przybyło</i> w ciągu roku
3,022	—	15	—	„	— z procentów;
2,166	—	27	—	9	— w kurancie z rocznych składek,
3	—	„	—	„	— w złocie.
<hr/>					
73,20	—	14	—	2	—

Wydatki w ciągu roku wyniosły:

1,705 tal.	„	sgr.	„	fen.	wsparcia dla 36 podupadł. lekarzy;
3,109	—	4	—	„	— na zakupienie papier. publicznych,
16	—	20	—	„	— straty na zmianie kursu;
403	—	4	—	3	— koszta administracyi.

2. Kassa wsparcia wdów po lekarzach.

Stan kassy w końcu m. grudnia 1861 r. wynosił:

22,500 tal.	„	sgr.	„	fen.	w papierach publicznych;
3	—	„	—	„	— w złocie, — i
1,655	—	16	—	6	— w kurancie.
<hr/>					
24,158 tal.	19	sgr.	6	fen.	—Do tego <i>przybyło</i> w ciągu roku:
1,027	—	15	—	„	— z procentów;
1,376	—	7	—	6	— w kurancie z rocznych składek,
3	—	„	—	„	— w złocie;
100	—	„	—	„	— z daru Dra <i>Brühl</i> w Bydgoszczy.
<hr/>					
26,665 tal.	12	sgr.	„	fen.	—

Wydatki w ciągu roku wyniosły:

1,730 tal.	„	sgr.	„	fen.	wsparcia dla 72 wdów podupadłych;
538	24	„	—	6	— na zakupienie papier. publicznych;
11	„	13	—	„	— na koszta administracyi.

Z porównania powyższych dwóch sprawozdań. (t. j. pruskiego i naszego) następują nam następujące uwagi:

1. W Prusach przypada na 22 lekarzy 10 uczestników kassy wsparcia; u nas 10 uczestników na 15 lekarzy.

2. Nasza kassa wsparcia wydała w ciągu 1862 r. 1,732 Rs. na wsparcia, a zatem więcej, niżeli Hufelandowska kassa wsparcia podupadłych lekarzy (1,705 talarów), chociaż ogół funduszków tej ostatniej (73,320 talar.) dziewięć razy przewyższa ogólną sumę funduszków naszej kassy w tymże czasie (Rs. 8,265); nasza więc kassa o zbytnią kapitalizacją w porównaniu z pruską nie może być pomawiana.

3. Do naszej kassy wsparcia w przecięciu przybywało do funduszu żelaznego rocznie około Rs. 1,600, do Hufelandowskiej zaś kassy wsparcia przybywało w przecięciu na fundusz żelazny rocznie około 2,260 talarów (Bürger w m. wsk. str. 29); mając więc wzgląd na ludność Prus wynoszącą przeszło 17 milionów i na ludność Królestwa Polskiego wynoszącą nie pełną 5 milionów, tudzież na dwa przeszło razy większą stosunkowo do ludności liczbę lekarzy w Prusach, porównanie wypadnie na korzyść naszej kassy.

4. Przecięciowa składka od pojedynczego uczestnika Instytucji Hufelandowskiej do kassy wsparcia lekarzy w ciągu r. 1862. wynosiła $1\frac{1}{10}$ talara, a do kassy wsparcia wdów $\frac{1}{10}$ talara, czyli razem $1\frac{8}{10}$ talara i w naszej zaś kassie 7 rub. srebr., czyli przeszło 4 razy więcej.

5. W Prusach w r. 1862. wsparcie udzielane pojedynczemu z 36 lekarzy wspieranych wynosiło w przecięciu 47 talarów, dla 72 wdów średnio po 24 talary; u nas dla 5 lekarzy w przecięciu po 37 Rsr., dla 37 wdów średnio po 41 Rsr. 81 kop.

6. Koszta administracji Hufelandowskiej kassy wsparcia lekarzy wyniosły w 1862 r. 403 talary 4 sgr. 3 fen.; koszta administracji naszej kassy w tymże roku tylko 142 Rsr. 62 kop., a zatem blisko $2\frac{1}{2}$ raza mniej.

II. Kassa wsparcia farmaceutów.

Z ogłoszonego niedawno drukiem w oddzielnym broszurze „Ogólnego sprawozdania z obrotu i stanu Kassy wsparcia podupadłych farmaceutów, z roku 1860, 1861 i 1862” (w druckarni S. Orgelbranda, w 8-ce w., 19 stron.) wyjmujemy główne dane.

Kassa wsparcia podupadłych farmaceutów, wdów i sierot po nich pozostałych, założona na mocy upoważnienia Rady Ad-

ministracyjny Królestwa z dnia 23 sierpnia 1859 r., rozpoczęła czynności swoje dnia 23 stycznia 1860 r. W ciągu trzechletniego swego istnienia znajdowała się w nadspodziewanie pomyślnym stanie, jak przekonywają szczegółowo w sprawozdaniu okazane wpływy „jako też liczba podupadłych farmaceutów i rodzin po nich pozostałych, które wsparcie z tej kassy w upłynionych trzech latach otrzymały.” (Co do tego ostatniego punktu nie zupełnie zgadzamy się z wyrazami *Sprawozdania*, t. j. żeby mała liczba osób, które dotychczas o wsparcie zgłosiły się, dowodziła, iż w samej rzeczy nie ma już ze stanu farmaceutycznego nikogo, coby pomocy potrzebował; albowiem być może, iż wiadomość o tej instytucji jeszcze nie jest dostatecznie rozpowszechniona: wszak w 1-y m r. (1860) zgłosiły się do tej kassy tylko 3 osoby, w następnym już 8, a w przeszłym 11. Podobnie rzecz się miała i z lekarską kassą wsparcia, do której też stopniowo, w miarę oswojenia się odnośnej publiczności ze znaczeniem takiej instytucji, liczba zgłaszających się do kassy wzrastała).

Uczestników, którzy w ciągu lat 1860, 1861 i 1862 zasili *Kasę wsparcia podupadłych farmaceutów* jednorazowymi ofiarami i składkami stałemi, było w ogóle 429, a mianowicie farmaceutów 416, lekarz 1, osób niefarmaceutycznych 12. Spis imienny tych uczestników dołączony jest do Sprawozdania.

I. *Wpływy* w ciągu ubiegłych 3ch lat były następujące:

wpłynęło: zaległo.

A. ze składek jednorazowych

i terminowych,

Rs. 6,344 k. 77. Rs. 619 k. 11

B. z procentów i składek złożonych w Red. Kur. Warsz. „

559 „ 40. „ — „ —

Wogóle z trzech lat Rs. 6,904 k. 17. Rs. 619 k. 11.

II. Z wpływów tych obrócono w pojedynczych latach:

na fundusz nieruchomy na fundusz ruchomy

w roku 1860 — Rsr. 2,227 kop. 30. — Rsr. 1,130 kop. 19

„ 1861 — „ 75 „ 70 — „ 1,579 „ 28

w roku 1862 — Rsr. 278 kop. — — Rsr. 1,613 kop. 70

Razem Rsr. 2.581 kop. — — Rsr. 4,323 kop. 17

Jednakże ta znaczna, a nawet niestosunkowa wysokość funduszu ruchomego w porównaniu z nieruchomym jest tylko pozorna, jak to się poniżej okaże.

III. Wydatki wynosiły:

A) Na *wsparcia* w terminach kwartalnych wypłacono:

w 1860 r. 3 osobom Rsr. 75 kop. — (śred. 25 rs.)

w 1861 r. 8 osobom Rsr. 472 kop. 50 („ 59 „)

w 1862 r. 11 osobom Rsr. 685 kop. — („ 62 „)

Razem na *wsparcia* wypłacono Rs. 1232 k. 50.

B) Na potrzeby *administracji*:

w 1860 roku Rsr. 128 kop. 65

w 1861 „ „ 65 „ 66

w 1862 „ „ 26 „ —

Razem na administracją Rsr. 220 kop. 31.

A zatem ogół wydatków przez 3 lata wynosił Rsr. 1452 kop. 81.

IV. *Billans.*

Ogólny dochód w latach 1860, 61 i 62

wynosił.

Rs. 6904 kop. 17

Ogólny rozchód w latach „ „ „

„ „ „ „ 1452 „ 81

Pozostało więc Rsr. 5451 kop. 36

to jest: na fundusz nieruchomy Rsr. 2581 kop. —

„ „ ruchomy „ 2870 „ 36

Razem, jak wyżej, Rsr. 5421 kop. 36

Według § 32. Ustawy pozostały fundusz ruchomy z roku 1860 rs. 926 kop. 54; z r. 1861 rs. 1041 kop. 12 i z r. 1862 rs. 902 kop. 70, czyli razem rsr. 2870 kop. 36 zlano z funduszem nieruchomym i cały ten kapitał rsr. 5451 kop. 36 jako remanent na rok 1863 w książkę wszelkich wpływów jako fundusz nieruchomy zamieszczono.

Z powodu téj operacji czytamy w *Gazecie Polskiej* z dnia 3 kwietnia r. b., Nr. 76, następujące uwagi, które w zupełności podzielamy:

„Nastęrcza się tu pytanie: czyli przepis § 32. cytowanej Ustawy, stanowiący zamianę każdorocznych i całkowitych rema-

mentów funduszu ruchomego na fundusz nieruchomości—bez zachowania z roku na rok pewnej rezerwy funduszu ruchomego—nie przedstawia w wadliwym świetle przymiotów saméjże Ustawy? i czy przy zbiegu mniej przyjaznych okoliczności nie sparaliżuje kiedyś, przypadkiem, błógiego skutku innych jéj przymiotów? Bo np. cóż pocnie kassa, jeśli, przy możebnej stagnacji wpływów na fundusz ruchomy, zgłaszania się o wsparcia wzrosną nagle w znakomicie mniej świetnym stosunku do wniosków, niż to dotąd ma miejsce? Przyjdzie jéj chyba patrzeć z założonymi rękoma na zbyt kapitałizowane fundusze, albo odmawiać wsparcia znacznej części proszących, albo też niezasilony w takim razie przez rezerwę skromny fundusz ruchomy rozdrabniać na tak umiarkowane wsparcia, że te małą zaledwie bardzo pomoc proszącym przynieść będą w stanie. Wszelką zbytnią kapitałizacją funduszków uważamy według naszego pojęcia za znakomitą przeszkodę w rozwoju każdej instytucji dobroczynnej. Wreszcie coroczny taki fundusz rezerwowy, pozostawiony z części remanentów funduszu ruchomego, doskonale mógłby posługiwać na zasiłki dla ubogich a celujących farmaceutów, kształcących się w zakładach naukowych, co pozostając w zgodzie z duchem § 31 Ustawy, według naszego pojęcia stanowiłoby powinno jedną z najważniejszych atrybucyj Kassy.

Okoliczności te tém więcéj zdają się zasługiwać na uwagę Członków i Komitetu Kassy, gdy instytucja ta mimo nieregularnego jeszcze nieco wpływu składek od niektórych mniej akuratnych uczestników, z resztą prawie bezprzykładnego doznaje poparcia i z powodu szlachetności swych celów, oraz świetnych rezultatów w krótkim osiągniętych czasie, zasługuje bezwątpienia na najserdeczniejsze uznanie ogółu.”

V. *Rozłokowanie kapitalów* wyżej wymienionego funduszu nieruchomości rsr. 5451 kop. 36, który obecnie Kassa posiada, jest następujące:

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------|
| a) Na hipotece nieruchomości w Warszawie Nr. 627 | — | — | Rs. 3,000 kop. — |
| b) W listach zastawnych Tow. Kr. Z. | | | Rs. 1,500 kop. — |
| c) w gotowiznie | — | — | „ 951 „ 36 |
| | | | <hr/> |
| | | | Razem Rs. 5,451 kop. 36 |

Na ostatniem Ogólnem zebraniu członków Kassy wsparcia farmaceutów, odbytém w początkach m. lutego r. b., członkowie rzeczeni, zgodnie z § 5. i 8. Ustawy, wybrali większością głosów z grona swego na Członków Komitetu zarządzającego kassą: pp. radcę stanu Dra Teodora Heinricha na urząd Prezesa, S. Boehlke na urząd Kassyera, Steinerta na urząd Kontrolera i W. Karpińskiego na urząd Sekretarza. Kadencya tych wyborów jest trzechletnia.

Towarzystwa uczone.

Czynności towarzystwuczonych są niezaprzeczenie jedném z ważnych świadectw życia naukowego; dla tego też, pragnąc, aby pismo nasze dawało ile możności dokładny obraz ruchu w świecie lekarskim kraju naszego, postanowiliśmy zaznajamiać czytelników z treścią rozpraw *Towarzystw lekarskich: Wileńskiego i Podolskiego* tudzież *Oddziałów nauk lekarskich i przyrodniczych Towarzystw naukowych Krakowskiego i Poznańskiego*, o ile takowe w *Tygodniku Lekarskim Warszawskim*, w *Przeglądzie Lekarskim Krakowskim* lub w innych czasopismach ogłoszone będą. Rozmiary pisma naszego nie pozwalają nam wprawdzie przedrukowywać w całkowitości protokółów tych Towarzystw, zawsze jednak starać się będziemy przynajmniej ważniejszych prac dokładną treść podawać w wyciągu.

Na ten raz ograniczamy się do sprawozdania z protokółów, które w *tegorocznych* pismach lekarskich były ogłoszone.

Oddział nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa naukowego Krakowskiego.

Dział anatomii świetnie był reprezentowany (na posiedzeniu z dnia 10 listopada r. z.) ustym wykładem prof. Teichma-

na o jego *badaniach anatomicznych we względzie przebiegu przewodu piersiowego (ductus thoracicus) u człowieka i u zwierząt*. Z poszukiwań prof. T. okazuje się, że liczba przypadków, w których u człowieka jest *więcej* niż jeden przewód piersiowy ma się do owych, w których się jeden tylko napotyka, jak 8: 2. Kilką dokładnemi rysunkami wiernie z natury zdjętemi rzecz tę naocznie okazał; widać na nich było już pod przeponą poczynające się dwa przewody, które przebiegają oddzielnie do klatki piersiowej, a które podobny do siebie częstokroć zachowują układ i stosunek, jak żyła nieparzysta do międzyżebrowej lewej dolnej (*vena azygos et hemiazygos*); dla tego też nazwał prof. T. przewód drugi: *ductus hemithoracicus*.—U zwierząt pod tym względem znalazł prof. T. wiele różności.

Z ssawców u kota, królika, świnki morskiej, wiewiórki, wydry, borsuka *dwa* bywają przewody piersiowe z rozlicznemi splotami; u jeża przez poprzeczne połączenie mają one kształt *drabinki*; u kreta są *trzy* przewody, u innych znów *po jednym*, a dotychczas nie udało się wynaleść jakieś ogólniejsze prawidło pod względem zachowania się tych przewodów u pewnych rodzajów zwierząt. Wszelako utrzymuje prof. T., iż według dotychczasowych badań stosunki przewodu u człowieka trzymają niejako środek między temi, gdzie bywa jeden, a temi, gdzie ich jest kilka. U nietoperza zaś wznosi się ponad przeponą aż do połowy prawie wysokości pień jeden, który rozszczepia się widelkowo pod kątem ostrym na dwie odnogi, z tych jedna prowadzi do żyły prawej, druga do lewej. Zachowanie się to stanowi przejście do ptaków, u których ten układ jest prawidłowym, jak to się na pięknym wyrobie anatomicznym z kaczki, zachowanym w wysoku a za przykład służącym, jawnie widzieć dawało.

Co do zwierząt ziemnowodnych rzecz jeszcze nie jest dość zbadana. Co autorowie dotychczas o tém pisali—nie ma wartości ściśle umiejętnej i polega na przypuszczeniu wcale nieuzasadnionem. I tak w najnowszych czasach Recklinghausen stwierdza niby u żab obecność dwóch torb, mających mieć przeznaczenie naczyń limfatycznych, od których nadano im miano torb limfatycznych (*Lymphsäcke*). Wszelako to mniemanie nie zasługuje bynajmniej na wiarę, albowiem nie wykazano

miejsc, któremi limfa z tych torb do żył się dostaje, a co większa, że nie udało się nawet jeszcze znaleźć w nich rzeczywiście limfę.

Nareszcie sprostował jeszcze wykładający mylne mniemanie powszechne o tak zwanym *steuku mlecznym* (cisterna chyli) w tém znaczeniu, jakoby to miał być główny zbiornik, do którego spływają wszystkie naczynia mleczne brzuszne. Istotnie jestto tylko prostém rozszerzeniem, które się niekiedy i w innych miejscach znajduje.

W końcu zwrócił prof. T. uwagę na wielką wartość naukową tych poszukiwań, z którymi rozwiązanie wielu zagadnień fizyologicznych i patologicznych ściśle się łączy, i tak np. wypadek doświadczeń z podwiązania przewodu piersiowego w mylném mniemaniu, że przez to wstrzymano przyływ limfy do żyły, stracić musi swoje znaczenie.—

Z anatomii patologicznej zasługuje na uwagę przypadek przewrotnego układu wnętrzości przedstawiony na posiedzeniu z dnia 10. stycznia r. b. przez Dra *Oettingera*, t. j. mężczyzna 34-letni, mający serce i śledzionę po prawej stronie ciała, a wątrobę po lewej. Ścisłe badanie fizyczne dokonane w obec zebranych kolegów wprawną ręką prof. *Diella* okazało, że serce, oprócz położenia swego w prawej połowie klatki piersiowej, znajdowało się przy badaniu o jedno żebro niżej, aniżeli pospolicie, wątroba zaś w poziomém ułożeniu ciała była o jedno żebro wyższą; wspomniał prof D. nadto, iż w swoim wieloletnim zawodzie szpitalnym jeden tylko widział przypadek przyrodzonego zбочenia i to po śmierci dopiero rozpoznany.—

Z fizjologii ważny był wykład prof. *Piotrowskiego* o ilościowém oznaczaniu ciałek krwi; dokładnie podaną treść tego wykładu znajdzie czytelnik w niniejszym poszycie *Pamiętnika* pod rubryką *Przeglądu pism czasowych*.—

W przedmiocie terapeutycznym, będącym teraz niemal wszędzie na porządku dziennym, w kwestyi zastosowania lekarskiego płynów rozpylonych toczyły się na posiedzeniu z dnia 10. grudnia r. z. rozprawy wywołane sprawozdaniem Dra *Warschauer* o przyrządzie Schnitzlera, które się zakończyły na wniosek Prof. *Diella* wybraniem z grona Oddziału osobnej Komisji (złó-
Pam. T. L. W. Tom XLIX.

żonej z proff. *Bryka, Dietla, Gilewskiego i Piotrowskiego*, oraz *Dra Warschauera*) do robienia doświadczeń w tym kierunku i to narządem, który się okaże najdogodniejszym. Komisya ta za pół roku od jój wyznaczenia, t. j. obecnie już za dwa miesiące, ma ogłosić swe sprawozdanie, którego z ciekawością oczekujemy.—

Z oftalmologii na témże posiedzeniu prof. *Słowikowski* opowiedział streszczoną osnowę pracy swojej mającej napis: *O zalepianiu oczu, jako środka lekarskim w chorobach tychże*, w której, poczynawszy od wiadomości historycznych o tym przedmiocie, wymienił istoty używane przez lekarzy do zalepiania oczu, rozróżnił rozmaite sposoby zalepiania, a w końcu wyliczył szczegółowo cierpienia powiek i gałki ocznej, w których środek ten nader okazywał się pomocnym.—

Wreszcie z nauk przyrodniczych całe posiedzenie z dnia 12 lutego r. b. zajęte było sprawozdaniem z pracy *Dra Franciszka Herbicha* o chwaście zwanym *Xanthium spinosum Lin.*, Rzepień kolczysty, który do Galicyi zawędrował z bydłem stopowém ze stepów Ukrainy.

Towarzystwo lekarskie Wileńskie.

Towarzystwo lekarskie w Wilnie, medycynę praktyczną na głównym mając względzie, na pierwszém miejscu porządku dziennego każdego posiedzenia kładzie uwagi Członków nad chorobami w Wilnie panującymi.

Mając w téj chwili pod ręką protokoły tylko 1go i 4go tegorocznego posiedzenia tego Towarzystwa, przypominamy jeno, że na posiedzeniu styczniowém Dr. *Cywiński* udzielił wiadomości o chorobach oczowych z zakładu i ambulansu oftalmicznego wileńskiego, *Drowie: Majewski i Ciechanowicz* czytali swoje rozprawy o chorobie syfilitycznej, wreszcie Dr. *Anicet Renier* odpowiedź, jaką przesłał Komisji balneologicznej krakowskiej względem wód mineralnych na Litwie;— posiedzenia zaś, które się odbyło dnia 12 kwie-

tnia (v. s.) r. b. pod przewodnictwem prof. A d a m o w i c z a, podajemy protokół w całości.

W ubiegłym miesiącu, członkowie zauważali, że katary i choroby wysypkowe zaczynają ustępować, a ich miejsce zajęły gorączki przepuszczające pod różną postacią. Pora wiosenna, ze stanem powietrzni sobie właściwym, jest najbliższą ich przyczyną.

Z chorób tak nazwanych pojedynczych, Prezes widział, na skutek wielkiego wylewu wodnistego w połowie piersi, przesunięcie się serca ze strony lewej na prawą. Przypadek podobny, chociaż mniej wyraźny, już przed kilku miesiącami był postrzeżanym w szpitalu ś. Jakóba.

Dr. K o r e w a doniósł o skołowaceni ogólném napastującym pod postacią napadów dziewczynę 22-letnią. Po uprzednich mdłościach i objawach podobnych do hysterycznych nastąpiło skołowacenie (tetanus) tak silne, że osobę chorą nakształt posągu, ująwszy za nogi, do góry podnieść można było. Szczęśliwie użyte w tej chorobie puszczenia krwi ogólne i miejscowe doprowadziły do prędkiego i pomyślnego zejścia.

Dr. R e j k o w s k i przeczytał program dla lekarza, dającego porady przy zakładzie wód mineralnych sztucznych w Wilnie.

Dr. T r y n k o w s k i przedstawił nową metodę obwijania części ciała chorych za pomocą skór świeżo zdartych z bydła. Metodę tę w wielu przypadkach bardzo ważnych sprawdzić był w stanie.

Dr. S y c y a n k o czytał rozprawę o elektro-terapii, gdzie wykłada teorią prądów i działania elektryczności na nerwy przewiązane i rozcięte. Wreszcie zastanawia się nad stosowaniem galwanizmu i magnetyzmu do leczenia różnych chorób.

W końcu posiedzenia *Prezes* doniósł o nadesłanych dla Towarzystwa darach w książkach i t. p.

Nekrologia.

W ciągu 4ch upłynionych miesięcy r. b. utraciliśmy w samém Królestwie sześciu kolegów w zawodzie lekarskim. Jako materyał do przyszłych biografij podajemy tu pobieżnie o życiu zgasłych towarzyszków krótkie wiadomości, które dotychczas potrafilśmy zebrać.

Dąbrowski Wincenty ukończył kurs nauk lekarskich w Akademii medyko-chirurgicznej petersburgskiej. W roku 1851 otrzymał posadę Lekarza miasta Łosic w powiecie bialskim, na której pozostawał do r. 1854 (usunął się dla słabości zdrowia, nie pozwalającego mu częstych wyjazdów za czynnościami sądowo-lekarskimi). Po dwuletniej przerwie, w roku 1856 przyjął obowiązki Lekarza Szpitala dominialnego w Maciejowicach, które pełnił do roku 1858. Następnie lat parę pozostawał w służbie wojskowo-lekarskiej, a wzięwszy w r. 1862 uwolnienie, osiadł w Tomaszowie lubelskim jako lekarz wolnopracujący.

Młody wiekiem, bo miał zaledwie lat 33, zdrowy i choć po życiu pełném trudów i prac, zdolny jeszcze nie jedną pracę w życiu ponieść, zmarł śmiercią nagle mu zadaną w m. Tomaszowie lubelskim, dnia 23 lutego r. b. pozostawiając żonę, Weronikę z Łukasiewiczów. Pokój jego duszy!

Żelkowski Wojciech (syn Wincentego) słuchał nauk lekarskich w b. Uniwersytecie Warszawskim; w r. 1833 uzyskał od b. Komitetu Egzaminacyjnego lekarskiego stopień Magistra Medycyny. W r. 1839 otrzymał posadę Lekarza miasta Tomaszowa lubelskiego, a w r. 1851. drugą posadę Estymatora materyałów aptecznych na Komorze Tomaszów; na którychto posadach do dnia zgonu pozostawał. W r. 1862, zaszczycony zaufaniem współobywatelów, wybrany został na Członka Rady powiatowej w Powiecie Zamojskim.

Ten weteran zawodu lekarskiego, po 30-letnich pracach obywatelskich i lekarskich, co mu zjednały uznanie tych, wśród których żył, zmarł w mieście Tomaszowie lubelskim w dniu

jednym ze swym młodszym kolegą Dąbrowskim—i jednaką śmiercią!.. Żył lat 58, pozostawił żonę Emilią z Bogdańskich.—Pokój jego duszy!

Następni dwaj koledzy zmarli przedwcześnie, w samym kwiecie wieku, jeden na ostrą, drugi na przewlekłą chorobę.

Blum Stanisław Leon, syn powszechnie szanowanego obywatela tutejszego, urodził się w Warszawie d. 10 kwietnia 1831 r. Nauki gimnazyalne pobierał z początku w Warszawie a od roku 1842 (po zniesieniu zakładów naukowych średnich w Warszawie) uczęszczał do gimnazjum w Łomży. Następnie nauk lekarskich słuchał w Petersburgu w Akademii medyko-chirurgicznej, gdzie w początku r. 1856 miał sobie przyznany stopień Doktora medycyny. W kilka miesięcy potem wyjechał dla dalszego kształcenia się w swym zawodzie za granicę, gdzie przez dwa lata przebywał, uczęszczając do klinik i szpitalów w Paryżu i Berlinie najdłużej zaś w Wiedniu, z zamiłowaniem pracując nad doskonaleniem się w diagnostyce fizycznej i chemicznej. Wróciwszy w końcu kwietnia r. 1858 do kraju, osiadł w Warszawie i oddawał się tutaj praktyce lekarskiej, z wyjątkiem nie spełna roku, który spędził na Wołyniu, wyręczając w gospodarstwie wiejskiem brata chorego.

Zamiłowany w diagnostyce, gorliwy w niesieniu pomocy chorym ubogim, ś. p. Stanisław nader czynnie spełniał obowiązki Lekarza ordynującego w Szpitalu Ewangelickim tudzież członka Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności (był lekarzem Ochrony na Nowolipiu). Zmarł z powszechnym żalem tych wszystkich, co go bliżej znali, w wieku lat 30, dnia 3 stycznia r. b., w skutek zapalenia opon mózgowych, które nastąpiło po rózę twarzy.

Gorliwy zwolennik w terapii kierunku skeptycznego nowej szkoły Wiedeńskiej, Blum był u nas tego kierunku jednym z najbardziej krańcowych przedstawicieli. W czasopismach lekarskich Warszawskich ogłosił w *Tygodniku* z r. 1859 czy też 1860 uszczypliwą nieco krytykę z powodu artykułu Dra.

H o t t a o miazmatach; nadto w przeszłorocznym *Pamiętniku Tow. Lek.* (T. 48, str. 207—213) przekład spostrzeżenia Dra. Lamm o otruciu się chloroformem wskutek zażycia tego środka do wewnątrz. W pierwszym roku swęj praktyki w Warszawie nader mozolnie zajmował się spirometryą, mierząc spirometrem objętość płucną (*Lungen-capacität*) u chorych tak w swém mieszkaniu, jakoteż w szpitalu, dla sprawdzenia cyfr podanych przez *Hutchisona*, *Arnolda* i innych; później jednak zaniechał tych mierzeń, twierdząc, że go prowadziły do zaprzecznych tylko wypadków (*negative Resultate*). Kto wie jednak, czyby nie warto było, ażeby który z kolegów nieboszczyka odszukał w jego papierach starannie prowadzoną kontrolę tych pomiarów i ogłosił główne ztąd dające się wyciągnąć wnioski.

Röhr *Franciszek*, syn poważanego obywatela m. Warszawy, po ukończeniu w r. 1846 nauk gimnazyalnych w Warszawie, przyjęty był w sierpniu t. r. na stypendystę Królestwa Polskiego dla kształcenia się na wydziale lekarskim w Uniwersytecie Charkowskim. Po czteroletnim pobycie na tymże uniwersytecie, z powodu choroby, której zaród już wówczas rozwijać się w nim zaczął, zmuszony był opuścić dalsze nauki i udać się dla szukania porady lekarskiej do Wiednia. Tam jednocześnie z kuracją uczęszczał na wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego i po złożeniu ścisłych egzamenów (*Rigorosa*) uzyskał od władz rzezonego Uniwersytetu pod d. 4. maja 1852 roku stopień Doktora Medycyny, który mu był potwierdzony przez Radę Lekarską Królestwa Polskiego w początku r. 1853. Od tego czasu trudnił się wolną praktyką lekarską w Warszawie. W r. 1859 otrzymał posadę Lekarza ordynującego w Szpitalu Ewangelickim, z której wziął uwolnienie na własne żądanie w r. 1861.

Umarł w końcu kwietnia r. b. na skutki przewlekłej choroby sercowej (niedostateczność zastawki dwudzielnej i rozszerzenie aorty). Żył lat 33; pozostawił żonę i troje dzieci.

Ś. p. Franciszek charakterem otwartym i prawym zjednał sobie licznych przyjaciół i wielbicieli tak między kolegami, jakoteż między publicznością. Świadczył o tém, równie jak na pogrzebie Bluma, liczny orszak towarzyszący szcżątkom pośmier-

tnym, które, podobnie jak tamtego zwłoki, koledzy zmarłego ponieśli na swych ramionach na sam cmentarz.

Röhr należał, i słyszenie, do bardziej zajętych lekarzy warszawskich, albowiem był z liczby najgruntowniej ukształconych w swym zawodzie. Ze szczególnem zamiłowaniem oddawał się gałęzi patologii i terapii u nas zbyt zaniedbanej, t. j. chorobom skórnym i w przedmiocie tym, jakieśmy od jednego z jego przyjaciół słyszeli, wypracował rękopism, ozdobiony rysunkami. Nie wiadomo nam, czy to są opisy pojedynczych spostrzeżeń, czy monografie lub całość dermatologii; w każdym razie pożądaną byłoby rzeczą, aby który z przyjaciół zmarłego zajął się przejrzeniem tego rękopismu i ogłoszeniem go przynajmniej częściowem. Byłoby to najlepszem oddaniem czci zasługom lekarskim nieboszczyka. Prócz tego Röhr zostawił podobno rękopism o chorobach serca.

Dwaj wręście koledzy zmarli w późniejszym wieku (między 50.—a 70. rokiem życia) na przeciągłe choroby: jeden na wodną puchlinę, o której był napisał swą tezę doktorską,—drugi zaś, b. Naczelnym Lekarzem Szpitala obłąkanych, na przewlekłą chorobę umysłową, życie w szpitalu i w ubóstwie zakończył.

Klecki Jan Antoni, syn Hilarego, (1) zaczął uczszczać na medycynę w b. Uniwersytecie Warszawskim, po zniesieniu którego w r. 1831. udał się dla ukończenia nauk lekarskich do Krakowa. Tam w dniu 17. r. 1833 otrzymał stopień Doktora medycyny i chirurgii po obronie rozprawy p. n. „*Hydropum generalis descriptio*. Cracoviae 1833. Typis Stanisłai Gieszkowski.” (w 8ce mn., X i 38 stron.), przypisanęj Dr. Andrzejowi Janikowskiemu, b. Profesorowi Uniwersytetu Warszawskiego.

(1) Jedna z tutejszych gazet, donosząc o śmierci ś. p. Jana, błędnie nazywała go synem Dra *Waleryana Kleckiego*, b. lekarza b. Wojska Polskiego, który jest bratem nieboszczyka i żyje dotychczas.

Powróciwszy do Królestwa Kongresowego, Klecki w r. 1836 uzyskał od Tymczasowego Komitetu Lekarskiego Egzaminacyjnego upoważnienie do praktyki lekarskiej. Wtedy zamieszkał na Pradze i od téj chwili aż do zgonu swego przez lat 27 bez przerwy był na posługach Pragi naszej, gdzie nawet przez lat kilkanaście sam jeden niósł pomoc lekarską około 6-tysięcznej po większej części ubogiej ludności. Dodajmy do tego, że w czasie jego praktyki przypadło 5 epidemij cholery (1837, 1848, 1852, 1855, 1858), podczas których szczególnego poświęcenia dawał dowody,—dodajmy gorliwe zajęcie się obowiązkami Członka Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, do których Praga obszerne przedstawia pole,—dodajmy usposobienie łagodne i przyjacielskie, charakter prawy i wylany nieboszczyka: a nie zadziwi nikogo powszechne poważanie, jakim mieszkańcy przedmieścia otaczali imię Kleckiego. Liczny orszak ze wszystkich warstw ludności złożony, postępujący w dniu 25 marca r. b. za trumną s. p. Jana był rzetelném tego uczucia świadectwem.

Klecki żył lat 56; zmarł na następstwa przewlekłego zapalenia oskrzeli i nerek. Pozostawił żonę Amelią z Pawłowskich i troje dzieci.

Mylo Edward, syn Fryderyka, urodzony w r. 1799, rozpoczął służbę jako podaptekarz w wojskowym szpitalu w Mewe (w Zachodnich Prusach) w r. 1813; w r. 1814. powołany został do służby lekarskiej w wojsku Pruskiém i przeznaczony na Chirurga batalionowego w 27. pułku piechoty; w r. 1816. otrzymał medal żelaznej korony za kampanią francuzką. Przybywszy w r. 1819. do Królestwa Polskiego, uczęszczał na wykłady medycyny w b. Uniwersytecie Warszawskim i otrzymał w roku 1822. stopień Magistra medycyny i chirurgii. W r. 1823. powołany został na Asystenta kliniki przy wydziale lekarskim, lecz w końcu tegoż roku na własne żądanie otrzymał uwolnienie i przeniósł się na posadę Fizyka Województwa Podlaskiego; w końcu r. 1824. na własne żądanie otrzymał uwolnienie od tych obowiązków i przeniósł się na mieszkanie do Warszawy, zajmując się praktyką prywatną do r. 1828, w którym otrzymał posadę Naczelnego Lekarza Szpitala Św. Jana Bożego (Braci mi-

łosierdzia) w Warszawie. W r. 1839, wskutku złożonego egzaminu i po obronieniu rozprawy p. n. „*De relatione mutua organismi humani vivi ad mundum externum, praxeos medicae ratione habita. Varsaviae, 1839.*” (w 8-ce, 52 stron.) otrzymał od Rady Lekarskiej Królestwa stopień Doktora medycyny. W r. 1848. na własne żądanie, dla choroby nabytej w czasie i z powodu gorliwego pełnienia ostatnich obowiązków (1), uwolniony został z posady Naczelnego Lekarza i odtąd do samej śmierci ciągle podlegał chorobie umysłowej; zmarł w Szpitalu Ewangelickim w miesiącu marcu r. 1863. Od r. 1858, po ustanowieniu Kassy wsparcia podupadłych lekarzy, był wspierany przez tęż Kassę. Żył lat 64. Pozostawił żonę Zofią Myło.

Szkoła Główna Warszawska.

W Szkole Głównej nowo otworzonej Wydział Lekarski dał początek uroczystych rozpraw *pro venia legendi* i *pro gradu*. Oto jeszcze w dniu 29. stycznia r. b. Dr. **Witold Nar-kiewicz Jodko** obronił w auli Szkoły Głównej swą pracę p. n. „O akomodacyi prawidłowej, przestrzeni akomodacyjnej i jój wymierzeniu. Warszawa 1863.” (w 8-ce, 73 stron, z 15 drzeworytami w tekście), napisaną w celu uzyskania *stopnia Docenta Oftalmologii* w Szkole Głównej. W ocenę tej pracy nie wypada nam się wdawać: znana ona jest czytelnikom naszym, albowiem była drukowaną w przeszłorocznym *Pamiętniku*. (T. XLVII, str. 145—173. i 205—248.) Czytającami z urzędu zarzuty byli Profesorowie *Szokalski i Hoyer*

(1) Wyraźny rozwój choroby Dra *Myło* wziął swój początek od zranienia go ostrym narzędziem przez jednego z obłąkanych leczonych w Szpitalu Ś. Jana Bożego.

z Wydziału Lekarskiego, tudzież Prof. *Prażmowski* z Wydziału Fizyko-matematycznego.

W dniu 15. maja P. **Ksawery Pasiutewicz**, lekarz praktykujący w Puławach, i Profesor higieny w tamtejszej Szkole Politechnicznej, po zdaniu egzaminu na *stopień Doktora Medycyny*, bronił pracy inauguralnej p. n. „*O wrzodach na goleni*” (Warszawa 1863. Druk Kowalewskiego). Rozprawa w której brali udział Profesorowie: Brodowski, Girsztowt i Łuczkiwicz, szła żywo i gorąco a zdradzała tym i owym wyrazem idącym poza kres dysputy akademickiej, że była pierwszą w przywróconej Szkole Głównej.— Temat pracy, dobrze obmyślany odpowiada dobrze tej dawno uznaniej potrzebie wyjaśnienia sprawy wrzodów goleniowych, które są plagą istną naszej ludności roboczej; Towarzystwo Lek. Warsz., w uznaniu tej potrzeby kilkakrotnie tenże sam temat ogłaszało jako konkursowy. Praca pana *Pasiutewicza* której część znaczna poświęcona jest ogólnikowym określeniom o wrzodach w ogóle, a także i sprawie ropienia w ogólności,—przyczém nie spotykamy się z żadnym nowym poglądem, a tylko z tém, co już dobrze znane,—praca ta, jakkolwiek wcale nie wyczerpuje przedmiotu, to daje przynajmniej momenta, które przydać się mogą dalszym badaniom.

Redakcja Tygodnika lekarskiego przeznaczyła za rok 1862. trzy nagrody, każda po Rsr. 50, trzem następującym współpracownikom:

P. *Bałwańskiemu* w Kownie, P. *Poznańskiemu* w Włocławku, P. *Rollemu* w Jaryszewie na Podolu, (za opis topograficzno-lekarski Powiatu Mohyłowskiego (nad Dniestrem) nie zaś gubernii Mohylewskiej, jak w nrze 3. Tygodnika przez pomyłkę wydrukowano.)

Towarzystwo lekarzy czeskich w Pradze obrało Członkami korespondentami następujących lekarzy warszawskich: DDrów *Hirschfelda*, *Hoyera* i *Tyrchowskiego* Profesorów Szkoły Głównej Warszawskiej, — Dra *Neugebauera* Docenta tejże Szkoły i Dra *Wilhelma Lubelskiego* Bibliotekarza Tow. Lek. Warsz.

K R Y T Y K A

Przegląd czasopisów lekarskich krajowych.

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego między obowiązki swoje kładzie sprawozdania peryodyczne z pism czasowych lekarskich w kraju wychodzących. Pism tych, ściśle naukowych mamy dwa przed sobą: *Tygodnik lekarski* w Warszawie wychodzący i *Przegląd lekarski* Krakowski: Ostatnie z nich, świeże, bo zaledwo od roku pojawiające się, stoi siłami téj jedynéj Szkoły polskiéj, która ma trwanie dłuższe i istnieniem swoim czasów jagie!łońskich sięga. Siły te, po ostatniej reformie przywracającéj Uniwersytetowi Jagiellońskiemu przynależny mu kierunek, bogate są i poręczają sobą dostatecznie wartość pisma, jak to zresztą krótkie sprawozdanie następujące wykazuje.

1. Przegląd lekarski

wydawany staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich c. k. Towarzystwa Naukowego Krakowskiego pod redakcją Prof. Drów: Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Drów Oettingera i Zieleniewskiego.

Nra 1 — 11; styczeń, luty, marzec r. 1863.

A. Prace oryginalne.

1. W numerach 1, 2, 3 i 4 opisane są 3 **spostreżenia** czynione w **Klinice lekarskiej** prof. Dietla w Krako-

wie. a) Pierwsze dotyczy *zapalenia płuc*, które mimo towarzyszący nieżyt oskrzeli na znacznej przestrzeni rozległy, mimo z powodu tego zejścia się dwóch tych spraw zapalnych, które zresztą mniej więcej prawidłowo ze sobą w parze chodzą, mimo więc ztąd pochodzący mocny odczyn gorączkowy i mimo przypadki nerwowe jakimi pierwsze dni rozwijania się choroby odznaczyły się, mimo te wszystkie obciążające stan chorobny okoliczności, przeszło u człowieka młodego, lat 22 liczącego, prawidłowo. W dniu 7ym choroby nastąpił przełom wyraźny, gorączka spadła, oddech zwolnił, moczu ilość się zdwoiła, a z chwilą przełomu wszczęła się konwalescencya. Leczenie ograniczyło się na postawieniu znacznej ilości suchych baniek w początku i na podaniu narkotyku, a także małej ilości kamfory, później zaś podawano odwar kory peruwiańskiej (dct. cort. chinae). Rozejście się zupełne wypociny nastąpiło w 2 tygodnie po pierwszych dreszczach. Opisujący w Przegl. lek. ten przypadek Dr. Fałęcki, podnosi tę okoliczność, że rozejście się wysięku nastąpiło bez współdziałania kaszlu.

b) Drugie spostrzeżenie z Kliniki Dra Dietla (Nr. 3. i 4. Przeglądu lek.) dotyczy *wrzodu przesywającego* (ulc. perforans) *żołądka*, który, przedarłszy ściany spowodował ogólne zapalenie błony surowiczej brzusznej. Mimo brak objawów stanowczo zdradzających istnienie wrzodzenia rzeczowego w żołądku, niemniej rozpoznano chorobę przez wyłączenie innych możliwych przyczyn, jak obejrzenie pośmiertne stwierdziło. Leczenie chorego, który dopiero przy już rozwinięciem w pełni zapaleniu otrzewnej do Kliniki przybył, ograniczało się na zastosowaniu makowca (*opium*) i ciepłych okadów.

2. Dr. Oettinger (N. 1—11) w dalszym ciągu obszernego **sprawozdania z czynności Szpitala starozakonnych w Krakowie za rok 1858** przechodzi z kolei zimnicę, durzycę (typhus), odrę, szkarlatynę, zapalenie płuc i gruźlicę (tuberculosis), przy każdej po szczególe z nazwanych chorób zestawiając cyfry wykazujące wiek, płeć i zatrudnienie chorych, a także podnosząc każdy z ważniejszych objawów cho-

rób rzeczonych, jak one objawy nie w jednym, a w wielu spostrzeganych przypadkach się wyrażały; w końcu podaje rezultaty porównawcze leczenia. Potem następują szczegółowe opisy przypadków osobliwszych. Załujemy, że brak miejsca nie daje nam możności obszerniejszego spożytkowania dla czytelników naszych tych sumiennych spostrzeżeń. Liczymy zresztą na to, że Przegląd lekarski krakowski, jako pismo warte tego, znajduje się w rękach publiczności naszej lekarskiej.

3. W numerach 5, 6, 7, 8 i 9 znajdujemy dokładny i zajmujący **opis rakowca (epithelioma) części pochwo-
wój macicy** przez prof. B r y k a u kobiety 39-letniej. Obydwie wargi maciczne były rakowcem zajęte, tylna więcj, mianowicie z prawej strony, tak, że wypełniała całkowicie wydrążenie kości krzyżowej. Ponad rakowcem była jednak na $\frac{1}{4}$ " naokoło zdrowa szyjka. Narośl ta kalafiarowata, wypełniająca pochwę aż na cal od ujścia téjże, była ruchomą, z ościennymi częściami nie zrosniętą. Palec wprowadzony do kanału szyi macicy napotykał tamże błonę śluzową całkiem gładką. Zgłębnik z łatwością wchodził na 2" do macicy, która w każdym kierunku była ruchoma, a równocześnie wsunięty palec pod sklepienie pochwove wymacał dokładnie naokoło owęj zdrowej części szyi macicznej zgłębnik, na dowód, że ta część żadnego nie przedstawiała zboczenia co do prawidłowej zbitości, utkania i gładkiej powierzchni. Po krótkim odpowiednim leczeniu przygotowawczém, wymaganém przez niedokrewność choręj, przystąpił do wskazanęj operacyi za pomocą pętlicy galwanokaustycznej przy użyciu chloroformu. Zaprowadziwszy kle-szcze Roberta tak, żeby utkwiły w twardszym mięższu zbit-szego ku górze rakowca, wytoczył go na zewnątrz do wchodu pochwy o tyle, że pod samym łukiem kości łonowych widocznym był obwód przodowy i oba boki szyi macicznej; tylko tylna część pozostała ukryta w pochwie. Z wielkim trudem założył pętlicę platynową, której nasada na przodzie, końce zaś z rurkami podwiązkowemi ku tyłowi szyjki się znalazły. Po wydobyciu nowotworu skutkiem takowego przepalenia, krwotok był mierny, który zatamowan oskubanką namaczaną w sła-

bym rozczynnie półtorachlorku żelaza. Na brzuch i łono suche zimno w woreczkach kauczukowych.

Powierzchnia nowotworu, postaci stożkowatej, była brudno cisawą, drobno zrazikowatą, nakształt malin brodawkującej. Na powierzchni zaś przepalonej znajdował się po lewój stronie na 5 linii od brzegu dołek zapuszczający się lejkwato na 3''' w głąb' nowotworu, mierzący w średnicy też około 3''' a wysłany błoną gładką, połyskującą, niewątpliwie od otrzewnej pochodzącą. Badanie pod drobnowidem wykazało w zbitych miejscach utkania właściwe rakowcom.

Przy operacyi, która 20 minut trwała, spotrzebowano niepełna 3 unc. chloroformu. Ztąd przez 1/2 dnia ciągle nudności oraz womity; puls przyspieszony. Następnie się objawiły przypadki łagodnego zapalenia otrzewnej i chora skutkiem ogólnego wycieńczenia sił żywotnych, wprawdzie cokolwiek polepszonych przez przygotowawcze leczenie przed operacją, po trzechdniowej chorobie przy ciągle wzmagającym się osłabieniu umarła.

Ogłędziny pośmiertne, ograniczające się wedle życzenia rodziny zmarłej jedynie do części rodnych, wykazały siatkę na dół ściągniętą, przyległą w kilku miejscach za pomocą lepkich świeżych wypocin do ścian miednicy, w której znajdowało się 5—6 uncyj surowicy żółtawo-czerwonawej. Na stronie lewój przestworu Douglassa, w miejscu odwijającego się z macicy na kishkę odchodową fałdu otrzewnej, znajdował się otwór wielkości paznogcia palca małego. Do tego otworu przytykała lekko przyklejona jedna pętlica jelita cienkiego, po odjęciu której widać było zejście się jamy obrzusznój z pochwą przez sklepienie téjże. Szyja przewodu macicznego była zupełnie zdrową, również otrzewna macicy i pęcherza była prawidłową.

W uwagach nad tym przypadkiem powiada szanowny autor, że spostrzeżone nadwężenie otrzewnej przy badaniu odjętego nowotworu, nie dozwalało przypuszczać pomyślnego rokowania, jakkolwiek wiadomo, że znaczne nawet obrażenia téj błony, mianowicie powlekającej części rodne, odbywają się często bez uszczerbku dla zdrowia, oraz że dość rozległe rany sparzelinowe na otrzewnej wygoić się mogą przy sprzyjających

stosunkach. Najniepomysłniej wpłynęła okoliczność ta, że zdrowie choréj było podkopane przez obfite krwotoki długo trwające, a jednakowoż jedyna nadzieja ratowania choréj była tu w odjęciu szyi macicy.

Ogłędziny pośmiertne wykazały nadwerężenie otrzewnej w samej brózdzie odgraniczającej nowotwór od części zdrowej, a ponieważ tylna warga okazała się więcej zrakowaciałą, niż przednia, przeto trudno było za życia rozpoznać przyczepienie bliznowato ściągniętej otrzewnej w tém miejscu. Za życia wszystkie znaki przemawiały za tém, że ta część jest zupełnie zdrową, nawet i oznaka, którą szauowny autor dotychczas miał za nieomylną, to jest możność dotykania się dokładnie zgłębnika przez ściany wolne od wyrodzenia, była obecną. Ztąd wypada, że dotychczasowe środki rozpoznawcze dalekie są jeszcze od téj pewności, jakiej w celach operacyjnych żądać należy. Radzi więc autor dla uniknienia nadal podobnych błędów przede wszystkim wyprowadzić zrakowaciałą szyję maciczną na zewnątrz tak daleko, ażebyśmy mogli wy badać dokładnie palcami jéj część tylną i przodową. Tam, gdzie się to nie uda, chociażby szyja maciczna wyraźnie była odgraniczoną od sklepienia pochwowego, podejrzewać należy zrośnięcie się nowotworu z otrzewną.

4. Prof. G. P i o t r o w s k i: O oznaczeniu ilościowym ciałek krwi. (Numera 10. i 11.).

Krew' po wypuszczeniu z naczyń rozkłada się, jak wiadomo, samodzielnie na skrzep i surowicę; skrzep w ogóle jest złożony z włóknika i z ciałek krwi, oprócz tego ciałka czerwone osadzają się na dnie naczynia, w którym krew' po wypuszczeniu zebrano. Nie mamy dotąd sposobu, aby oddzielić ciałka krwi od skrzepu i surowicy bez mocnego nadwerężenia prawidłowego składu ciałek. Aby więc wykazać ilościowy ich stosunek w pewnej massie krwi, którą oznaczamy przez K , trzeba zbadać ilość włóknika w i surowicy x zawartych w téj massie; reszta ciężaru, potrzebna do uzupełnienia K , oznaczmy nam wtedy ilość ciałek krwi czyli z , bo $K = x + w + z$. (1)

Ilość włóknika daje się dość łatwo wykazać przez bicie krwi i następne wypłókanie zebranego włóknika; ilości suro-

wicy przeciwnie nie można bezpośrednio zbadać, gdyż ona nie daje się w zupełności odosobnić od włókniaka i ciałek krwi: część tylko surowicy oddziela się samodzielnie od skrzepu i od ciałek. Aby oznaczyć całą ilość surowicy zawartej w pewnej massie krwi, prof. Piotrowski zastosował bardzo dowcipnie metodę, której profesorowie Valentin w Bernie i Majer w Krakowie użyli niegdyś do zbadania ilości całej masy krwi zawartej w naczyniach organizmu zwierzęcego. Zasada tej metody jest następująca. Jeżeli mamy płyn, który się składa z części zupełnie ciekłej (np. surowicy) i z drobnych cząstek stałych (np. ciałek krwi) mechanicznie zawieszonych w owym płynie, i chcemy oznaczyć ilość pierwszej i drugiej części, ale ciała te nie dają się w zupełności rozłączyć, to można całą ilość cieczy czystej, którą oznaczamy przez x , zbadać następującym sposobem: Bierze się pewną ilość cieczy czystej, mającą ciężkość a , np. surowicę krwi samodzielnie się wydzielającą przy krzepnięciu krwi, i bada się ilość pewnej substancji stale w niej zawartej, np. ilość białka, oznaczając znaną ilość przez b . Jeżeli a części płynu zawierają b części substancji stałej (białka), to cała ilość płynu x zawiera y części; $a : b = x : y$ (2). Jeżeli dalej do całej masy cieczy x , z której poprzednio wyjęto a , dodamy pewną znaną ilość c jakiego roztworu, który składu cząsteczek stałych czyli ciałek krwi wcale nie zmienia, poczekamy aż ona dokładnie się zmiesza z całą masą płynu i następnie weźmiemy pewną część płynu bez cząstek stałych, to jest czystą surowicę w znanj ilości np. f , i, badając znowu ilość białka w niej zawartego, znajdziemy g , to otrzymamy następujące równanie: $f : g = (x - a + c) : (y - b)$ (3). Z tych dwóch ostatnich równań (2 i 3) dają się obliczyć x i y . Zbadawszy takim sposobem ilość surowicy zawartej w pewnej ilości krwi i tak samo też ilość włókniaka, łatwo obliczyć ilość ciałek podług pierwszego wzoru: $z = K - (x + w)$.

Prof. Piotrowski użył *białko* z części składowych krwi do oznaczenia ilości surowicy dla tego, że białko przedstawia jedyną część, która nie jest także zawarta w ciałkach krwi, tymczasem gdy inne części, np. sole mineralne, również się

znajdują i w ciałkach. Do rozcieńczenia surowicy przy szukaniu *f* i *g* używa roztworu siarczanu sody, mającego tę samą gęstość (ciężkość właściwą) co i surowica krwi, gdyż w takim roztworze ciałka krwi mają zachowywać swój skład prawidłowy. Krew' zmieszana z roztworem soli zostawia przez trzy dni w chłodném miejscu i obraca często szklankę z krwią, aby surowica wewnątrz i zewnątrz skrzepu się ujednostajniła.

Z trzech doświadczeń robionych z krwią cielecą znalazł p. Piotrowski w przecięciu na 1000 części krwi 396,435 części ciałek. Metoda ta jest dobrze wyrozumowana i można ją uważać za zupełnie ścisłą, jeżeli wszystkie przypuszczenia, na których się opiera autor, są rzeczywiście usprawiedliwione. Pozostaje jednak niejaka wątpliwość, czy ciałka krwi w istocie zachowują swój skład normalny w zetknięciu z roztworem siarczanu sody mimo równej jego gęstości i czy przez trzy dni cały skład krwi nie ulega znacznieszym zmianom. Tyle śmiało wyrzec możemy, że metoda p. Piotrowskiego należy do najlepszych, jakie w téj trudnej gałęzi nauki odkryto, i żałujemy, że jeszcze zanadto jest mozolna, aby ją można tak często stosować, jak to ważność takich poszukiwań właściwie wymaga.

B. Wiadomości krajowe; urzędzenia lekarские, i. t. d.

I. W dwóch **korespondencyach** poruszone są dwie ważne sprawy tyczące się potrzeb lekarskich krajowych.

a) Dr. Starkel z Tarnowa podaje: *Projekt zawiązania Towarzystwa lekarzów polskich w Galicyi.* (NN. 6—9). Autor wystawia najprzód stan osamotnienia, opuszczenia i ucisku, w jakim znajdują się lekarze polscy w Galicyi, rozrzuceni po małych miastach, miasteczkach i nieledwie wsiach, bez wszelkiej duchowej i moralnej spójni pomiędzy sobą; pozbawieni wszelkiej od kraju, rządu lub całego wielkiego społeczeństwa opieki w przypadkach chorób lub jakichkolwiek bytowi lekarza zagrażających przygód; wreszcie usunięci od takiej służby pu-

P. T. L. W. Tom XLIX.

blicznój, któraby przy jakkolwiek zapewnionych dochodach jakieś wydatniejsze miejsce lekarzowi w organizmie społecznym naznaczała. Z takiego stanu rzeczy wyprowadzając potrzebę zawiązania Towarzystwa lekarzy polskich w Galicyi, następujące temuz naznacza cele: 1, Poznanie się bliższe wzajemne, zawiązanie stosunków przyjaźni, kolegalności i braterstwa między lekarzami całego kraju; 2, systematyczne badanie kraju pod względem higienicznym i topograficzno-lekarskim bądź przez pojedynczych lekarzów, bądź zbiorowo przez kilku; 3, polepszenie publicznej służby zdrowia krajowej; 4, uprawa i kształcenie języka ojczystego w zawodzie lekarskim, rozpowszechnienie tegoż nie tylko w praktyce prywatnej i szpitalnej, lecz i we wszystkich stosunkach i zjściach z władzami i sądami krajowemi. Za centralną siedzibę Towarzystwa proponuje autor Kraków, jako stałą kolebkę wszelkiej nauki polskiej, siedlisko Uniwersytetu polskiego i polskiego Towarzystwa naukowego, posiadające zarówno liczny zastęp starszych i młodszych pracowników, jakoteż środki pomocnicze (szpitale, biblioteka, rozliczne pracownie i zbiory naukowe). Przymem radzi po większych miastach, liczących przynajmniej 10 lekarzy, zakładać delegacye lekarskie filialne, któreby z głównym jądrem Towarzystwa w organicznym pozostawały w związku. Zajęcie się pierwszym wprowadzeniem Stowarzyszenia, zdaniem Dra. St., najstosowniej byłoby poruczyć Komissyi redakcyjnej „Przeglądu lekarskiego.” Wreszcie przy ułożeniu ustawy Towarzystwa radzi autor wziąć za wzór ustawę zawiązanego w listopadzie r. z. w Pradze *Stowarzyszenia lekarzy czeskich*, którą w tłumaczeniu podaje. (Jednakże stowarzyszenie lekarzów czeskich ciaśniejsze ma ramy, od tych które Dr. Starkeł zakreśla, albowiem za cel położyło sobie uprawę nauki lekarskiej i języka lekarskiego czeskiego).

b) Dr. Długołęcki z Białej (NN. 8—11) w godnym uwagi liście domaga się *zaprowadzenia akuszerok wiejskich* w każdej gminie, albo przynajmniej, gdzie gmina jest mniejsza, w każdej parafii. Skreśliwszy najprzód dosadnie obraz tych różnorodnych szkodliwych środków domowych i działań, jakim rodząca wieśniaczka z porady bab wiejskich

podlega, zanim w ostateczności lekarz bywa przyzwany, autor cyframi z własnej praktyki położniczej z r. 1862. wykazuje skutki tego powszechnego zaniedbania wczesnej i stosownej pomocy położniczej. I tak, na 14 porodów *w mieście*, w których żądano pomocy Dra Dł., zmarła tylko 1 matka i 1 dziecko; *na wsi* zaś z 12 porodów zmarły 4 matki i 7 dzieci. Na 3 przypadki położenia poprzecznego w mieście nie było ani jednego wypadnięcia rączki, aniteż jednego zaklinowania płodu i żadnego przypadku śmierci;—w 4 przypadkach tegoż położenia na wsi było wszędzie wypadnięcie rączki i zaklinowanie płodu, 2 przypadki śmierci matki, a 4 płodu. Z przyczyny słabych bólów porodowych 4 razy w mieście zawezwany, nie miał żadnego przypadku śmierci;—na wsi na trzy przypadki, 2 razy śmierć płodu. Dalej wykazuje autor ze statystyki urzędowej, że w Galicyi w ciągu jednego 1861. roku 1030 matek zmarło wskutek ciężkich porodów i 1078 dzieci, nadto 4611 nieżywo zrodzonych dzieci, z których, wedle słów autora, niezawodnie połowa znalazła śmierć z powodu niedostatecznego i niestosownego pielęgnowania rodzących. Wreszcie przytacza przykład sąsiedniego Szlązka austrijackiego, gdzie instytucya akuszerki wiejskich, od kilkunastu lat zaprowadzona, wydaje błogie owoce, tak, że nawet i w miejscach Galicyi graniczących ze Szlązkiem akuszerki szląskie są przez galicyjskich włościanposzukiwane.

2) **Z towarzystw lekarskich polskich** podaje *Przeгляд lek.* tylko protokoły posiedzeń *Komisji Balneologicznej Krakowskiej* tudzież *Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego*.

3) Z pomiędzy pomniejszych artykułów zasługują tu na szczególne wspomnienie **peryodyczne wiadomości o ruchu chorych w szpitalach krakowskich**, z dodaniem uwag o chorobach panujących. Obyśmy wkrótce i w Warszawie przyszli do podobnych peryodycznych, chociażby miesięcznych wiadomości ze szpitalów naszych!

4) Nr. 2—6 zawierają przedruk bardzo ważnych artykułów Redaktora *Tygodnika lekarskiego* Warszawskiego, Dra L. Natansona, w tymże Tygodniku w r. z. ogłoszonych, a

dotyczących **reformy służby zdrowia w Królestwie Polskiem**. Artykuły te zasługują ze wszech miar na uwagę publiczności lekarskiej krajowej, która wyraźnie zaświadczyła, jako potrzebę reformy, a nawet konieczność jej nieuniknioną widzi; w powyższych artykułach bowiem znaleźć może zarówno wykazanie tego, co złem jest w urządzeniach dzisiejszych, jakoteż wskazanie, jak złemu zaradzonem być winno.

C. Krytyka. Z tej rubryki znajdujemy zanadto może szczegółową wiadomość, przez prof. Skobla podaną (NN. 6—10) o dziele Dr. J. Orkisz a p. n., „Zdroje lekarskie w Salzbrunn i Szczawnicy. Warszawa 1862.”

D. Z pomiędzy wyciągów z pism lekarskich zagranicznych najobszerniejsza jest wiadomość: o stosowaniu leków płynnych rozpylonych za pomocą przyrządu zwanego „Pulweryzator^m“ a podanego przez Dra Schnitzlera w Wiedniu (NN. 3—8). Zasługują dalej na wzmiankę wyciągi: **● truciznach na serce**, (N. 5.), t. j., o środkach, które najprzód porażają serce, a później dopiero odbierają kurczliwość wszystkim mięśniom będącym narzędziami dowolnego ruchu, jakimi są: trucizna jawańska zwana *upasantiar*, wyciąg wysokowy z rośliny *Tanghinia venenifera*, dygitalina i wyciąg tak wodny, jak i wysokowy ciemierzycy zielonej (1). (podług Köllikera, Pelikana i Dybkowskiego). **● przeszczepianiu** (N. 9): pp. Eulenberg i Bulmerincq (ten ostatni na zasadzie urzędowych statystycznych wykazów z Bawaryi) gorąco zalecają przeszczepianie limfy ospy ochronnej na krowę, przez co otrzymuje się limfę bez porównania silniej zabezpieczającą. — **Czyszczenie powietrza ozonem.** Dr. Delahousse do czyszczenia powietrza w szpitalnych i t. p. radzi używać ozonu, który, jak wiadomo, z powodu swych własności utleniających szybko niszczy wszelkie organiczne materye, a nie pociąga za sobą tak szkodliwych skutków dla chorych, jak kadzenie chlorowe. Przy-

(1) Porównaj; Pam. T. L. W. Tom XLVIII, str. 394 i Tom. XLIX, str 218

rząd w tym celu potrzebny jest bardzo prosty: drót platynowy związa się wirowato gęstemi skrętami, nasuwa się na to lejek i rozżarza się drót za pomocą pojedynczego ogniska Bunsena; ponad lejkiem daje się uczuć natychmiast woń właściwa ozonu którego obecność można prócz tego wysledzić papierkiem zabarwionym lakmusem.

2. Tygodnik lekarski

pod Redakcją Dra *Ludwika Natansona*.

Warszawa 1863. (Ogólnego zbioru rok XVII.) NN. 1—10.
Styczeń, luty, marzec.

Tygodnik lekarski, dobiegający już istnieniem swoim drugiego krzyżyka, w ciężkich warunkach życie wiódł i z trudnościami naukowymi i pozanaukowymi łamać się musiał, z trudnościami, których treść widoma i dotkliwie wiadoma jest całej dzisiejszej generacji pracą przy nauce stać pragnącej. Ognisk naukowego życia nie było w kraju, siły naukowe te, które były przekazane epoką przeszłą chwili onej złej, siły te w większej części oddane były pracom życia bieżącego, mniej lub więcej od nauki dalekim. Tak więc *Tygodnik* istniał pracą i poświęceniem kilku ludzi, którzy w obec absorbujących praktyk życia nieśli w sobie jeszcze możność i siłę pracy naukowej wbrew wszelkim zawodom. A jednak *Tygodnik* mimo te trudności, jakie na nim ciążyły, żył, świadczył nauce, odbijał w sobie wierne stan naukowy, jaki był i wyrażał sobą ten kierunek myśli, który w danej chwili był najogólniejszy.

Oto w ostatnich dwóch latach zwrócona powszechnie w naszym kraju myśl lekarzy na stan medycyny państwowej, na potrzebę reform w urządzeniach służby zdrowia, o której i *Pamiętnik* w roku zeszłym ogłosił rozprawę („Uwagi nad urządzeniami służby zdrowia w Królestwie Polskiem,” Pam. T.

L. W. T. XLVIII, str. 175—194 i 245—262), myśl ta znalazła wyraz swój wierny w szpaltach *Tygodnika*. Cały szereg artykułów wyszłych z pod pióra Głównego Redaktora (1) rozjaśnia tak dobrze treść i stan urzędzeń dziś w Królestwie istniejących, wykazując jasną krytykę wadliwości systematu centralistycznego, jak też z drugiej strony wskazuje formy urzędzeń proste, z całością Instytucyj, jakie były, zgodne, w które służba lekarska wejść winna. Artykuły te zaliczyć trzeba do najcelniejszych *Tygodnika lekarskiego*. We wstępnych artykułach r. b. (NN. 2. i 3.), idąc w kierunku tejże myśli, która dyktowała Redaktorowi wspomniane cenne artykuły, *Tygodnik* zamieszczał sprawozdania czynności Rad powiatowych, o ile one dotyczyły sprawy zdrowia publicznego (2). Przedruki te, dobrze wybrane, były zaiste komentarzem owych artykułów wstępnych; prawie każda w nich wyrażona myśl, każda nagana dana temu, co istnieje w urzędzeniach lekarskich, znalazła w sprawozdaniach tych dowód niezbity słuszności: myśl zasadnicza Redaktora *Tygodnika Lekarskiego*, zwąca centralizacją źródłem i rdzeniem złego, sprawdza się w każdym niemal powiecie; przy rozbiorze stanu niemal każdego szpitala.

Pragnąłoby należało, aby artykuły wspomniane Redaktora *Tygodnika lekarskiego* i wyciągi przywiedzione w *Tygodniku* ze sprawozdań Rad Powiatowych znalazły się w rękach każdego lekarza, bo one są nauką na dziś, a staną się pomocą na chwilę, gdy urzeczywistnienie upragnionych reform stanie się możliwe.

Tygodnikowi lekarskiemu za zasługę wielką piszemy, że otworzył kolumny swoje sprawozdaniom z czynności lekarzy szpitalnych na prowincyi czynnych; oto w ostatnich kilkunastu numerach znajdujemy godne uwagi sprawozdanie lekar-

(1) *Tyg. lek.* z r. 1862, NN. 35, 36, 37, 38 i 39.

(2) *NB.* w Nrze 4. *Tygodnika* (str. 25—28) przez pomyłkę przedrukowano w całkowitości te same sprawozdania Rad powiatowych, które w dwóch poprzednich numerach (str. 9 — 10 i 17 — 18) już były wydrukowane.

skie Dra Majkowskiego ze Szpitala św. Piotra w Grójcu (1862, Nr. 51 i 52), dalej cenne spostrzeżenia Dra Jawurka z Wiskitek (1863. Nr. 2, 9, 10), wręście dalszy ciąg listów lekarskich Dra Koniuszewskego z Rzerzycy (N. 6). Sprawozdania te, zamieszczane w *Tygodniku*, były dotąd prawie jedynym źródłem, z którego o stronie lekarskiej czynności szpitali prowincjonalnych w kraju naszym wiadomość powziąć można było: sprawozdania bowiem urzędowo nadsyłane, dotąd nigdzie nie były ogłaszane.

Z *Tygodnika* też wyczytać można całość działań towarzystw lekarskich istniejących w kraju: tak dobrze Towarzystwo Wileńskie jakoteż Podolskie nie dorobiło się dotąd organu własnego; Tygodnik lekarski, podający stale protokoły czynności tych towarzystw, brak ten w części przynajmniej zastępuje.

Prace te wszystkie Tygodnika tyle są warte, że za lat kilka, chcący obejrzyć się na chwilę obecną i złożyć obraz prac lekarzy polskich — bez Tygodnika ani kroku zrobić nie potrafi.

W rozbiory dzieł lekarskich Tygodnik wiele się nie wdaje, co nie dziwna, bo prac tych niemal nie ma; jednakże w Nrze 9. r. b. mamy ocenę rozprawy Dra Oettingera p. n. „Umiejętność lekarska w obec szkół, a w szczególności w obec urojonój szkoły dawniej i nowiej. Kraków 1863.“ Z rozpraw i dzieł naukowych obcych czyni niekiedy sprawozdania, które dotyczą głównie patologii i terapii (NN. 5, 8, 10. Sprawozd. Dr. Eborowicz), tudzież z medycyny publicznej (NN. 1, 6, 7.)

Brak miejsca nie dozwala nam w takiej rozciągłości, jakbyśmy pragnęli, rozbierać szczegółowe w tegorocznym Tygodniku zamieszczone prace oryginalne, poprzestaniemy więc na wyliczeniu tych, które przed innemi na uwagę czytelników zasługują. Tutaj należą: wspomniane już *listy z Wiskitek* Dra Jawurka, w pierwszym z których (N. 2), opisującym przypadek złamania kości ramieniowój, leczonego przyrządem pomysłu ś. p. Prof. Bierkowskiego (1) z przyjemnością spotyka-

(1) Porównaj w niniejszym poszycie Pamiętnika artykuł Dra Korzeniowskiego o przyrządzie gipsowym przerywanym.

my się z krótkim wprowadzie szkicem topograficzno-lekarskim miasta Wiskitek, tudzież z zapowiedzią respiratora zabezpieczającego robotników w przędzalniach i t. p. od szkodliwego pyłu, w drugim liście (N. 9.) podane są dwa nowe przypadki uszkodzeń machinami rolniczymi, tudzież skuteczne zastosowanie otworzenia klatki piersiowej (*paracentesis thoracis*), w trzecim wręście (N. 10) opisany jest rzadki nader przypadek odjęcia śledziony u dziecka 4-letniego, z wyzdrowieniem. Dalej Dra Przyszańskiego *terapeutyczna hemostatyka* (Nr. 1), to jest dobre zestawienie znanych środków terapeutycznych krew' tamujących, i tegoż *Aforyzmy lekarskie* (NN. 4 i 5). (2) Do mniejszej wartości artykułów należą następujące: o popularnych środkach leczenia wścieklizny (NN. 1. i 5), o skuteczności świeżych cytryn w wodnej puchlinie (Nr. 7.) i t. d.

(2) Jednakże nie jeden z tych aforyzmów jest prawdziwą *tezą* do szerokich bardzo sporów powód dającą *np.* 11. Nie ma żadnego osobliwego (specyficznego) lekarstwa wyksztusnego, dla ułatwienia wyrzucenia flegmy z piersi. (?)—48. Pod *nerwową głuchotą* rozumiem wszystkie patologiczne processy w całym narządzie usznym (?) — 16. Ciemno należy w pewnym względzie uważać, za środek przeciwzapalny, u więźniów bowiem zamkniętych w ciemności prędko krew' rozrzedza się. (Teza dobra, ale dowód niezbyt szczęśliwie dobrany.)— i t. d.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

I. Posiedzenia ogólne.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 17. lutego 1863 r.

(*Prezes p. Ludwik Natanson.*)

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

I. Złożono dla Biblioteki Towarzystwa:

1. O opiece nad zwierzętami. Warszawa (w drukarni J. Ungra) 1863 r. w 16-ce, stron 52.

2. Kalendarz 10-groszowy na rok zwyczajny 1863, wydany staraniem Redakcyi Biblioteki Warszawskiej, w 8ce mn., str. XVI i 88 (str. 56—64. Myśli i zdania o zachowaniu zdrowia, przeznaczone szczególnie dla rzemieślników).

II. *Prezes* doniósł o ukonstytuowaniu się w dniu 10. lutego *Sekcyi położniczej* Towarzystwa, w której na Przewodniczącego powołano kol. Tyrchowskiego, na Zastępcę przewodniczącego kol. Konitza, a na Trzymającego pióro kol. Brauna. Sekcja postanowiła odbywać swe posiedzenia raz na miesiąc, w każdy pierwszy wtorek po pierwszém posiedzeniu zwyczajném Towarzystwa. Nadto zaproponował *Prezes*, aby posiedzenie kwartalne Komitetu chorób epidemicznych odłożył do późniejszego czasu, na co się Towarzystwo zgodziło.

III. Następnie p. Neugebauer odczytał opis wykonanego przez siebie żarem elektrycznym wyluszczenia nowotworu natury rakowatej ze ścian brzusznych kobiety ciężarnej.

P. Helbich sądził, że z podanego przez kol. Neugebauera opisu nie wypada jeszcze dostatecznie, iż guz w mowie będący był natury rakowatej.

P. Kulesza był zdania, że przedsięwzięcie tego rodzaju operacji na kobiecie brzemienną nie było rzeczą usprawiedliwioną.

P. Neugebauer odparł, że wyluszczenie raka im wcześniejsze, tém jest stosowniejsze, z tego więc powodu na ukończenie ciąży nie czekał.

P. Janikowski (Andrzej), z powodu wzmianki uczynionej w pracy kol. Neugebauera o krwawieniu polipów macicznych, zwrócił uwagę na to, że polipy maciczne prawie nigdy nie krwawią, nawet nożycami operowane.

P. Neugebauer na to odrzekł, że z pomiędzy polipów macicznych tylko polipy włókniste są od krwotoków bezpieczne, tak zwane zaś polipy śluzowe dość mocno krwawią.

P. Bączewicz również z powodu jednego z wyrażen p. Neugebauera nadmienił, że *głębokie* w macicy położenie nowotworu jest prędzej wskazaniem do użycia zgniatacza (écraseur), niż do zastosowania żaru galwanicznego.

P. Helbich potwierdził, iż w samej rzeczy polipy macicy bardzo rzadko krwawią przy operacji, albowiem są to po największej części włókniaki (fibroidy); z resztą przy oddalaniu tych nowotworów zarówno zgniatacz jak pętla galwaniczna wymagają wyciągnięcia na zewnątrz (prolabowania) macicy.

P. Neugebauer odpowiedział, że z własnego wié doświadczenia, iż wysoko w jamę macicy łatwiej jest sięgnąć pętlą Middeldorffa, niż zgniataczem; nakoniec, że wyciąganie macicy na zewnątrz przy tych operacjach nie zawsze jest niezbędne.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 3. marca 1862 r.

(Prezes p. Ludwik Natanson.)

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

I. *Bibliotekarz* (p. Wilh. Lubelski) zrobił niektóre wnioski dotyczące się regulaminu biblioteki Towarzystwa, które na propozycją *Prezesa* przez kol. *Bibliotekarza* i *Sekretarza stałego* dokładniej sformułowane, na następującém posiedzeniu pod zatwierdzenie Towarzystwa przedstawione będą.

II. Następnie *Sekretarz doroczny* (Stanisław Janikowski) przeczytał 1szą część sprawozdania z czynności sądowo-lekarskich dopełnionych przez niego od dnia 15. listopada 1861. r. do 31. grudnia 1862. r.

III. W końcu posiedzenia p. Neugebauer odczytał opisanie otwarcia zwłok dokonanego w przypadku niezwykłej wielkości torbiela jajnika.

P. Helbich, który na lat kilkanaście przed kol. Neugebauerem miał tę samą chorobę w swój kuracyi, dodał, że podówczas na zasadzie swego śledzenia, domyślał się u niej płodu skamieniałego (lithopadion).

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 17. marca 1863 r.

(Prezes p. Ludwik *Natanson*).

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty

I. Złożono dla Biblioteki Towarzystwa od pp. *J. Kaufmann* i *F. Hösicke*, nakładców: *Rys Zasad chirurgii wojennej*. Warszawa 1863, w 16-ce, 153 stron. (Sprawozdawca kol. *Korzeniowski*.)

II. *Prezes* doniósł o ukonstytuowaniu się Sekcji chirurgicznej Towarzystwa, w której na Przewodniczącego powołany został kol. *Le Brun*, na Zastępcę przewodniczącego kol. *Szokalski*, a na Trzymającego pióro kol. *Pawlikowski*. Sekcja ta postanowiła odbywać swe posiedzenia raz na miesiąc, w pierwszy czwartek każdego miesiąca.

Na wniosek *Sekretarza stałego* Towarzystwo zgodziło się, aby Redakcją Pamiętnika Towarzystwa upoważnić do rozporządzania 25 egzemplarzami Pamiętnika, w celu rozsyłania tychże bezpłatnie Towarzystwom lekarskim i niektórym lekarzom krajowym.

P. Libchen doniósł o śmierci jednego z członków Towarzystwa, a mianowicie *Dra Edwarda Mýło*, który zmarł po wieloletniej ciężkiej chorobie mózgowej.

III. Następnie p. *Łuczkiewicz* mówił o dokonaniem przez siebie tłómaczeniu aforyzmów *Hippokratesa* na język polski i na próbę przeczytał przekład części 1szej, tudzież przysięgi lekarskiej za owych czasów składanej, poprzedziwszy ten odczyt uwagami o życiu i dziełach *Hippokratesa* w ogólności.

Prezes, wspomniawszy o pozostałym w rękopiśmie tłumaczeniu dzieł Hippokratesa na język polski przez niegdy *Dra Morgensterna* w Kaliszu, ojca żyjącego kolegi *M.*, tudzież o tém, że sam (kol. *Natanson*) niegdyś próbował przepol-szczyć część 1, 2 i 3 aforyzmów, — mówił dalej o dwojakim możliwym sposobie dokonywania tego rodzaju przekładów, a mianowicie: 1, w tłumaczeniu wolném, starając się oddać tylko myśl klasyka. Taki przekład łatwiej się czyta, jako gładszy, okrągłszy, ale też wprowadza czasami pewną dowolność ze strony tłumacza. 2re Tłumaczenie dosłowne: zdaniem kol. *Natansona* tylko w ten ostatni sposób dokonane tłumaczenie, to jest dosłowne, choćby z poświęceniem pewnym o dzwicznosci języka, takie *np.* jak tłumaczenie *Xenofonta* przez *Bronikowskiego*, opatrzone w stosowne noty, odpowiada posza-nowaniu, jakie się należy klasykom wszelkim, a zatém i le-karskim i najlepiej służy do studiów historycznych robionych nad autorem, które też głównie są przedmiotem zajęcia nasze-go w czytaniu Hippokratesa. Kol. *Łuczkiwicz*, zdaniem *Prezesa*, w niektórych aforyzmach skłania się bardziej do prze-kładu wolnego.

P. Helbich również był zdania, że niektóre z aforyzmów odczytanych przez kol. *Łuczkiwicza* tłumaczone są dosłownie, inne zaś opisowo.

P. Łuczkiwicz. Tłumaczyć starałem się o ile możności dosłownie, z pewnemi tylko zmianami, których natura języka koniecznie wymagała, i gotów jestem na pojedynczych aforyzmach to udowodnić. Przeciwno zdaniu *Prezesa* sądzę, że Hippokratesa dzieła są dla nas cenne nie tylko jako przedmiot studiów historycznych, ale jako źródło prawd do dziś dnia dla lekarza wartość mających.

P. Korzeniowski podniósł, jak ważną byłoby rzeczą, aby tłumaczenia polskie klasyków lekarskich, jak Hippokratesa, jak *Celsa* (przekład w rkp. kol. *Le Bruna*) i t. d. ogłoszone zostały drukiem dla korzyści nowszych generacji lekarzy naszych, coraz mniej biegłych w językach greckim i łacińskim.

Bibliotekarz (p. Wiłh. Lubelski) pod względem komentarzów mówił o wielkiej wartości wydania Hippokratesa przez Littrého i Celsa przez Daremberga w Paryżu.

Wreście, na propozycją *Prezesa*, p. Łuczkiwicz obiecał, że na następném posiedzeniu odczyta dalsze wyjątki ze swego przekładu.

IV. W końcu posiedzenia p. Korzeniowski odczytał sprawozdanie z dwóch rozpraw Dra K o ś c i a k i e w i c z a w Rive-de-Gier (1, Mémoire pratique sur l'angine tonsillaire. Paris 1844, w 8ce, 64 stron. 2, Comptes rendus du service médico-chirurgical fait à l'hôpital de Rive-de-Gier pendant le deuxième trimestre de 1851, w 8ce, 46 stron) i wraz z kol. Szokalskim przedstawił autora na Członka korespondenta Towarzystwa.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 7. kwietnia 1863 r.

(Przewodniczy wice-prezes p. *Dorantówicz*).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia,

I. *Sekretarz doroczny* (Stanisław Janikowski) odczytał sprawozdanie z dzieła Dra Dambre, z Courtrai w Belgii, p. n. „*Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine. Gand. 1860*“ i wespół z kol. Korzeniowskim przedstawił autora na Członka korespondenta Towarzystwa.

II. Następnie w przedmiocie, będącym na porządku dziennym, *chorób jajnika*, zabrał głos p. Korzeniowski, czyniąc uwagi nad pojedynczemi spostrzeżeniami, które kol. Hel-

bich ogłosił w zeszycie lutowym Pamiętnika Towarzystwa (T. XLIX, str. 70—91) p. n: „Opis kilku chorób jajnika.“

Co do 1go spostrzeżenia (str. 70—75) przyznał, że należy ono pod względem liczby punkcyj i ilości wypuszczonego płynu do rzadkich przypadków, lubo *Martineau* opisuje przypadek, w którym u jednej choréj, mającej torbiel jajnika, w ciągu 25 lat wykonał nakłócie 80 razy, wypuściwszy przez ten czas około 5000 kwart (pintes) płynu, a w kilku punkcyach wykonanych w pierwszym roku 500 kwart; *Frank* zaś wspomina o choréj, u której od 13. do 88. roku życia przeszło 50 razy powtórzył tę samą operacyą.—Nie zgadza się dalej z kol. *Helbichem*, iżby z namacalnej powierzchni niegładkiéj guza (str. 71) wnioskować można było o jego naturze rakowatéj: albowiem wszystkie niemal guzy jajnika, wyjąwszy jednokomórkowe torbiele, mają z początku powierzchnią nierówną. Ważniejszym w tym względzie charakterem, zdaniem pana K., byłby stan wycieńczenia ciała, zapadnięcie twarzy, cera ziemista, i t. d.—Co do zdania kol. *Helbicha*, iż przypadek ten, wcześniéj badany i rozpoznany, byłby może jeden z tych, które dają słuszne wskazanie do owariotomii, nadmienił p. K., że nie znane są dotąd przypadki wyłuszczenia raka jajnika, a owariotomia wskazana jest tylko w przypadkach torbieli miękkich, nieprzyrosłych.—Był nadto zdania, że w tym, jakoteż i w innych podobnych przypadkach, im wcześniéj płyn się upuści, tém lepiej, albowiem ciśnienie wywarte nagromadzającym się płynem na trzewa brzuszne jest główną złych następstw przyczyną.

Co do 2go przypadku (str. 76—79) pan K., z opisu wnioskując, sądził, że był to raczéj torbiel dwukomórkowy, i przytoczył, że według *Baker Browna*, *Coplanda*, *Blunda* i innych torbiele jajnika w $\frac{2}{3}$ przypadków są wielokomórkowe (*multiloculares*).

Co do przypadku 3go (str. 79—83), tudzież z powodu uwagi kol. *Helbicha* na str. 86: „biada pęknięciu w wydrążałość brzucha“ nadmienił, że według *Baker Browna*, *Simpsona*, *Nelatona*, i t. d. pęknięcie torbiela jajnikowego do jamy otrzewnej nie jest w ogólności nader groźném zdarzeniem, a na-

wet Blundel, Copland i Simpson twierdzą, że takie jest zwykle zejście małych torbielów jajnikowych, pociągające za sobą tylko lekkie zapalenie otrzewnej.

Z powodu 4go spostrzeżenia (str. 83 — 86), na pytanie rzucone przez kol. Helbicha (str. 86) wzmiankował p. K., że według spostrzeżeń Kiwisch, Sandiforta i Baker Browna płyny z pierwszych punkcyj torbiela jajnikowego pochodzące zawierają mało białkanów (albuminatów) i jako rzadsze łatwiej się wysysają, z późniejszych zaś nakłóć coraz są obfitsze w białkany, a przeto gęściejsze; wręście że najniebezpieczniejsze są te przypadki, gdzie w skutek zapalenia wewnętrznej ściany torbiela następuje rozmiękczenie tegoż, a kawałek strupieszatego torbiela, dostając się do jamy brzusznej sprawia zapalenie otrzewnej nieraz śmiertelne.

Co do spostrzeżenia 5go (str. 86 — 87), ponieważ w tym przypadku sposób pęknięcia (przez pochwę) nie był szczegółowo opisany, p. Korz. przypomniał, że według Baker Browna i Richarda zdarzają się przypadki, w których wylanie płynu z pękniętego torbiela jajnika następuje przez jajowód (*tuba Fallopii*) i macicę do pochwy.

Wreszcie z powodu ogólnych wniosków, któremi się kończy praca kol. Helbicha (str. 89—91), uczynił p. Korz. następujące uwagi: Co do pierwszego wniosku (niespostrzeżone rozwijanie się początków choroby jajnika) podnosił p. K. jako ważne cechy: twarz zapadłą, wyciągniętą, ramiona zapadłe i zmiany następne ze strony pęcherza i kiszki odchodowej.—Co do 2go wniosku nadmienił, że według zdania kompetentnych autorów zdarzają się przypadki trwającej jeszcze miesiączki pomimo już istniejącej choroby jajnika. Wyniszczenie zaś ogólne organizmu chorobami jajnika wyprowadza p. Korz. nie jak kol. H. z tego, że posorzyt ten „pochłania na swoje istnienie zasób odżywny na gospodarstwo całego ustroju wyrabiany“ (str. 89) ale z ucisku wywartego na żołądek i kiszki. Co do 3go wniosku przytoczył p. K., że według Baker Browna, Nélatona i innych rozejście obrzmienia jajnika jest rzeczą wcale niedowiedzoną. Zalecane przez kol. Helbicha probowanie rozpękania obrzmienia jest zdaniem pana K., raczej szkodliwe,

używane bowiem w tym celu środki zewnętrznie stosowane są w stanie wywołać częściowe zapalenie otrzewnej i przyrośnięcie guza do ścian brzusznych, co jest rzeczą wcale nie pożądaną. Nakoniec z powodu pytań rzuconych na str. 91, nadmieniał p. K., że „rozrosłe jajniki“ nie kwalifikują się do owariotomii, „stwardnienia“ zaś tychże nie można uważać za *noli me tangere*, albowiem jest to jedno ze zwykłych zejść torbielów jajnikowych (u osób starszych).

P. Helbich w odpowiedzi na powyższe uwagi przypomniał najprzód, że celem jego było tylko opisanie tego, co sam widział; dalej co do pierwszego ze swych spostrzeżeń odparł, że nierówność guza *wraz z twardością* naprowadzała jednakże na przypuszczenie skira i że chora pomimo nalegania nie chciała dozwolić wcześniejszego nakłócia; co do 2go przypadku obstawał przy tém, że różnica płynów z dwóch punkcyj przemawiała za przyjęciem wodnicy jajnika i wodnicy brzusznej; w trzecim przypadku, że życie chorój jednakże było rzeczywiście nadzwyczaj zagrożone, a sam nawet kol. K. w uwagach swoich nad 4tym z kolei przypadkiem wszak położył przycisk na wielkie niebezpieczeństwo wynikające z pęknięcia jajnika w skutek zapalenia ścian tegoż. Wreszcie co do ogólnych swoich wniosków nadmienił pan H., że w spostrzeganym przez siebie przypadkach nie uważał owych symptomatów, zapowiadać mających rozwój choroby jajnika; nie sądzi zaś, iżby nacierania maściami tłustymi, przedsiębrane w nadziei rozpędzenia obrzmienia jajnikowego, były w stanie wywołać zapalenie częściowe otrzewnej.

II. Posiedzenia Oddziałów.

Oddział położnictwa, chorób kobiecych i dzieci.

Posiedzenie 1sze, dnia 10. lutego 1868 r.

(Zawiązanie i urządzenie Oddziału.)

W dniu 10. lutego r. b. odbyło się pierwsze posiedzenie Oddziału położnictwa, chorób kobiecych i dzieci. Zagał takowe Prezes Towarzystwa Lekarskiego, p. Natanson, wzywając członków Oddziału, aby wyrazili swe zdanie co do ukonstytuowania takowego. Zgodzono się na to, aby wyznaczyć Przewodniczącego Oddziału, Zastępcę jego, i Trzymającego pióro, i aby takowi wybierani byli z liczby członków na rok jeden. Przystąpiono następnie do głosowania, skutkiem którego większością głosów wybrani zostali: na Przewodniczącego Oddziału, p. Tyrchowski, na Zastępcę przewodniczącego pan Konitz, na Trzymającego pióro p. Braun.

Oddział w ten sposób ukonstytuowany został:

że posiedzenia swoje odbywać będzie raz na miesiąc;

że dniem posiedzenia będzie każdy następny miesiąca wtorek po 1ém posiedzeniu ogólném T. L.;

że porządek dyskusyi na przód stanowionym nie będzie, lecz że rozprawy toczyć się będą nad każdym przedmiotem przez któregokolwiek z członków wniesionym;

że jednak, gdyby który z członków życzył sobie szczególnej dyskusyi nad jakimkolwiek przedmiotem i o takowym Przewodniczącego wcześniej uprzedził, członkowie Oddziału przed posiedzeniem o tem uwiadomieni zostaną, i że wręście protokoły posiedzeń, po przyjęciu takowych przez Oddział, na ogólném zebraniu T. L. odczytywane będą.

Posiedzenie Sie, dnia 10. marca 1863 r.

Przewodniczący Oddziału p. Tyrchowski.

I. Wycinowanie macicy. II. Porządek dzienny następującego posiedzenia).

Protokół z poprzedniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

I. P. Konitz odczytał sprawozdanie z broszury profesora Betschlera w Wroclawiu, *o wycinowaniu macicy*, mianowicie o téj formie, której powstanie jest niezależne od porodu, (*inversio uteri completa ex neoplasmate orta*). (1) Na początku sprawozdania p. K. mówi o zdaniu dawniejszych i nowszych autorów co do stosunku anatomicznego wycinowanej macicy do sąsiednich organów. Staranniejsze spostrzeżenia nowszych autorów, jakoteż prof. B e t s c h l e r a, zniewalają do przyjęcia za prawidło: że tylko więzadła i początek przewodów jajowych mogą się znajdować w kanale utworzonym przez wycinowaną macicę, a wyjątkowo tylko część jajników, w żadnym zaś przypadku część jelit, ani téż jajniki całe z ich przewodami nie mogą być zawarte w zagłębieniu wycinowanej macicy, gdyż zagłębienie to jest tylko wązkim kanałem. Zdanie to potwierdzają doświadczenia, że po wszystkich operacjach gdziekolwiek opisanych nie znaleziono ani odciętej ani podwiązanej części jelita. Następnie p. K., streszcza zdanie p. B e t s c h l e r a co do przyczyn powstawania wycinowania macicy, rozpoznania i sposobów leczenia, t. j. rozmaite metody odprowadzania i wyluszczenia wycinowanej macicy przez dawniejszych i nowszych autorów opisane, i przytém wywodzi, że zadawnionego wycinowania za nieuleczone uważać nie należy. P. K. popiera zdanie to, załączając do swego sprawozdania krótki opis szczęśliwego odprowadzenia wycinowanej macicy u dwóch chorych: jedno wycinowanie dwuletnie odprowadzone przez p. B i r n b a u m a w Kolonii, a drugie 13 lat trwające przez p. N ö g g e r a t h a z Nowego-Yorku.

(1) Sprawozdanie to w całej rozciągłości podamy w następującym poszytcie *Pamiętnika*. Red.

Co się tyczy sposobu wyłuszczenia macicy, zaleca pan Betschler z małą modyfikacją sposób, za pomocą którego M. Clinctosh szczęśliwie operował w r. 1860: t. j. najprzód zakłada ligaturę, którą przez trzy dni zostawia, a w rowku przez nią utworzonym umieszcza się odgniatacz (*écraseur*).

P. Chwaś sędzi, że po odprowadzeniu wycisowania macicy oddawna trwającego należy oczekiwać wywiązania się zapalenia macicy (*metritis v. metroperitonitis*).

P. Konitz następnie zwraca uwagę że wycisowanie macicy po urodzeniu się dziecka nie zawsze jest skutkiem niezręcznego postępowania przy wydobywaniu miejsca, ale że nastąpić téż może, chociaż nie pociągano nieostrożnie za sznurek pępkowy; na dowód czego przytoczył przez siebie w roku przeszłym spostrzegany przypadek. Przyzwany do młodej delikatnej pierwiastki cierpiącej przed zamęciem już przez dłuższy czas na katar macicy, znalazł ją od kilku godzin w bolach. Ujście było otwarte, bole prawidłowe, ale silne, co parę minut wracające. Na nalegania familii, niespokojnej o stan rodzącej, p. Konitz był obecnym dalszej pracy porodowej, która po 10—godzinném trwaniu ukończyła się urodzeniem donoszonego dziecka w pierwszym położeniu czaszki. Ponieważ dostrzegł zbyt duże naprężenie sznurka pępkowego, umieścił dziecię między nogami matki, tuż przy częściach rodnych, czekając na ustanie tętnienia w sznurku pępkowym. Po podwiązaniu sznurka chora nagle wydała przeraźliwy krzyk, zbladła na twarzy, zemdląła i objawiły się drgawki. Obok tych zastraszających przypadłości, krew płynie strumieniem i niespodziewanie p. Konitz dostrzeżę zewnątrz części rodnych nabrzmienie okrągłe wielkości główki dziecięcej. Nabrzmienie to uznał natychmiast za wycisowaną macicę z prawie całym do jęj dna przyczepioném miejscem. Przy położeniu poziomém choręj z podniesionym krzyżem, oddzielił przedewszystkiém miejsce i, całą ręką ująwszy podatną macicę, która łatwo ugniatać się dała, wsunął ją do pochwy i następnie ręką stożkowato ułożoną podniósł dno macicy do góry: odprowadzenie szczęśliwie i prędko się udało. Pozostawił przez czas jakiś rękę w macicy jako najlepszy środek pobudzający ją do kurczenia się, na-

cierając przytém kulisto dno macicy, którą naówczas dokładnie czuł ponad kośćmi łonowemi. Dopiero po dokładném skurczeniu się macicy powoli wyjął rękę. Chora tymczasem wróciła do przytomności i krwotok ustał. W tym przypadku powodem do wycisowania zdaniem P. Konitza był krótki sznurek pępkowy, którego długość wynosiła tylko do 12 cali. Dziecię szybko wysuwające się, mięsz macicy osłabiony, krótki naprężony sznurek pępkowy, przytém silny ból wypychający miejsce – spowodowały zagłębienie dna i przyczyniły się wreszcie do zupełnego wycisowania macicy.

Czy miejsce oddzielać przed lub po odprowadzeniu macicy, zdania autorów w téj mierze są podzielone. Pan K. podziela zdanie Mayera, który, nie zważając na to, czy się znajduje miejsce po części oddzielone lub nie, zaleca oddzielić je zawsze przed odprowadzeniem, albowiem repozycja macicy mniej jest bolesna tudzież prędzój i pewniój bez przyczepionego miejsca się udaje.

P. Tyrchowski, kładąc przycisk na powód do wycisowania w przytoczonym przypadku, twierdzi, że okoliczność ta ważną być może w medycynie sądowej. Co zaś do oddzielenia miejsca w podobnym przypadku, zdaniem p. T. należy je najprzód oddzielić wtedy, gdy cała macica wypadła z części rodných zewnętrznych (*inversio completa*); gdy zaś to nie ma miejsca i tylko dno macicy przez ujście jój wysunęło się (*inversio incompleta*), wtedy należy najprzód odprowadzić macicę, a potém dopiero oddzielić miejsce.

II. W końcu posiedzenia P. Korzeniowski zwraca uwagę, że w ostatnich dniach w dziennikach w Warszawie wychodzących zaczęto zajmować się kwestyą co do potrzeby urządzenia w Warszawie szpitala wyłącznego dla dzieci, lub wydziałów czyli sal oddzielnych w szpitalach ogólných warszawskich. P. K., sądzi że rozbiorem téj kwestyi powinno się zająć Towarzystwo Lekarskie, a szczególniej Oddział chorób dzieci.

Obecni koledzy oświadczyli się za zdaniem p. Korzeniowskiego, a dyskusyą nad tym przedmiotem odłożono do następującego posiedzenia tegoż Oddziału.

P. Tyrczowski zaproponował, żeby drugim przedmiotem do dyskusji był brak macicy (*defectus uteri congenitus*), który p. T. miał sposobność spostrzegać niedawno u młodej osoby w Warszawie, a następnym przedmiotem do dyskusji ma być zrośnięcie pochwy macicznej (*atresia vaginae*).

P. Chwałt miał sposobność operowania z pożądanym skutkiem trzech przypadków tego rodzaju, bez użycia ostrych narzędzi.

Dr. Jan Braun.

Wiadomości rozmaite,

Wykłady na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w ciągu półroczu letniego r. 1868.

a) Po polsku: Dr. Kozubowski: anatomia opisowa.—Dr. Majer: fizjologia oddychania i rozwoju; antropologia.—Dr. Piotrowski: fizjologia mięśni i nerwów, fizyka lekarska, ćwiczenia fizjologiczne.—Dr. Skobel: farmakognoza, terapia ogólna, farmakologia terapeutyczna.—Dr. Teichmann: anatomia patologiczna, ćwiczenia w sekcjach patologicznych.—Dr. Dietl: klinika lekarska z patologią i terapią.—Dr. Bryk: klinika chirurgiczna z patologią i terapią zewn.—Dr. Rosner: choroby skórne i weneryczne.—Dr. Sławikowski: klinika okulistyczna.—Dr. Kwaśniewski: klinika położnicza,—o chorobach dzieci,—położnictwo dla akuszerok.—Dr. Madurowicz: położnictwo teoretyczne;—o chorobach kobiet.—Dr. Gilewski: policja lekarska.—Dr. Mohr: choroby zwierząt i policja weterynaryjna.—Dr. Kryda: semiotyka osadu moczowego, chemia sądowo-lekarska, badania wydzielin patologicznych. b) Po niemiecku: Dr. Bryk: o narzędziach chirurgicznych i opaskach.

Treść numeru 2-go rocznika II-go Czasopisu lekarzów czeskich, wydawanego nakładem Towarzystwa lekarzów czeskich, pod redakcją DDRów: Józefa Podlipskiego i B. Eiselta, jest nader bogata. Są tu cztery artykuły oryginalne z dziedziny medycyny i farmacji, między innymi doktorów Al. Witowskiego i Al. Jandousza. Znajduje się tu także traktat odczytany 17go stycznia, na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy czeskich, przez Dra Eiselta, o nowym sposobie przekonania się o znajdowaniu się w organizmie ludzkim arszeniku, któryto traktat ma wielkie dla medycyny sądowej znaczenie. Dr. Brechler z Troskovic zamieścił początek rozbioru krytycznego dzieła Hugenbergera, pod tytułem: *Das Puerperalfieber im St. Petersburger Hebammeninstitute von 1845—1859*. Wyjątki z innych pism i dzieł dotyczą położnictwa, chorób kobiecych, chirurgji, okulistyki, medycyny sądowej, weterynaryi i farmacji; liczba tych wyjątków wynosi 19, a poczerpnięte one zostały z traktatów znakomitszych lekarzów francuzkich, włoskich, niemieckich i innych. Obok tego w tymże numerze znajdują się sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarzy czeskich, odbytych 17-go i 24. stycznia, oraz z odbytego dnia 13. stycznia posiedzenia uroczystego Gremium doktorów wydziału lekarskiego Uniwersytetu prażskiego. W felietonie umieszczony został początek sprawozdania o szpitalach petersburskich i moskiewskich, któryto artykuł poczerpnięty został z czasopisma holenderskiego *Tijdschrift for Geneesk.* Przekład ten dokonany został przez Dra. Ad. Duba.

Statystyka. *Służba zdrowia w Królestwie Polskiem w r. 1861.* Lekarzy było 496, dentystów 9, weterynarzy 90, felczerów 1,022, akuszerki 666, składów materyałów optecznych 9. Zaszczepiono ospę ochronną 164,449 dzieciom. U wód mineralnych w Ciechocinku, Busku, Solcu i Sławinku było osób 1,623, a do instytutów wód mineralnych w Warszawie uczęszczało osób 2,010. Towarzystwo Lekarskie w Warszawie liczyło Członków 174; Szkoła Weterynaryi uczniów 29.

Szpitala: Pod zarządem rad opiekuńczych było: 69 szpitali, 15 domów przytułku i schronienia, 5 domów wychowania dzieci, 30 sal ochrony, 2 instytutu przytułkowo-poprawcze i 4 zaprowadzone sposobem próby. Domów schronienia parafjalnych było 262. We wszystkich tych zakładach utrzymywano chorych, starców, kalek i sierot 65,924; z nich wyszło 46,568, zmarło 5,939, pozostało 13,417. Dochody wynosiły rs. 839,380 kop. 33, z tego pozostało rs. 31,049 kop. 58. Ogół kapitałów tych zakładów wynosił rs. 1,391,050. Rząd udzielił wsparcie rs. 296,661 kop. 50 $\frac{1}{4}$; zapisy dobrowolne przyniosły rs. 44,202, jałmużny i kwesty rs. 70,221 kop. 40.

Służba zdrowia w Warszawie w roku 1862. W roku upłynionym znajdowało się w mieście Warszawie *a)* lekarzy cywilnych w służbie rządowej zostających, tak etatowych jako i honorowych: chrześcian 75, przy szpitalu starozakonnych 5, wolno praktykujących chrześcian 58, starozakonnych 18, razem 151;—*b)* weterynarzy rządowych 10, wolno praktykujących chrześcian 12, starozakonnych 5, razem 27;—*c)* dentystów etatowych 2, wolno praktykujących 6, mających prawo wyrabiania zębów sztucznych 1, razem 9;—*d)* felczerów starszych utrzymujących izby felczerskie: chrześcian 92 starozakonnych 26, razem 118; w tych izbach znajduje się pomocników felczerskich: chrześcian 59, starozakonnych 2, razem 61;—*e)* akuszerki na posadach płatnych 5, wolno praktykujących chrześcianek 270, starozakonnych 40, razem 315;— kantorów stręczeń mamek 18;— aptek szpitalnych 3, prywatnych 30, razem 33;— materyalistów-trudniących się sprzedażą materyałów aptecznych 7.

W ciągu tegoż roku zaszczepiono ospę ochronną z urzędu w uboższej klasie mieszkańców dzieciom płci męskiej 1402, płci żeńskiej 1412, razem 2814. — Wód mineralnych sztucznych w tutejszych zakładach używało: przy ogrodzie Krasińskim osób 1118, przy ogrodzie Saskim osób 1045, razem osób 2163.

O badaniach topograficzno-lekarskich kraju naszego.

Jeżeli w ogóle pożyteczniejszą i skuteczniejszą jest rzeczą złemu zapobiegać, aniżeli już rozwinięte chcieć powstrzymywać i znosić, to zasada ta w zastosowaniu nauki lekarskiej najzupełniejsze znajduje sprawdzenie. Że środki higieny, zwłaszcza publicznej, umiejętnie i szczerze stosowane, większą daleko liczbę życia ludzkiego przedłużyć i ocalić są w stanie, niż środki lekarskie już w chorobie zadawane: prawda ta w naszych czasach zyskuje coraz powszechniejsze uznanie, bez żadnej ujemy dla *medycyny leczącej*, która obok *zapobiegającej* zawsze zachowa swe prawa.

Lecz chcąc złemu zapobiegać, trzeba znać jego przyczyny. Wślad więc za uznaniem naglącej potrzeby stosowania higieny publicznej idzie uznanie potrzeby badania warunków materialnych i moralnych, pośród których ludność pewnego kraju żyje, a zatem między innymi badań lekarsko-statystycznych i topograficzno-lekarskich kraju w najrozleglejszém znaczeniu.

Ziemia polska w opisy topograficzne z nowszych czasów pochodzące, a przeto do naszych celów spożytkować się dające, uboższa jest od wielu innych krajów; w wyłączenie przyczyn tego stanu rzeczy nie czas i miejsce

nam się tutaj wdawać. Dopiero ostatnie lat kilka punkt zwrotny w dziejach naszych i pod tym względem stanowią. Oto, przodując na tém polu, wystąpiła stara kołębka cywilizacji polskiej, Kraków sędziwy. Oddział nauk przyrodniczych i lekarskich *Towarzystwa naukowego Krakowskiego*, w r. 1860. powziąwszy godną tego stowarzyszenia myśl wypracowania powszechniej Fizyografii Ziemi polskiej, w pomysle tym objął, jak się samo przez się rozumie, wszystkie pierwiastki składające się na opis kraju i pod względem higienicznym uważanego. W rok potém już spotykamy się z pierwszym owocem prac Oddziału, z pracą pierwszą, przedwstępną— a niezbędną, jeśli się chce oszczędzić próżnego mozołu nad badaniami, które już były uskutecznione. Trud ten podjął tyłą już pracami naukowemi i obywatelskiemi względem kraju zasłużony Prezes Towarzystwa naukowego Krakowskiego, czcigodny Profesor Józef M a j e r, ułożywszy „Literaturę Fizyografii ziemi polskiej“ (Kraków 1862, osobne odbicie z XXX. Tomu Rocznika T. N. Krak.) (1) Z książki téj, bez której odtąd nikt przystępujący do dalszych prac nad Fizyografią polską kroku uczynić nie może, jak z jednej strony z pociechą wyprawdzamy wniossek, że w żadnym z działów opisu przyrody kraju naszego (geografia, meteorologia, geognozya, flora, fauna i t. d.) nie zalegliśmy całkiem pola, a nawet niektóre szczegóły bardzo bogato są obrobione; tak z drugiej strony wynosimy przekonanie, że jeszcze bardzo wiele pozostaje do zrobienia dla szczegółowych pracowników.

(1) Porównaj pod rubryką *Krytyki* sprawozdanie z powyższego dzieła.

Równocześnie prawie z Towarzystwem Krakowskim, *Towarzystwo naukowe Poznańskie* podjęło w samym początku swego zawiązania pracę sporządzenia opisu statystyczno-topograficznego Wielko-Polski, z którego również dla celów naszych niemałego spodziewamy się pożytku.

Pod koniec r. 1860. zawiązało się na Podolu *Towarzystwo lekarzy podolskich*, które, za jedno z głównych zadań swoich stawiając badania topograficzno-lekarskie tej prowincyi, niebawem też ogłosiło *Program topografii lekarskiej*, mający służyć za wskazówkę dla lekarzy pragnących przyłożyć się do tej pracy. Uzupełniając przeszłoroczną jeszcze zaległość *Pamiętnika*, ogłaszamy w niniejszym poszycie ten szeroko obmyślany i umiejętnie rozłożony plan, zastrzegając sobie na później szczegółowe jeszcze dopełnienia niektórych jego ustępów. Ale i tutaj nie skończyło się na pomysłach i zamiarach. Już w przeszłorocznym *Tygodniku lekarskim* czytaliśmy opis topograficzno-lekarski powiatu Mohylowskiego gubernii Podolskiej, ułożony przez jednego z gorliwych członków Towarzystwa Podolskiego, Dra Józefa Rollego; teraz zaś Redakcyja *Pamiętnika* za szczęśliwą się poczytuje, mogąc z pod pióra tegoż samego autora ogłosić „Szkiechygieny Podola oparty na jego statystyce.“ Oby te prace kolegi naszego z Podola coraz liczniejszych znalazły naśladowników po całym kraju!

Co się tyczy samėj statystyki lekarskiej, niezawodną jest rzeczą, że zbieranie materyałów po większej części nie może być przez samych lekarzy uskuteczniane: tylko umiejętne zespolnie sił rządowych (przez ustanowienie osobno na ten cel płatnych urzędów) z usiłowaniami osób prywatnych, w stowarzyszenia statystyczne powiązanych,

może tu wydać pożądanę owoce. Zawsze jednak obrabianie tych materiałów ku celom lekarskim będzie zadaniem lekarzów higieną publiczną zajmujących się.

Równocześnie i równolegle ze wspomnianym ruchem umysłów w Krakowie, w Wielko-Polsce i na Podolu, liczne głosy lekarzów w Królestwie kongresowém, odzywające się od dwóch lat za konieczną potrzebą reformy w służbie lekarskiej, wielki przycisk kładły na zaniedbaną u nas całkiem topografią i statystykę lekarską, tak obszerne miejsce w „Instrukcyach“ urzędników lekarskich z roku 1839. zajmującą i wykazywały powody tego zaniedbania. (Tygodnik lek. 1862, Nr. 38. Pam. T. L. W. Tom XLVIII, str. 258—260). Skargi te i domagania poparte były faktami: oto jedyny w ciągu ostatnich lat 20 ogłoszony opis topograficzno-lekarski kraju naszego stanowi opisanie powiatu Czerskiego przez Dra Wroczyńskiego, drukowane w r. 1843. i 1844. w Pamiętniku Tow. Lek., jak to wówczas kilkakrotnie podnoszono. Wiemy jednak o kilku w tych 20 latach ułożonych topograficzno-lekarskich opisach miejscowości lub powiatów, które wypełniają archiwa, ale dotąd ogłoszone nie zostały (1).

(Dokończenie nastąpi).

(1) Jedną z tych prac, to jest opis topograficzno-statystyczny dóbr Ordynacji Zamojskiej sporządzony około r. 1842. przez ś. p. Dra Alfonsa Brandta, zbyt wcześnie zgasłego, przypadkiem udało nam się odszukać. Z rękopismu tego zamierzamy w jednym z następnych poszytów *Pamiętnika* ogłosić ustępy, które nietylko historyczną mogą dla nas mieć wartość, lecz i ku potrzebom publiczno-lekarskim dzisiejszym dadzą się spożytkować.

Redakcja.

Szkic higieny Podola

oparty na jego statystyce. (*)

Przez Dra Józefa Rollego,
z Jaryszewa na Podolu.

Źródła: Sprawozdania statystyczne p. Gubernatora podolskiego, podawane Ministrowi spraw wewnętrznych corocznie (nie ogłoszone drukiem.)—Artykuły dotyczące służby zdrowia umieszczone w *Tygodniku lekarskim warszawskim* z r. 1860, 61 i 62.—Liebiga Listy o chemii—(tłómaczenie S. Zdzitowieckiego i Ludwika Natansona).—Jakóba Natansona *Chemia organiczna*. Warszawa 1857—58.—L. Fleury. Wykład higieny w szkole lek. w Paryżu. (Przekład K. Jurkiewicza). Warszawa 1853.—M. Levy. *Traité d'hygiène publique et privée*. Paris. 1857. 3me édit.

Część I.

Wstęp. Przestrzeń i ludność gubernii; liczba ślubów, urodzin prawych i nieprawych; śmiertelność i główne jej przyczyny. Zakłady naukowe średnie i niższe. Obsługa lekarska, szpitale, lekarze, apteki, felczerowie, akuszerki i babki wiejskie.

Szkic higieny Podola— to tytuł naszej gawędy dzisiejszej; „higiena, według p. Fleury, jest sztuką, któ-

(*) W pracy niniejszej spisana jest głównie treść jednej części odczytów popularnych o higienie krajowej, które p. Rolle zamierzał mieć w Kamieńcu, które jednak z przyczyn od szanownego autora niezawisłych nie przysły do skutku.

Red.

rój celem postawić człowieka zdrowego lub chorego, pojedynczo lub w społeczeństwie żyjącego, w warunkach najkorzystniejszych do prawidłowego rozwoju jego fizycznej, intelektualnej i moralnej organizacji, lub zwrócić go do nich, jeżeli z nich zoczył. “ Tego określenia higieny za zadanie w niniejszej pracy przyjąć nie możemy, byłoby to nad nasze siły.... Skromniejsze sobie zakreślamy pole, chcemy tu tylko wykazać, *jak jest obecnie na Podolu pod względem zdrowia publicznego, a jakby być mogło*, nie myśląc nawet o tém, *jak być powinno*; wiemy bowiem aż nadto, że zmiany radykalne nie przeprowadzają się od razu, trzeba długo walczyć z przesądem, ze złą wolą, z owém naszym fatalistycznym: — *jakoś to będzie*, udaremniającém wszelką pocziwą pracę, z ciemnotą i z wielą innymi przeszkodami; bądźmy więc pobłażliwi, szukajmy postępu, choćby ten złotwim posuwał się krokiem, choćby dla jego odkrycia potrzeba było diogenesowej latarki... Tyle wstępu. — Teraz rozpatrzmy, jaki wpływ na zdrowie wywiera u nas handel, przemysł, zwyczaj; czy urządzenie miast naszych higienicznym odpowiada warunkom i t. d. i t. d. Ale nim do tego przystąpimy, widzi się nam koniecznym poprzedzić rzecz samą cyframi pożyczonemi ze statystyki; uprzedzam was, że liczby będą podstawą niniejszej gawędy.

Powierzchnia gubernii Podolskiej wynosi 774 mil kwadratowych; przestrzeń ta, wedle ostatniego pomiaru, rozpada się na kategorie następujące:

Zabudowania zajmują	258,142	dziesięcin	1,378	sążni
Ziemia orna	„	1,894,699	—	629 —
Lasy skarbowe	„	73,802	—	1,248 —
„ prywatne	„	501,529	—	1,434 —
Sianożęcie	„	593.126	—	331 —

Wygony i pastwiska	157,288	—	2,151	—
Rzeki i błota	215,991	—	2,092	—
Nieoznaczonej własności	18,364	—	1,157	—
Nie użytki	—	164,762	—	2,380

Razem 3,877,708 dziesięcin 1,321 sążni.

Widziemy więc z tego już, że przeludnienie wcale tu nie ma miejsca, bo kiedy łąny pokrywają blisko 2 miliony dziesięcin, lasy i sianożęcie przeszło milion, to zabudowania zajmują trochę więcej przestrzeni niżli ćwierć miliona (12: 1).

Co do lasów, było ich dawniej więcej, ale fabryki cukrowe bez żadnej kontroli trzebią je od lat przeszło 20, więc się ich liczba zmniejszyła, a lasy niepodrzedne zajmują miejsce w kwestyi publicznego zdrowia: wiemy np., że zatrzymują one wyziewy bagnowe, że epidemie cholery nie dotykały u nas ludności osiadłej czasowo w lasach, albo osad niemi okolonych; nadto przekonano się, że wylewy rzek we Francyi, które miały miejsce przed kilką laty, wylewy równie szkodliwe pod względem higienicznym, jak i materyalnym, powstały w skutek niszczenia lasów na brzegach rzek pomienionych. Z drugiej strony brak kontroli w wycinaniu lasów i pod względem ekonomicznym jest szkodliwym; za dowód niech nam tu służą wysokie ceny na opałowe drzewo w miejscach, gdzie jest jego wielka konsumpcya, jak np. w okolicach posiadających dużo fabryk cukrowych; powiat Mohyłowski liczy ich sześć, to też sąg drzewa kosztuje tam od 100 do 130 złotych, kiedy w innych miejscach dostać go można za złotych 20 do 40, w Kamieńcu zaś, gdzie się drzewa spożytkuwuje dużo, najwyższa cena za sąg drzewa wynosi 86 złotych. A zapasy nie szanowane wy-

czierać się mogą, już i teraz niektórzy właściciele fabryk cukrowych w obawie są o przyszłość i z roztęsknieniem wyglądają nowego Kolumba, któryby im na Podolu odnalazł pokłady kamiennego węgla.

Bagnisk mamy nie wiele; w północnej części Mohyłowskiego powiatu, w okolicy Baru i w przytykającej doń części Latyczowskiego powiatu są one w większej nagromadzone ilości, a wszystkie należą do kategorii wysychających; nazwać je raczej wypada moczarami, których głównym zbiornikiem wodnym jest rzeczulka Rów z mnóstwa składająca się stawów. Wyziwy bagnowe na Podolu bodaj czy zasługują na uwagę pod względem higienicznym; choroby właściwe mefityzmowi roślinnemu powstającemu wskutek gnicia roślinnych produkcji? (*Red.*) jakoto: biegunka, czerwotka (*dysenteria*), gnilec (*scorbutus*), puchliny i przedewszystkiem zimnice nie są tam częstsze, niż w innych powiatach gubernii; przeciwnie mefityzm ten postrzegać się daje nad Dniestrem, woda tu, opadając latem, zostawia błotne odnogi, które wywołują *zimnice uparte*, tak zwane mołdawskie (chyba dla tego, że na kresach dawniej Wołoszczyzny powstałe). Febry te, na szczęście, nie mają doniosłości zimnic napotykanych w błotnistych dolinach Apeninów i na błotach pontyńskich: rzadko są zabójcze, choć się długo wszelkiemu leczeniu opierają; dotykają zwykle ludność osiadłą nad rzeką, rozszerzają się na sąsiednie, a nad strumieniami wpadającemi do Dniestru rozsypane osady. *Biegunka krwawa* również jest częsta, przyczyną ją wywołującą są pokarmy niezdrowe, jakich ludność nadbrzeżna używa, mianowicie niedojrzałe owoce i kukuruza, stanowiąca prawie wyłączne jój pożywienie. Gni-

lec jako groźna epidemia występuje tutaj co 4 albo 6 lat; puchliny szczególnie po zimnicach są rzadkie, a przynajmniej nie tak częste, jak naPolesiu litewskiém i nad Dnieprem: nadbrzeźni mieszkańcy Prypeci, Sławecznej i innych rzeczułek przerzynających powiaty Mozyrski i Rzezycki w Mińskiej jak równie i w Mohyłowskiéj gubernii, po przejściu wylewu wód całemi wioskami zapadają na zimnicę połączoną z obrzękliwością... Bagna więc stojące w okolicy Baru i Latyczowa nie wpływają na zwiększenie chorób, może dla tego, że są okolone lasami niedozwalającymi rozchodzeniu się wyziewów bagnowych, według bowiem wyrachowań p. Monfalcon wzniesć się one mogą na 4 do 500 metrów w górę, a na 200 do 300 metrów rozchodzą się poziomo. Powtóre, najczęściej osady oddzielone są od bagien lasami, a wiadomo, że wyziewy podczas dnia pogodnego szybko unoszą się ku wierzchnim warstwom powietrzni i działanie ich żadnem jest prawie; ku wieczorowi, po zachodzie słońca, w nocy są one blisko ziemi, spadają z rosą i wtedyto oddziałują na ustrój szkodliwie.—W Kamieńcu i w innych miasteczkach Podola mefityzm roślinny i zwierzęcy do wysokiego jest rozwinięty stopnia w skutek braku kanałów, ścieków, źle urządzonych albo zupełnie nie urządzonych po domach wychodków, nadto panuje tu naganny zwyczaj wylewania na bruk wieczorem nieczystości kuchennych, częstokroć w ciągu kilku dni nagromadzonych; otoż w lipcu 1862 r., kiedy ludność kamieniecka, wystraszona często powtarzającemi się pożarami, zwykle przepędzała noce w dziedzińcach, sypiając na bruku, natychmiast przeważnie wystąpiły zimnice—i krwawa biegunka aczkolwiek w łagodnej formie, zaczęła się szerzyć. Jesteśmy najmocniej przekonani, że mefityzm produkuje

w Kamieńcu tyfusy i chorobom gorączkowym, łagodnie zwykle przebiegającym, złośliwy nadaje charakter; ale o tém obszerniej pogadamy potem. —

Na przestrzeni 774 mil kwadrat. Podole liczy 137 miast (17 rządowych, 120 miasteczek), wiejskich zaś osad 1976 (wojennych 54, kolonij 12, wiosek 1325, przysiołków 505, futorów 80).

Ludność Podola według obrachowań rządowych wynosiła w 1861 r. 1,810,583 mieszkańców (909,997 mężczyzn i 900,586 kobiet). Ludność osiadła w miastach wynosiła 129,328 (68,080 mężczyzn, 61,248 kobiet); w osadach wiejskich osób 1,681,255 (841,917 mężczyzn, 839,338 kobiet). Z miast ludniejszych zasługują na wzmiankę:

Kamieniec liczy m.	22,772	(12,416	meż.	10,355	k.)
Bałta	— —	15,143	(8,083	—	7,060 —)
Mohylów	— —	10,696	(4,919	—	5.777 —)
Winnica	— —	10,120	(5,542	—	4,578 —)
Hajsyn	— —	8,953	(4,589	—	4,364 —)
Bar	— —	7,965	(4,248	—	3,717 —)
Chmielnik	— —	7,081	(3,744	—	3,337 —)
Płoskirów	— —	6,844	(3,434	—	3,410 —)
Lityn	— —	6,580	(3,125	—	3,455 —)
Braclaw	— —	5,024	(2,597	—	2,427 —)
Olgopol	— —	4,983	(2,474	—	2,509 —)
Latyczów	— —	4,284	(2,014	—	2,270 —)
Jampol	— —	3,493	(1,775	—	1,718 —)
Letniowce	— —	3,654	(1,834	—	1,820 —)
Stara Uszyca	—	3,158	(1,506	—	1,652 —)
Wierzbowiec	—	2,881	(2,144	—	737?—)

Co do płci widzimy, że kobiet jest mniej, niżli mężczyzn o dziewięć przeszło tysięcy; mniejszość ta szcze-

gólnie spostrzegać się daje w miastach, w Kamieńcu *np.* tych ostatnich do równej liczby brakuje 2,000. Zależy to od tego, że w miastach bióra rządowe zapelnione są młodzieżą najczęściej bezzenną; mieszczą się tu zakłady naukowe męzkie, daleko liczniejsze, niżli kobiece; nareszcie do spisu ludności wciągnięte są jak komendy weteranów pełniące garnizonową służbę, tak i wojsko konsystujące. Bo co do Wierzbowca wyraźnie zajść musiała pomyłka w sprawozdaniu rządowém, z którego te materyały statystyczne czerpiemy.

Ludność Podola *co do stanów* tak się dzieli:

a) *Szlachty* 27,722 l. (14,043 m. 13,679 k.).

b) *Duchowieństwa*:

katolickiego świeckiego 175 m.

katolickiego zakonnego 23 — 26. k.

ormiano katolickiego 2 — — —

greckiego obrządku:

świeckiego . . 17,752 l. (8,858 m. 8,894 k.)

zakonnego . . . 277 — (156 — 121 —)

reformowanego . . 4 — (2 — 2 —)

izraelskiego 959 — (446 — 512 —)

mahometańskiego 3 — (1 — 2 —)

razem 19,636 (10,179 m. 9,557 k.)

c) *Mieszczan* 257,967 (127,679 m. 130,288 k.)

d) *Włościan*:

rządowych . . 165,323 (81,560 — 83,763 —)

kolonistów . . . 466 (224 — 242 —)

wolnych 2,542 (1,194 — 1,348 —)

na gruntach obywatelskich

osiadłych (czynszowni-

ków) 1,068,080 (526,014 m. 542,066 k.)

razem 1,236,411 (608,992 m. 627,419 k.)

<i>e) Jednodworców (szlachty czynszowej) . .</i>	102,537	(49,976 m. 52,561 k.)
<i>f) Kolonistów izraelitów</i>	9,282	(4,876 — 4,406 —)
— wojennych	69,524	(35,563 — 33,961 —)
<i>g) Cudzoziemców osiadłych</i>	825	(419 — 406 —)
czasowo przebywających	2,610	(1,380 — 1,230 —)
<i>h) Osób nie należących do żadnej z kategorii wyżej poszczególnionych</i>	14,123	(7,291 m. 6,932 k.)
<i>i) Stan wojskowy:</i>		
Regularnego wojska	27,391	} 43,639 —
Urlopników	7,303	
Żołnierzy wysłużon.	9,945	
Żołn. żon i córek		20,147 k.
— synów (kantonistów)	5,476	m.

A że ludność gubernii w 1857 r. wynosiła 1,707,744 mieszkańców, *cyfra więc populacji Podola powiększyła się* w ciągu ostatnich lat czterech o 102,839 osób, albo powiększała się w przecięciu co rok o 25,000 (bo pozostałe 2,839 odtrącamy na korzyść mieszkańców przybyłych z innych gubernij). W Polsce kongresowej rezultat jest daleko mniej szczęśliwy, z obrachowań bowiem statystycznych dowiadujemy się, że przybywało tam w przecięciu, w ciągu lat 32 (od 1816. do 1858 r.) rocznie 49,349 osób (w 1816 Polska liczyła 2,717,287, w 1858 r. 4,790,379). Wprawdzie w ciągu tych lat 4ch nie mieliśmy na Podolu poboru wojskowego, nie mamy go już o 1 lat siedmiu; a jednak wyżej przytoczone liczby

wyraźnie nas nauczą, że w klassach obowiązanych sta-
 wać do zaciągu wojskowego ludność męzka do dziś jest
 znacznie mniejszą od żeńskiej: i tak mieszczan mamy
 o 3,000, włościan o 19,000 z górami mniej, niżli kobiet;
 większa zaś liczba mężczyzn w ogólnym rachunku po-
 chodzi w skutek wciągnięcia doń konsystującego na
 Podolu wojska i żołnierskich synów razem 49,115, kie-
 dy żon żołnierskich jest tylko 20,147 (różnica 28,868).
 Nie mieliśmy wprawdzie w ciągu tych lat czterech cho-
 lery, którato dziesiątkuje ludność naszą, niemniej jednak
 groźne *epidemie durzycy* (typhus) nawiedzają nas co rok,
 a gnilec nagminnie panujący w powiatach Mohylow-
 skim, Jampolskim i Olgopolskim (w końcu 1859. i na
 początku 1860. r.) nieledwie w połowie przypadków był
 przyczyną śmierci. Co do durzycy, przyjmując podział
 praktyczny na brzuszłą i wysypkową, dodać tu winniemy,
 żeśmy nie mogli sprawdzić postrzeżeń uczonego prof.
 Dietla, co do wyłączości panowania jednej z tych form
 w danym czasie, zawsze bowiem widzieliśmy jednocze-
 śnie występujące jak durzycę brzuszłą, tak i wysypkową,
 a i przewaga liczebna na jedną albo na drugą stronę nie
 była tak znakomita; najlepsze nam wyniki dawało leczenie
 jeno powikłań, w durzycy bez nich zalecaliśmy odżywia-
 nie chorego i wycieranie ciała zimną wodą. — *Co do gnil-
 ca*, nie mogłem go spostrzegać, chorobami przeszkodziła;
 ale o ile wiem, opierał się on wszelkim środkiem, choroba
 występowała w dość gwałtownej formie, przed śmiercią
 przyłączały się do niej przypadłości durzycowe; ależ bo
 i warunki higieniczne sprzyjały jój rozwojowi: zima bło-
 tnista, ciągłe mgły i deszcze, szarańcza (1859) zniszczy-
 ła plony rolne, do tego się dołączył nieurodzaj jarzyn
 (kartofli, marchwi, a przedewszystkiem buraków i kapu-

sty), ztąd brak pokarmów pożywnych i kwaskowatych, wszystko to wpłynęło na rozszerzenie choroby i na powiększenie jej złośliwego charakteru.

Stosunek ludności Podola do jego przestrzeni jest także bardzo korzystny, wypada bowiem na 1 milę kwadratową 2,468 $\frac{1}{2}$ mieszkańców. Porównyując to zaludnienie naszej gubernii z innemi państwami europejskiemi, widzimy, że należy ona do umiarkowanie zasiedlonych; i tak pierwsze tu miejsce zajmuje, wykluczając z tego rachunku wolne miasta:

Belgia licząca na 1 milę kwadr.	8,531	mieszkańców
Saksonia	7,501	—
S. Marino	6,200	—
Hollandya	5,503	—
W. Brytania	4,783	—
Francya	3,697	—
Prusy	3,370	—
Oldenburgskie	2,499	—
Dania	2,383	—
Portugalia	2,214	—
Hiszpania	1,743	—
Turcya	1,621	—
Grecya	1,167	—
Rossya	676	—
Szwecya z Norwagią	367	—

Państwewka niemieckie więcęj są zaludnione niż Wielka Brytania (po 5,000 przeszło mieszkańców na 1 m. k.); Włoskie prowincye mniej niżli Prusy (po 3,000 na 1 m. k.) Co do zaludnienia Podola, to następuje po Oldenburgskiem i we wschodniej Europie pod tym względem zajmuje nie podrzędne miejsce.

Stosunek zaludnienia gubernii naszej do ościennych prowincyj słowiańskich jest taki:

Czechy liczą na 1 m. kwadr.	5,000	mieszkańców
Szląsk	4,785	—
Morawa	4,652	—
Galicja z Krakowskiem	3,242	—
W. Ks. Poznańskie	2,592	—
Podole	2,468	—
Polska kongresowa	2,065	—
Czarnogóra	1,786	—
Serbia	1,002	—

W stosunku do sąsiednich i dalszych gubernij, nasza po Moskiewskiej stoi najwyżej, chociaż i tutaj zapominać nie trzeba, że Moskwa, jako druga stolica Rosyi, ludnością swoją wpływa na tę przewyżkę. Tak na 1 werstwę kwadratową (mila kwadratowa obejmuje 48.21440 werstw kwadr., czyli 1 werstwa kwadratowa równa się 0.0207 mili kwadratowej)—

Moskiewska g. liczy	55.52 m.;	na milę k.	2,664	mieszk.
Podolska	— 47.68	—	— 2,468	—
Kijowska	— 40.25	—	— 1,942	—
Kowieńska	— 26.46	—	— 1,152	—
Wołyńska	— 24.51	—	— 1,186	—
Wileńska	— 22.56	—	— 1,080	—
Mohylewska	— 21.44	—	— 1,032	—
Grodzieńska	— 20.03	—	— 961	—
Mińska	— 12.27	—	— 598	—
Witebska	— 11.66	—	— 562	—
Nowogrodzka	— 7.09	—	— 340	—
Orenburska	— 5.90	—	— 293	—
Wołogodzka	— 2.81	—	— 134	—
Ołonecka	— 2.30	—	— 120	—
Archangielska	— 0.34	—	— 26	—

Co do zaludnienia samej gubernii, powiaty niezależnie od przestrzeni w takim idą porządku:

Olgopolski ..	159,994	miesz.
Uszycki	157,895	—
Hajsyński ..	157,679	—
Kamieniecki	155,230	—
Jampolski ..	144,670	—
Płoskirowski	137,394	—
Lityński ...	135,143	—
Braclawski .	129,713	—
Latyczowski.	123,504	—
Mohylowski.	119,654	—
Winnicki ...	111,378	—
Bałcki	102,263	—

Podole, co do wyznań, liczyło w 1861. r:

Katolików	221,857	(111,237 m.	110,620 k.)
Ormiano-katolik.	294	(151 —	143 —)
Greckiego obrząd.	348,810	(667,512 —	681,298 —)
Filiponów	10,180	(5,103 —	5,077 —)
Protestantów	1,907	(1,035 —	872 —)
Mahometanów ...	44	(21 —	23 —)
Izraelitów	227,493	(124,940 —	102,553 —)

Stosunek liczby duchowieństwa do swoich jednowierców jest taki:

1 kapłan katolicki	przypada na	1,111	miesz.	kat. ob.
1 — greckiego obrz.	.. —	755	—	gr. ob.
1 — protestant.	—	900	—	pr. ob.
1 — mahometańskich	—	44	—	mahom.
1 — izraelski	—	237	żydów.	

Ślubów małżeńskich zawarto w ciągu roku 24,455;

a więc 1 przypada na 75 mieszkańców, cyfra mówiąca wiele na korzyść moralności i zamilowania w życiu familijném, w Prusach bowiem przypada 1 ślub na 110 mieszkańców, we Franeyi 1 na 118. Co do nas jednak, summa ta nie jest wyrazem moralności mieszkańców Podola: najliczniejsza tu jest warstwa społeczeństwa nie wykształcona, nie mająca należytego wyobrażenia o dobrym bycie, więc zapatruje się na małżeństwo jak na pewne stowarzyszenie gospodarskie, w którym potrzeba więcej rąk do pracy, oka mającego dozór nad remanentem stanowiącym jedyny kapitał téj spółki, — czasem wchodzi do tego odrobina interesu materyalnego, a nigdy albo prawie nigdy uczucie, choćby nawet jeno prosta skłonność serca. Wreszcie u żydów panujący zwyczaj od wieków, który stał się niejako dogmatem ich religii, nakazujący śluby dość wczesne i konieczne dla każdego wyznawcy Mojżesza, wielce się przyczynia do powiększenia cyfry związków małżeńskich.

Z liczby ślubów wyżej podanych przypada na osady wiejskie 22,837, na miasta 1,618 (14:1); w osadach więc wiejskich 1 ślub przypada na 73 mieszkańców, w miastach 1 na 77.

Co do wyznań:

katolickich ślubów zawarto	2,124
ormiańskich	3
greckiego obrządku	19,514
protestanckich	18
filipińskich	26
izraelskich	2,008
mieszanych	762.

Liczba wrodzonych w 1861. roku wynosiła 81,581 (41,825 chłopców, 39,756 dziewcząt), mianowicie:

P. T. L. W. Tom XLIX.

w miastach . . 6,272 (3,308 chłop. 2,964 dziewcz.)
 w osad. wiejs. 75,309 (38,517 — 36,792 —)
 W przecięciu więc rodzi się na Podolu 223¹/₂ niemowląt
 dziennie, a w stosunku do całej ludności przypada
 1 urodzenie na 27 mieszkańców płci obojęd;
 w miastach 1 na 20.5
 w osadach wiejskich 1 na 22.3.

Na każde 100 osób przypada:

w całej gubernii 4.50 niemowląt
 w miastach 5.25 —
 w osadach wiejskich .. 4.50 —

W tej liczbie wyżej poszczególnionej *nieprawnie urodzonych dzieci* było:

2,190 (1,125 chłop. 1,065 dziewcz.)
 w miastach 383 (190 — 193 —)
 w osad. wiejskich 1,807 (935 — 872 —)

Stosunek prawnie urodzonych do nieprawnie urodzonych dzieci był jak 35:1.

Co do wyznań:

Obrządku greckiego: prawnie

urodzonych 63,863 (32,504 + 31,359)
 nieprawnie urod. 2,007 (1,048 + 959)
 (Stosunek pierwszych do drugich jak 32:1)

Ob. katolickiego: praw. ur. 6,925 (3,584 + 3,341)
 nieprawnie urod. 170 (74 + 96)
 (Stosunek pierwszych do drugich jak 41:1)

Ob. starozak.: praw. urodz. 8,050 (4,337 + 3,713)
 nieprawnie urodz. 13 (3 + 10)
 (Stosunek pierwszych do drugich jak 619:1).

Jakież z tych cyfr wyprowadzimy wnioski? bardzo pouczające, a co więcej służące za skalę pewnego rodzaju moralności ogólnej; zaraz się sami o tém przekonacie,

zechciejcie nas tylko cierpliwie posłuchać. Kraj posiadający dużo proletariatu, w którym przeludnienie do znakomych dochodzi rozmiarów, liczy tém samém dużo osób nie posiadających nic zgoła; tacy ludzie będący ciężarem państwa i jego wiecznym niepokojem najwięcej gromadzą się w miastach, gdzie zarobkowanie jest łatwiejsze, choć samo utrzymanie życia kosztuje daleko drożej. Zastanawiając się przeto nad państwami, w których rzeczony proletariatus ma miejsce, winniśmy ściśle oddzielić kraj cały od miast przepełnionych ubóstwem; we Francyi *np.* Paryż, w Anglii Londyn i inne większe miasta fabryczne i handlowe zasługują na szczególniejszą uwagę. W miastach tych, gdzie nędzy wiele, prostytucya rozwinięta jest także na wielką skalę; w Paryżu było w 1860 r. kobiet publicznych 90,000, w Londynie w tymże roku blisko 120,000; a nierząd występujący w stolicy Francyi publicznie, osypyany bogactwem i przepychem, już zwrócił na siebie uwagę rządu, szczególnie od czasu kiedy robotnicy zaczęli te panie szyderstwem i obelgami traktować. Była chwila, że chciano wysłać za granicę, skazać na banicyą te znikczemniałe niewiasty, ale się zastanowiono nad tém, że niemoralność publiczna, kontrolowana dotąd przez władzę, stać się może prywatną, osiedzie zapewnie u nie jednego nieposzlakowanego ogniska, zatruje spokój w nie jednej rodzinie; więc się w porę z wyrokiem wstrzymano, a wstrzymano się z nim na naszą wielką pociechę, bobyśmy byli tutaj zalani powodzią guwernantek rekrutowanych zwykle w téj klasie. Między nierządem jako złem konieczném, a nierządem jako nadużyciem jest wielka różnica; społeczeństwo nasze nie jest na nieszczęście idealnie doskonałym, więc też idealnie moralném być nie może: domy

publiczne w stosunku do moralności są to kloaki, w nich to zbierają się wszystkie fusy, które przy braku tego rezerwoaru osiadłyby pod naszymi strzechami; kloaki przeto są złem, ale złem nieuniknioném.... Lud francuzki, wielki i nieomylny w swoich instynktach, nie targnął się na nie; zniewagą i błotem obrzucił te tylko kobiety, które nierząd do prywatnego wprowadziły życia, rzucił się on na łanie (*les biches*) paryzkiego bruku, owe *damy kameliowe*, słowem *lorety* i *metressy*. Prostytycją taką uważamy za nadużycie, chłostać ją surowo powinien każdy rząd, każda władza na moralnych podstawach oparta. Kobieta w domu nierządu publicznego osiadła godna jest zaiste litości, frymarcząca zaś rozpustą prywatnie na pogardę jeno zasługuje; historia ta, téj, szczególnie w domu publicznym w Paryżu osadzonej, to historia nędzy, upokorzenia, a w końcu spodlenia i bezwstydu. Oto jak się rekrutują te panie: biedna gryzетка pracująca w jednym z zakładów rzemieślniczych na *Chaussée d'Antin*, mieszka na poddaszu w kwartale łacińskim, sąsiadem jój jest student; sami się zgodzicie, że sąsiedztwo niebezpieczne dla młodej dziewczyny o świeżej twarzyczce i bardzo wiotkich zasadach moralnych, ta bo pani to najczęściój córka kmiecia, najciemniejszego ze wszystkich kmieciów na świecie; sąsiedztwo więc niebezpieczne, następstwem jego jest romans, którego tłem główném poświęcenie bez granic ze strony kobiety, poddanie się kaprysom kochanka, nawet ofiara pieniężna z ciężko zapracowanego grosza, a za to odbiera ona pogardę, lekceważenie, w końcu kochanek ją opuszcza. Zostaje biednój smutek, brak roboty, którą zaniedbywała w chwili szalu, i w końcu długi — dzwignąć się z nich nie może, więc i doradczyni zaraz się znajdzie,

za kilka lat oddanych nierządowi bierze na siebie opłacenie wierzycieli... dziewczyna jest już nierządnicą, a czy na tém koniec? W domu publicznym czekają ją upokorzenia jeszcze większe: nie podoba się, więc ją sprzedają zakładowi mniej pretensjonalnemu i tak do samój śmierci, jeśli ta ją wcześniej zaskoczy, albo do czasu kiedy, straciwszy wdzięki, zakolata do przytułku miłosierdzia.... Smutna to, ale prawdziwa historia! Podaję ją wam tutaj w całej nagości, by tém wyraźniejszą przeprowadzić paralelę między nierządem publicznym, a prywatną rozpustą. Dodam tu jeszcze, że patrząc na tę nędzę moralną w klasie téj, na nieszczęście dość licznej, rozpowszechnioną, dziwię się obojętności społeczeństwa: umie ono być miłosierném, umie wesprzeć jałmużną biedną grzesznicę w razie potrzeby, ale też umie razem na pogardę zdobyć się jeno, — litości i pobłażania kobieta upadła nie znajdzie u ogółu, wiary w chęć poprawy, w samą poprawę nie okupi nawet latami pokuty! Są szpitale we Francyi, prawdziwy utwór dzisiejszego egoistycznego wieku, który umie być miłosiernym więćj z obowiązku, niżli z serca, u wejścia do nich przechodzień czyta napis „poza którym nie masz nadziei“ — bo to *szpital dla nieuleczonych*. Otoż nad domami nierządu społeczność tegoczesna wypisała także słowo, ale straszniejsze, bo tyżące się choroby moralnej; wiara w pokutującą Magdalene zgasła razem z tą niewiastą u stóp Golgoty, a przecie Ten, co na Golgocie umierał, przekazał nam litość, miłosierdzie i pobłażliwość i opowiadał, jaka to wielka radość będzie z nawróconego grzesznika! Zakład więc każdy dla zaniedbanych moralnie kobiet stawieć wyżej, niżli wszystkie przytułki dla materialnej nędzy wzniesione, niż wszystkie domy poprawy,

gdzie karność sroga do ostatnich posunięta jest granic, a kara częstokroć nie ogranicza się samą moralną nauką... Zakładów takich mało jest w Europie, a Polska kongresowa o wiele wyprzedziła pod tym względem inne państwa cywilizowane, od 1854 r. bowiem istnieje w Warszawie *dom schronienia Najświętszej Maryi Panny*, zostający pod zarządem niewiast, a trudni się poprawą tych kobiet, które pragną powrócić na drogę pracy i godziwych zarobków. W 1857 r. było tam takich kobiet 56.

Za długo o tém tu mówię, ależ przecie prostytutcyca, czy jak chcecie nierząd, który w sobie obejmuje rozpustę publiczną, prywatną (nie swojską nam wcale, bo nawet nie mamy w naszym języku nazwy dla takiej kobiety i pożyczamy jęj albo u Francuzów *metressa*, albo u Rosyan *soderżanka*) i nieprawe dzieci — nierząd taki szerzy się u nas, a nie kontrolowany daje początek chorobie wenerycznej, tak bezkarnie panującej w osadach wiejskich.... Wreszcie nie będziecie mi mieli za złe tego ustępu pośrednio tylko w tój chwili nas obchodzącego, nie będziecie mieli za złe, kiedy sobie przypomnicie, że moralność kobiety u nas szczególnie jest rzeczą ważną, summa jęj bowiem jest summą moralności narodu.

Ale wracam już do przedmiotu. Niewiasta w domu nierządu oddająca się rozpucie traci zdolność zostania matką, przestaje być płodną, naturalnie więc, że gdzie prostytutcyca znakomicie jest rozpowszechniona, tam porodów nieprawych będzie mniej daleko; tego nam nawet dowodzą liczby, np. ze sprawozdań statystycznych w latach ostatnich dowiadujemy się, że:

1 nieprawe dziecię na 2 urodzenia bywa w Stokholmie, Berlinie, Wiedniu, Neapolu, Pradze i Lizbonie.

1 na 4 w Madrycie, Medyolanie i Kopenhadze.

1 na 5 we Florencyi, Petersburgu i Genewie.

1 na 7 w Monachium i Stutgarcie.

1 na 9 w Kamieńcu.

1 na 10 w Palermo, Placency, Hamburgu i Amsterdamie.

1 na 14.9 w Warszawie.

1 na 29.5 w Paryżu.

1 na 30 w Londynie.

Słowem częstość nieprawnie urodzonych dzieci znajduje się w odwrotnym stosunku do rozwoju prostytucyi. Ze smutkiem tedy dowiadujemy się, że jest ona największą w Londynie, potem w Paryżu, Warszawie, Hamburgu, Amsterdamie, Palermo, w Kamieńcu; w tém ostatniém mieście rozpusta jest większą, niż w Berlinie, Wiedniu, Pradze i t. d. i t. d.

Inaczéj ma się rzecz z państwami; tutaj częstość nieprawych urodzin jest pewną skalą demoralizacyi, albo, mówiąc inaczój, ta ostatnia jest tém większą, im więcej naliczymy w daném miejscu (prowincyi) dzieci spłodzonych z nieprawego łoża. (1) Pod tym względem mamy obrachowania statystyczne z lat różnych, ale i te liczby, choć niedokładne, rzucają jednak światło na kwestyą, nad którą się obecnie zastanawiamy. Tak:

W Czechach (1813) 1 niepr. dziecko przypada na 8 por.

W Saksonii (1821) 1 — — — 8 —

(1) Zdaje nam się, że szanowny autor pod tym względem zbyt bezwarunkowe wypowiada zdanie, trzeba bowiem mieć na uwadze, jak rozliczne momenta oprócz moralnych (ekonomiczne i t. d.) wpływają na liczbę nieprawych dzieci w danym kraju.

W Bawaryi (1820)	1	niepr.	dziecię	przypada	na	14	por.
W Prusach (1836)	1	—	—	—	—	14	—
We Francyi (1858)	1	—	—	—	—	14, 1	—
W Anglii (1842)	1	—	—	—	—	15	—
W Szwecyi (1820)	1	—	—	—	—	20	—
W Hollandyi(1848)	1	—	—	—	—	21	—
W Polsce (1858)	1	—	—	—	—	23, 7	—
W Lombardyi(1828)	1	—	—	—	—	31	—
Na Podolu (1861)	1	—	—	—	—	35.	—

Jakż jest różnica między nierządem (czy to publicznym, czy prywatnym) a stosunkiem, który ma za następstwo nieprawnie spółdzone dzieci? wielka! Doniosłość niemoralną pierwszego wykazaliśmy wyżej; o drugim jeszcze słów kilka. Chcąc należycie ocenić tę kwestyą, trzebaby się zastanowić nad prawami i zwyczajami niemal w każdym przyjętemi kraju; jest to rzecz jednak niemożliwa, więc na ogólnikach poprzestaniemy tutaj. I tak, w państwach, gdzie dobry byt w klasie robotniczej i rzemieślniczej do wyjątkowych zaliczyć potrzeba, nieprawnie urodzone dziecię jest następstwem dobrowolnej umowy (nie podstępu, ani też gwałtu) między kobietą i mężczyzną, którzy w skutek braku funduszu związać się ślubną przysięgą nie mogą. We Francyi, gdzie uczucie religijne osłabło u ludu, gdzie ślub cywilny tylko obowiązuje, wiele jest takich związków, które w skutek lekceważenia nie uczyniły zadość przyjętej formie i dla tego dzieci ich zaciągnięte do tej kategorii zostały. W Anglii pauperyzm nie pozwala robotnikom myśleć o związkach familijnych, ztąd miłostki, których następstwem są nieprawne dzieci. W Niemczech brak albo stosunkowo mała liczba zakładów prostytucyjnych jest przyczyną takich urodzin (1 na 2 w Berlinie, Wiedniu i t. d.). U nas

główną liczbę kobiet tego rodzaju stanowią tak zwane *rekrutki*, to jest żony kmieci wziętych do wojska, *pokrytek* bowiem (dziewcząt, które zostały matkami) stosunkowo jest bardzo mało. Wreszcie cała rozpusta koncentruje się w miasteczkach, gdzie zwykle konsystuje wojsko, powiedzmy otwarcie, będące u nas główną przyczyną chorób wenerycznych; szpitale bowiem wojskowe przeludnione są tego rodzaju chorem, a pomimo starania lekarzy, kontrola, odbywająca się za pośrednictwem miejscowej policji, z tyłą trudnościami i nużąciami formalnościami jest połączona, że przeprowadzić jój należyćie nie podobna.

Ze porody nieprawe częstsze są w miastach, niżli w osadach wiejskich, o tém nas następujące przekonywają liczby:

<i>miasta</i>	<i>liczba prawnie urodzonych</i>	<i>liczba nieprawnie urodz.</i>	<i>stosunek</i>
Kamieniec	1032	112	9: 1
Bałta	749	45	16: 1
Mohylów	506	35	14: 1
Winuica	598	36	17: 1
Hajsyn	245	16	15: 1
Płoskirów	302	22	14: 1
Lityn	278	21	13: 1
Braclaw	385	12	32: 1
Olgopol	196	11	18: 1
Latyczów	280	15	18: 1
Jampol	211	23	9: 1
Letniowce	167	5	33: 1
<i>Powiaty</i>	<i>liczba prawnie urodzonych</i>	<i>liczba niepraw. urod.</i>	<i>stosunek</i>
Kamieniecki	6, 318	176	36: 1

<i>Powiaty</i>	<i>liczba prawnie urodzonych</i>	<i>liczba niepraw. urod.</i>	<i>stosunek</i>
Bałcki	8,516	246	39:1
Mohylowski	5,458	135	42:1
Winnicki	5,201	138	39:1
Hajsyński	6,902	117	59:1
Płoskirowski	5,283	167	31:1
Lityński	5,321	152	35:1
Braclawski	6,500	116	53:1
Olgopolski	7,220	168	45:1
Latyczowski	4,500	113	39:1
Jampolski	6,726	149	47:1
Uszycki	5,876	130	45:1

Liczby aż nadto przekonywające o prawdzie wyżej wypowiedzianego zdania.

Że kobieta, matka nieprawego dziecięcia wyżej stoi od kobiety nierządniczy, tego nie mam potrzeby dowodzić, a chociaż nie powstajemy przeciw zdaniu powszechnemu zanadto surowo karzącemu niewiastę upadłą, to z drugiej znowu strony liczymy za święty obowiązek protestować przeciw prawu pozbawiającemu obywatelstwa dzieci w takim zrodzone stanie... Prawo to, zabytek dawnych czasów, w Polsce brzmiało tak: „ktoby bę-karta zabił, wolny jest od kary gardła. Główszczyzna po nim jako po człowieku prostego stanu matce należy. “ (*Czacki o litewskich i polskich prawach*, T. II. stron. 236). Dziwna rzecz, że prawo podobne w narodzie tak ucywilizowanym, jak nasz, ostało się do 1768 r., w którym nareszcie zniesione zostało zupełnie; na pociechę dodać powinniśmy, że istniało ono tylko na piśmie, naród inaczej się na nie zapatrywał, i słusznie, rozumiemy bowiem, że potępić matkę można, — ale dziecko za winę

matki— czyż to będzie rzeczą sprawiedliwą? Tyle o tój kwestyi, daleko ważniejszej pod względem moralnym, niżeli pod względem higienicznym.

● **śmiertelności na Podolu.** Liczba zmarłych w 1861. roku wynosiła w prowincyi naszej 56,432 (28,453 mężczyzn, 27,979 kobiet); w przecięciu więc umiera dziennie $154\frac{2}{3}$ osób. Odrzucając liczbę zmarłych od liczby urodzonych, widzimy, że cyfra ludności powiększyła się w ciągu roku rzeczonoego o 25,149 (13,372 mężczyzn, 11,777 kobiet). Wzmiankowaliśmy już wyżej, że ludność Podola w takim stosunku wzrasta od lat czterech, przy sprzyjających więc warunkach podwoi się jęj liczba w ciągu lat 60, a i wtedy przeludnienie miejsca mieć nie będzie, przypadnie bowiem na 1 milę kwadratową 4,936 osób, jak obecnie jest w W. Brytanii, a trzeba czekać wiek cały, żeby cyfra ludności Podola stosunkowo była równa dzisiejszj ilości mieszkańców w Belgii.

Podług H a w k i n s a, który Europę dzieli na trzy pasy (północny, środkowy, południowy), Podole co do śmiertelności należy do pasa środkowego, to jest 1 śmierć przypada na 32 mieszkańców, jak w Paryżu i Lyonie, mniejsza więc jest niż w Stokholmie (1 na 24.9), Amsterdamie (1 na 24), Pradze czeskiej (1 na 24.4), Wiedniu (1 na 22.5), Bruxelli (1 na 26), w Moskwie (1 na 23); większa, niż w Berlinie (1 na 34), Petersburgu (1 na 37), Londynie (1 na 40), Wilnie (1 na 43), Glasgowie (1 na 46.8).

W stosunku Podola do państw innych porządek śmiertelności będzie taki:

W Polsce kongres. na każde 1000 umiera 35 osób
na Podolu — — — — — 31 —

w Austrii	na każde	1,000	umiera	35 osób
we Francyi	— —	—	—	24 —
w Bawaryi	— —	—	—	22 —
w Szwecyi	— —	—	—	20 —
w Szkocyi	— —	—	—	17 —

A każdy się z nas zgodzi, że Podole jest w daleko korzystniejszych warunkach, choćby jeno pod względem zaludnienia, niż państwa tu przytoczone; nie zapominajmy nadto, że cyfra ta śmiertelności zebrana jest w 1861. r., który należy do najpomyślniejszych pod względem sanitarnym. Widoczną więc jest rzeczą, że przyczyną tyłu zgonów jest zahaczenie warunków higienicznych, o których, przyznajmy otwarcie, nie mamy nawet należytego wyobrażenia.

Co do wieku w takim szła porządku śmiertelność na Podolu:

Umarło przed rokiem osób	8,874	(4,846 m.	4,028 k.)
Od 1 roku do 5 lat osób	18,598	(9,491 —	9,057 —)
— 5 lat do 10	4,093	(2,055 —	2,038 —)
— 10 lat do 20	3,218	(1,607 —	1,611 —)
— 20 lat do 30	3,002	(1,292 —	1,710 —)
— 30 lat do 40	3,514	(1,552 —	1,962 —)
— 40 lat do 50	4,076	(1,981 —	2,095 —)
— 50 lat do 60	4,567	(2,181 —	2,386 —)
— 60 lat do 70	3,824	(1,899 —	1,925 —)
— 70 lat do 80	2,092	(1,065 —	927 —)
— 80 lat do 85	389	(205 —	184 —)
— 85 lat do 90	258	(154 —	104 —)
— 90 lat do 95	96	(62 —	34 —)
— 95 lat do 100	91	(57 —	34 —)
— 100 lat do 110	11	(5 —	6 —)

Liczby te nastęrczają nam kilka uwag następujących. Najprzód widzimy, że dzieci nie mających roku jeszcze umiera 8,874; od roku do pięciu 18,598 czyli w przecięciu na rok 3,720; w pierwszym więc roku umiera więcej, niżli w dwóch następnych razem wziętych, co się zgadza z postrzeżeniami p. Quetelet; razem zaś od urodzenia do 5 lat umiera 27,472, co jest połową śmiertelności na Podolu: liczba to za duża, w Petersburgu bowiem i w Moskwie trzecią część całej śmiertelności stanowią niemowlęta, w Rossyi zaś całej z ob-rachowań zrobionych w 1848. r. umierało na każde 1,000 dzieci od urodzenia do 5 lat 430, w 1849 roku 504. Liczba to za duża, raz jeszcze powtarzam, byśmy ją mieli wspólnie z Milne Edwardsem i p. Viller-mé policzyć na karb słabości poczynającego się rozwijać organizmu; przypisać ją raczej należy ciemnocie kobiet wiejskich, zbyt niemu zaprzątńnieniu pracą gospodar-ską, niepozwalającemu należycie zająć się dziecięciami, złej kontroli co do szczepienia ospy, przeciw której lud jest do dzisiaj uprzedzony, i nienależytemu odżywianiu dziecięcia nie odsadzonego jeszcze od piersi: często bowiem zdarza się, że matka, idąc na robotę w pole na dzień cały, zostawia dziecię u chorėj sąsiadki karmią-cėj w jednym z nią czasie; a taka mamka, częstokroć jak mówilem chora, ma niekiedy, oprócz swojego, czworo cudzych dzieci do przekarmienia, — i jakież tu może być odżywianie? Że tak bywa u nas, o tém nieraz miałem sposobność przekonać się, śledząc za rozwojem choroby wenerycznej w osadach wiejskich, i przyszłym lekarzom gminnym (jeżeli ci kiedy będą) uwaga wyżej przytoczona przyda się pewnie nieraz. A i sama pię-cioletnia epoka życia usposabia do śmiertelności, która

poza nią do lat 50 znacznie słabnie. I tak, summując liczbę zmarłych od 5 do 50 lat, widzimy, że było ich 17,903 osób, a więc $\frac{2}{3}$ całej liczby zmarłych od urodzenia do lat pięciu. Największa śmiertelność w późniejszej dobie jest od lat 40 do 80; potem cyfra ta spada, bo bardzo nie wielu mamy ludzi dosięgających podeszłego wieku. A dawniej było inaczej: stoletni starcowie w epoce piastowej i jagiellońskiej nie byli wcale osobliwością, a nie jeden i do półtora wieku dociągnął; na udowodnienie tego pozwolimy sobie przytoczyć tu kilka szczegółów: Piast żył 130 lat, Jagiełło blisko wieka, Stanisław Kaski z Rawskiego 130, syn jego także Stanisław 116, żona 95; Wiśniowski w ks. Oświęcimskim, mając 140 lat, chodził pieszo do kościoła dość odległego; Katarzyna z Odrowąża panna, pochowana w Przeworsku, umarła mając 120 lat; Ostrowski w Lubelskim w 115. roku życia jeździł konno i gryzł orzechy. Za Jana Kazimierza we wsi Opałowie w województwie Ruskiem żył wieśniak mający lat 180, syn jego liczył lat 120, wnuk 90, — wnuk ten miał także wuuki, starzec więc doczekał się szóstego pokolenia. Dziś w liczbie zmarłych na Podolu w r. 1861. spotykamy 11 mających od 100 do 110 lat, więc poza 110 rok wiek ludzki nie sięga tak często!

Co do płci widzimy, że w rezultacie kobiet umarło mniej, niżli mężczyzn: różnica wynosi 474, jest ona większą w niemowlęctwie do 5 lat życia, równa się bowiem 1,252; od 5 do 15 jest prawie żadną (47); od 15 do 70 śmiertelność jest większa na stronie kobiet o 1,205 osób, łatwo zrozumieć dla czego, kobieta bowiem narażona bywa na więcej wpływów szkodliwych, niżli mężczyzna: dobie pokwitania (wystąpienie

czyszczeń) towarzyszą pewne zmiany w stroju, a mają one także miejsce w czasie ciąży, porożu, w epoce porożowej, w czasie karmienia, nareszcie w latach krytycznych (ustanie czyszczeń). To też widzimy, że w okresie rozwoju siły reprodukcyjnej w kobiecie największy daje ona procent śmiertelności: tak od 20 do 50 lat umiera 500 kobiet więcej, niżeli mężczyzn. Namiętności więc na stronie męskiej przeważające, które w dobie tej prędki zgon wywołują, nie dorównywają śmiertelności u niewiast napotykanój.

Na jakim stopniu stoi u nas oświata? Pytanie to na pozór nie wchodzi w zakres higieny; a jednak, zdaniem naszym, wykształcenie mass jest niesłychanie ważną dzwignią w zmniejszeniu przesądów i zabobonów tak szkodliwie wpływających na zdrowie, a na nieszczęście udaremniających pomoc lekarską tam nawet, gdzie najwidoczniej pomoc ta przynieść może ulgę.... Kto na wsi mieszka, a wpatrzył się w życie ludu, ten da świadectwo prawdzie; my zaś dowodów tutaj składać nie będziemy na jej poparcie, bośmy gdzie indziej o tem mówili i ciekawych odsyłamy do naszej pracy dawniejszej. (Powiat Mohylowski — nad Dniestrem — pod względem lekarskim: Tygodnik Lekarski r. 1862).

Zaczynamy od *statystyki oświaty*. Podole w 1861. r. liczyło:

Gymnazyja	2;	uczących się	1,008 osób
Powiatową szkołę	1;	— —	219 —
Parafialnych szkół	5;	— —	103 —
Parafialnych luterskich . .	3;	— —	251 —
Pensyą żeńską	1;	— —	42 dzie- wcząt.

Szkoły duchowne:

Seminarium katolickie...	1;	uczących się	27 osób
Seminar. greek. obrządku	1;	— —	357 —
Szkółek powiatowych...	4;	— —	898 —

Szkoły ludowe:

Według listu p. gubernatora
podolskiego (*Petersb. Wie-*

domosti N. 138 r. 1862): 1250; ucz. } 25,000 chłop.
3,000 dziew.

Szkoły izraelskie:

Rządowych pierwszorzędných	8;	ucząc. się	197 osób
— drugorzędnych	2;	—	33 —
Prywatnych Talmud-Tor	1;	—	50 —
— Chodorym	160;	—	2,475 —

Razem zakładów naukowych 1,339, a w nich uczących się 33,660; na pozór liczba znaczna, przypada bowiem 1 uczący się na 53 mieszkańców: to lepiej, niż w Polsce kongresowej, gdzie stosunek uczących się do całej ludności jest, jak 1 do 58 (w Augustowskiem 1:156).

Pilnie jednak rozpatrując się w tych liczbach, nie wiele pocieszające otrzymamy wyniki. Dla udowodnienia tego zaczniemy od *średnich naukowych zakładów*. Do téj kategorii zaliczamy dwa gimnazya, szkołę powiatową i izraelskie rządowe: będziemy mieli 1,260 uczących się w przecięciu rocznie w tych zakładach, czyli 1 na 722 mieszkańców mężczyzn. Lepszy to stosunek, niż w Rosyi, gdzie 1 uczący się w średnich naukowych zakładach przypada na 2,000 ludności, ale gorszy i wiele gorszy, niż w Prusach: państwo to liczyło w 1861 r. zakładów średnich 189 (gymnazyów 136, szkół realnych 53), w których pobierało wykształcenie 57,932 mło-

dzieży, a że ludność królestwa wynosiła 17,500,000 mieszkańców, w której liczbie jest 8,500,000 mężczyzn, wypada więc 1 uczący się w średnich zakładach naukowych pruskich na 146 mieszkańców. Ale przypuśćmy, że instytucje te na Podolu nie są jeszcze dla wszystkich klas otwarte, kształcić się w nich mogą tylko szlachta, mieszczenie, cudzoziemcy osiedli, żydzi koloniści, wolni włościanie, synowie urzędników i t. d: w takim razie stosunek uczących się będzie jak 1: 124, stosunek, dodajmy, dość szczęśliwy. — *Co do stanu duchownego* przypada 1 uczący się na 13 osób, u mieszkańców wyznania mojżeszowego 1 na 86 dla płci obojga. — *Kobiety* chrześcianki klas wszystkich, za wyłączeniem włościanek, są tu pod względem naukowym bardzo słabo reprezentowane, ale to tylko pozornie, bo aczkolwiek jedna pensja stoi na liście statystycznej, ale jest ich więcej nie objętych kontrolą, wiele dziewcząt młodych pobiera w domu wychowanie; mamy wstręt wszyscy do szkół publicznych dla kobiet, wstręt, przynajmniej otwarcie, dość uzasadniony, raz dla tego, że szkoły te źle są urządzone po większej części, powtóre żeśmy tradycyjnie przyzwyczaili się widzieć kobietę u domowego ogniska, pod rodzinną bowiem jeno strzechą nabiera ona zamiłowania do gniazda własnego, tam tylko oprócz nauki wymaganiej w danym czasie przyswaja sobie te cnoty i zalety, które tak zdobyły prarodzicielki nasze.... Przynajmniej więc otwarcie, choćby mnie o wsteczniectwo pomówiono, że rozumiem szkołę publiczną, do której panienki uczęszczają tylko na lekcje, ale pensji zamienioniej w pewien rodzaj falansteru, albo koszar żołnierskich nigdy zrozumieć nie potrafię.

Dotąd dobrze, teraz rozpatrzmy *szkoły ludowe*, zdaniem naszym najpotrzebniejsze, bo mające na celu oświatę

najniższej klasy, pozbawionej nawet poczucia potrzeby nauki. Otoż szkoły te ludowe, wzmiankowane w spisie statystycznym, założone zostały w ciągu trzech lat ostatnich; w 1857 r. było ich 10 na przestrzeni całego Podola i to w majątkach jeno rządowych, liczyły zaś uczących się 478. Zakłady nowe są przeznaczone przede wszystkim dla ludu wiejskiego, jednodworców, kolonistów wojskowych, włościan osiadłych w rządowych majątkach. Stosunek uczących się class ludności wyżej poszczególnionych jest 1 do 50; zanadto mało! ledwie pięćdziesiąty umieć będzie (bo się dopiero uczą) czytać i pisać, kiedy w Królestwie czwarta część ludności jest mniej więcej wykształcona, we Francyi 67 na 100 umie czytać i pisać, w Prusach zaś 96 na 100. Wreszcie kwestya oświaty ludowej, tak dzisiaj żywotna, nie powiem żeby ostatnimi czasy nie zrobiła postępu, ale większość patrzy na nią z uprzedzeniem i niedowierzaniem, mniejszość może ma trochę spaczony i egoistyczny wyobrażenia o potrzebach tej klasy i rodzaju oświaty, jaka dla ludu jest najlepsza.... słowem jest to chwila zamętu, trzeba tu prób i doświadczeń, by nareszcie przekonać się, co jest dobre i sprawiedliwe. Co do nas, przewodnikom cywilizacyi ludowej życzymy powodzenia, pewni, że w jakiejby formie zawita ona pod strzechę włościańską, zawsze wpłynie na kmiecia zbawiennie: da mu ona poczucie obywatelstwa w kraju, a tém samém myśl drzemiącą, zamkniętą dotąd w pańszczyzniane pęta, rozbudzi do nowych obowiązków, do nowego poglądu na świat okalający, na przeszłość i przyszłość jego.... Czyż nie dosyć zachęty dla pracujących na tém polu? Mamy nadzieję, że uwłaszczenie kmieci, tak szybko i świetnie przeprowadzone na Podolu, (za co się cześć naszym po-

siadaczom ziemskim należy), popchnie kwestyą oświaty na drogę należytego postępu; tém bardziej w to wierzymy, że rok wolności więcej sprzyja wykształceniu, niżli wieki niewoli pańszczyźnianej i poddaństwa!

Zakończmy ten rozdział wzmianką o służbie **lekarській**. Bodaj, czy nie stoi ona od oświaty niżej; szpitalów bowiem nie mamy, felczerów dobrych i babek wiejskich jako tako wykształconych brak nam zupełnie, kontroli co do publicznego zdrowia żadnej: choroba weneryczna rozkrzewia się coraz bardziej po całej prowincyi i zagląda do wiosek poza gościńcami głównymi będących, ospa zabiera nam połowę dzieci, krwi upusty wykonywane przez pokątnych doradców niszczą siły ciemnego kmiecia i tak zmęczonego naddatkiem pracy, przeciw chorobom panującym nagminnie nie przedsięwierzemy środków zaradczych, — słowem kwestya służby lekarskiej publicznej wymaga rdzennnej reorganizacyi.

Statystyka szpitalów rządowych w gubernii z roku 1861. jest następująca:

Miejski w Kamieńcu łóżek 110,

chorych	1,032	(490 m.	542 k.)
— infirmerya dla obłąkan.	94	(44 —	50 —)
w Płoskirowie łóżek 15, ch.	279	(260 —	19 —)
w Latyczowie — 10 —	354	(303 —	51 —)
w Litynie — 20 —	413	(356 —	57 —)
w Winnicy — 25 —	388	(336 —	52 —)
w Braclawiu — 30 —	187	(170 —	17 —)
w Olgopolu — 24 —	245	(231 —	14 —)
w Hajsynie — 10 —	261	(209 —	52 —)
w Bałcie — 80 —	451	(389 —	62 —)
w Mohylowie — 60 —	337	(303 —	34 —)

w Jampclu łózek 10, ch. 411 (403 m. 8 k.)
 w Litniowcach — 15, — 199 (191 — 8 —)

Razem szpitalów rządowych 12 o 410 łózkach, w których leczono 4,601 ch. (3,635 m. 966 k.); wszystkie one urządzone są nie odpowiednio dzisiejszym wymaganiom jak pod względem higieny i dietetyki, tak pod względem nauki: bo najprzód wcale się nie zwraca uwagi na miejsce najdogodniejsze dla szpitala, który zwykle nie posiada własnego domu, ale raczej na dogodną i niską cenę; etat szpitalny jest bardzo ubogi, a i z tego ciągną korzyści drobni urzędnicy miejscowi, zajmujący urząd dozorców, pomimo najpilniejszego oka władzy wyższej jak administracyjnej, tak i lekarskiej. Plaga ta to zabytek czasów onych, kiedy wszystek zarząd miejscowy ciągnął zyski i budował sobie zarobek z łyżki strawy z ust nie ledwie choremu wydartej; — epoka takiego zarobkowania przeminęła bezpowrotnie, a jeżeli w szeregach naszych znajdują się jego zwolennicy, to albo z musu wyrzec się muszą dawnego rzemiosła, albo praktykują go skrycie.... toż i to dobrze, bo się ci panowie i boją i wstydzą; kradzież taka podobna jest do złodziejskiego figla wypłatanego w kąciку w czasie niebytności okradzonego, tamta zaś była rozbojem na publicznym gościńcu. — *Pod względem naukowym szpitale* nasze skąpo są uposażone: narzędzia chirurgiczne i sekcyjne w opłakanym stanie, o położniczych ani pomyślał kto, na niezbędnych środkach lekarskich zbywa zupełnie, bo formularz apteczny przed wielą potwierdzony laty wcale ich nie obejmuje, a wcisnąć się doń nowemu środkowi lekarskiemu daleko trudniej, niżeli zdobyć sobie krzesło w Akademii czterdziestu nieśmiertelnych, trudniej, niżeli przed półtora wiekiem w Polsce było zdobyć szlachectwo. Szpitale nadto

nie mają łaźni, ogrodów do przechadzki letniej, często wody żadnej nie mają: — słowem, nie znajduję w innych państwach tak niskiej skali, według której mógłbym zmierzyć ujemną stronę naszych leczniczych zakładów. Szpital jeszcze miejski Kamieniecki wyżej stoi od innych, ma tę jednak niedogodność, że w najniezdrowszym zakątku jest umieszczony. Mamy tu nadto szpital wojskowy na 300 łóżek w dawnym budynku, sięgającym początku zeszłego wieku, rozlokowany; więzienny o 30 łóżkach—wilgotny, ciemny, wieczna załoga gnilca i durzycy; nadto należący do gminy izraelskiej o 45 łóżkach (prywatna ofiara), postawiony na miejscu najwyższej wzniesioném, wcale nie przeludnioném, okolony ogrodem, zaopatrzony w potrzebne środki lekarskie (dostarcza ich prywatna apteka), może w najszcześniejszych warunkach się znajduje. Na prowincyi są dwa szpitale należące do gminy żydowskiej, w Mohylowie łóżek 25, w Bałcie łóżek 50 i rządowy należący do Izby dóbr państwa w Murafie o 15 łóżkach (w warunkach dobrych higienicznych, ale za to na środkach lekarskich mu zbywa). Razem więc z przytuliskiem łóżek 1,015 czyli 1 na 1,758 mieszkańców, nie wiele, wszak prawda? a co gorzej, nieprzystępne dla ogółu biednego, który najwięcej opieki szpitalnej potrzebuje, — nieprzystępne, bo wysoką opłatę wnieść potrzeba, by zostać tam przyjętym, bez pieniędzy zaś mogą tylko wstępować ludzie mający pewne kwalifikacye, więc urzędnicy, dymisyonowani oficerowie, weterani miejscowi, urlopnicy, a w niektórych cudzoziemcy goszczący tu za paszportami. O gminnych szpitalach wcale dotąd nie pomyślano i wątpię, czy się one prędko urządzą, chyba je jaka wielka epidemia powoła do bytu, — i wtedy dopiero kosztem strat wielkich

pozostali włościanie okupią opiekę lekarską; mówię że wielkiej epidemii, bo mała prześliznie się niepostrzeżona, lud bo ten umierać umie, nie skarżąc się wcale, — *tak sądzono* — odpowie ci na wszystko, oto argument, którego w jego przekonaniu, nie zbiją żadne dowodzenia.

L e k a r z y rządowych, prywatnych i wojskową pełniących służbę liczy Podole (r. 1861) 171, przypada więc 1 na 10,529 mieszkańców, na pozór liczba na 1 lekarza przypadająca nader znaczna; wymażmy jednak z niej wszystkie klasy oprócz szlachty, urzędników, izraelitów i wojska, a stosunek ten znacznie się zmniejszy, przypadnie bowiem 1 lekarz na 1,751 osób. Na przeludnienie lekarzami skarżyć się nie możemy obecnie, jeżeli weźmiemy na uwagę, że w Niemczech lekarz 1 przypada na 500 mieszkańców (w Kamieńcu nawet, gdzie ich jest stosunkowo więcej, 1 wypada na 876 osób). *Weterynarzy* liczy gubernia 4, *dentystę* 1, *aptek* 51 (urządzonych podług regulaminu przyjętego i w Polsce kongresowej); są to liczby, nad którymi się zastanawiać nie będziemy.

F e l c z e r ó w, tak zwanych majstrów i uczniów, jest tylko 341 (1 na 5,247). Są u nas wprawdzie ludzie noszący miano *chirurgów*, niemający na to żadnych kwalifikacyj, ex-lokaje to doktorscy, czasem znachorowie przybierają takie nazwisko, a bywało i tak (do 1860. r.), że z rozkazu pana chłopak kredensowy nie umiejący należycie pełnić służby zostawał felczerem, — nauczywszy się krew' puszczać i ospę szczepić, na dobre już zabierał się do praktyki, alez takich samouków ciemnych nie możemy wciągać do kategorii ludzi obeznanych choć w części z nauką lekarską — i może jeden z największych

zarzutów czynionych przez nas terażniejszej organizacyi zarządu lekarskiego jest ten, że zostawia bez kontroli chirurgów, nie karci wykroczeń, a przecie wykroczenia te niekiedy śmierć powodowują, a ludowi dziwić się nie trzeba, że, bojąc się lekarzy, *jako panów*, chętniej lgnie do doktorów z łona jego wyszłych. Dotąd felczerstwo było u nas spekulacyą podniesioną niekiedy do zdzierstwa i matactwa; starajmy się, by się ono zamieniło w powołanie: a jeżeli na takiej wysokości felczerów naszych wiejskich i małomiejskich postawić nie możemy, to przestrzegajmy przynajmniej, by uważali oni służbę jako obowiązek a nie źródło zarobków, częstokroć nie bardzo godziwych.

Inaczej się rzecz ma z *akuszerkami i babkami wiejskimi*: pierwszych jest w gubernii 24, pełnią one służbę przy położnicach bogatych, więc o nich tu nie mówić nie potrzebujemy; zostając bowiem ciągle pod kontrolą lekarza, dopuścić się nadużycia nie mogą. Babki wiejskie przedewszystkiēm nas obchodzą, a mamy tylko pod ręką spis ich z jednego Olgopolskiego powiatu: liczono tam w 1861. roku kobiet zajmujących się sztuką położniczą 189, a że porodów w tym powiecie przypadło 7,368, na 1 więc babkę wiejską 39 rocznie, — liczba nie wielka, jeżeli sobie przypomnimy jeszcze, że nasze włościanki skracają czas połogowy do 1 a najwięcej do 2 tygodni; ale z drugiej strony babki te to uosobiony przesąd i ciemnota, dopuszczają się one w dobrej wierze nadużyć przy połogach, o jakich się wam nawet nie zamarzyło.

Z tego więc, cośmy tu wyżej pokrótce nadmienili, widoczną jest rzeczą, że służba publiczna lekarska wymaga zupełnej zmiany: system centralizacyi i biórokra-

tycznej zależności posad lekarzy powiatowych i miastowych od gubernialnego zarządu lekarskiego i od policyi miejscowej wpływa na to skrzepowanie działalności; lekarz bowiem chcący przedsięwziąć jaką pracę, mającą na celu zdrowie publiczne, musi wprzód odwoływać się do władzy, pisać dużo prośb i projektów, a odpowiedź—choćby przyzwalająca—przychodzi ledwie wkilka miesięcy, kiedy dany projekt już nie jest na czasie i przyczyzna, która go pobudziła do życia, już nie egzystuje;—z tą zniechęcenie, opuszczanie rąk, dające się postrzegać w ludziach sumiennych, energicznych, ogrzanych najlepszymi chęciami. Leczenie w szpitalach rządowych także jest utrudnione: apteczki przy nich będące zaopatrują się w środki lekarskie w składzie centralnym w Łubnach (gub. Charkowska), środków tych niezwykle małą ilość posiada każda apteka, w przypadku więc choćby nagminnie panującej zimnicy, trzeba posyłać tam prośbę o siarczan chininy, a posyłać z pewnemi formalnościami; w szczęśliwym więc razie lekarstwo z tamąd przychodzi we cztery miesiące po zażądaniu. Z tą taką śmiertelność w szpitalach naszych (złe warunki higieniczne, dietetyczne, brak lekarstw),—większa niż w Paryżu, chociaż pierwsze znajdują się w nie tak złych warunkach higienicznych, jak ostatnie(?) Na szczęście nie my pierwsi podnosimy głos w sprawie nieodpowiedniego urządzenia służby lekarskiej, prasa rosyjska już od roku poruszyła tę kwestyą, a dziś pociesza nas nadzieja, że zmiany zbawienne w tym względzie nastąpią bardzo prędko.

Co do Podola pod względem lekarskim, nie jedna krzycząca potrzeba jest obecnie na czasie, a *Towarzystwo lekarzy podolskich* na posiedzeniach swych niejednokrotnie dyskutowało o nich; skutkiem tego następu-

jące *projekta* wypracowane zostały przez członków związanych w komitet z grona jego wysadzony, mianowicie: 1. *Projekt szkoły felczerów* (podany przez p. Leona K o w a l s k i e g o). 2. *Projekt szkoły akuszerok wiejskich* (podany przez p. S t a r c o w a, zredagowany ostatecznie przez p. A ł. K r e m e r a). 3. *Projekt urzęduzenia służby lekarskiej po gminach* (podany przez p. Władysława Godlewskiego) i 4. *O potrzebie zakładu leczniczego i ochronnego dla umysłowo cierpiących* (podany przez p. Oraczewskiego); projekta 1. i 4. upaść musiały, bo z wielkimi kosztami są połączone; projekta 2. i 3. podane zostały p. Marszałkowi gubernialnemu z prośbą o wyjednanie funduszu u posiadaczy ziemskich dla ich urzeczywistnienia --Zmiana w stosunkach włościańskich, zajęcie się Marszałków ważniejszymi niecierpiącymi zwłoki sprawami, nareszcie niespodziany wyjazd ich do Petersburga, — wszystko to uniedoleźniło żądania Towarzystwa lekarzy podolskich, i kwestyą tę może na długo zatrzymało na miejscu.

(Część II. nastąpi).

Uwaga do str. 402. w. 13. „*Choroby właściwe mefityzmowi roślinnemu.... jakoto biegunka, czerwotka, gnilec, puchliny i przedewszystkiem zimnice*“ Wszystkich tych chorób warunki są tak złożone, że w żaden sposób nie podobna ich wyprowadzać wyłącznie od wpływu roślin gnijących, a nawet przy powstawaniu niektórych z nich wpływ takiego mefityzmu jest całkiem wątpliwy.

Sprawozdanie

z czynności Kliniki chirurgicznój

przy C. K. Warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznój
w roku 1860/61.

Skreślił Profesor Kliniki chirurgicznój Dr. Al. Le Brun,
Lekarz Naczelny Szpitala Dzieciątka Jezus.

Jeżeli pierwszy rok otwarcia Kliniki naszój, z którego już zdaliśmy sprawę (1), ważnym był w rozwoju naszój Akademii, to bez wątpienia drugi rok jój istnienia, jako uzupełniający wykształcenie studentów na praktycznych lekarzy, ważniejsze jeszcze zajmuje stanowisko. Takich studentów kończących kurs nauk lekarskich mieliśmy 29, a studentów kursu 4go rozpoczynających naukę kliniczną było przeszło 40. Mielliśmy zatem pomiędzy słuchaczami naszemi świeżych i dawniejszych, mniej i więcej wykształconych; ci ostatni już mieli sobie przez cały rok powierzonych chorych, których pod naszym kierunkiem leczyli, opatrywali, a nawet wykonywali na nich niektóre operacye chirurgiczne.

(1) Pam. Tow. Lek. Warsz., Tom XLVIII, str. 7, 77 i 277.

Nie potrzebuję tu rozwodzić się nad tém, jakim sposobem odbywałem mój wykład kliniczny, i jakie zasady mu przewodniczyły, bo już pod tym względem w pierwszym sprawozdaniu zrobiłem moje wyznanie. Powiem tylko, że nie odstąpiłem od tych zasad, które głównie dążyły do wskazywania studentom drogi praktycznego badania chorych i praktycznego zapatrywania się na choroby, które uczyły widzenia tego, co jest, bez łudzenia się tém, co być może. Krótko mówiąc, starałem się wskazać uczniom moim najpewniejsze sposoby poznawania chorób i dać im poznać najlepsze środki do ich zwalczania, nie spuszczając nigdy z uwagi głównego przeznaczenia lekarza, to jest: by był stróżem zdrowia i pomocą w chorobach.

W sprawozdaniu tém zachowam, o ile się da, ten sam porządek, co w przeszłoroczném, a zatém mówić będę o formach chorób najczęściej wydarzających się, a następnie zajmę się szczególnymi przypadkami. Tym sposobem w obu tych sprawozdaniach wynalezienie tych samych przedmiotów będzie łatwém, a osnowa ich i praktyczna wartość większe rozmiary przybierze. Dodać tu jeszcze muszę, że sprawozdanie niniejsze jest tylko streszczeniem ważniejszych przypadków klinicznych z krytycznym na nie poglądem; bo gdyby zamienić się miało na sprawozdanie zupełne, potrzebowalibyśmy powiększyć je historyami ważniejszych przypadków opisanych przez kandydatów; a są pomiędzy nimi prawdziwie zasługujące na ich ogłoszenie, nie tylko dla ich wewnętrznej wartości ale i dla tego, żeby dać poznać uzdatnienie i wykształcenie naukowe naszych przyszłych młodych współpracowników w praktycznym zawodzie. O każdej z tych prac kandydatów zamieściłem w tém sprawozdaniu

wzmiankę, ile że prace te posłużyły mi do ściślejszego uzupełnienia mojej.

Klinika chirurgiczna otwartą już została w dniu 4. października 1861. r., a zatem znacznie wcześniej, niż w pierwszym roku jej założenia. Zamknięcie Kliniki nastąpiło 16. lipca 1862. r. W ciągu tego czasu leczono 139 chorych, to jest 76 mężczyzn i 63 kobiet. Na chorych tych wykonano 103 operacyj chirurgicznych, których szczegółowy wykaz poniżej podamy. Z liczby ogólnej chorych wyzdrowiało 125, licząc w to 16 chorych przy zamknięciu Kliniki do sal szpitalnych przeniesionych, którzy wszyscy prawie byli na drodze blizkiego wyzdrowienia. Straciliśmy chorych 23, to jest 8 mężczyzn i 15 kobiet, a z tych umarło po operacjach 12, to jest mężczyzn 4, kobiet 8. Amputacye, których w upłynionym roku była znaczna liczba, przyczyniły się niemało do powiększenia stosunku śmiertelności.

Chorzy ci przepędzili dni szpitalnych 4800, a zatem przecięciowo wypada na chorego dni 34.

Możeby komu zdawać się mogło, że liczba chorych na 10-miesięczny czas była za małą, stosunek śmiertelności za wielki, a przecięciowo pobyt chorych w Klinice za długi. Na to odpowiadamy w kilku wyrazach: że sale kliniczne dla kształcenia lekarzy przeznaczone nie mogą ani pod względem liczby chorych w nich leczonych, ani pod względem śmiertelności na nie przypadającej iść w porównanie ze szpitalami zwyczajnemi, bo do kliniki wybieramy najciężej chorych, złe rokowanie przedstawiających, szukamy dla niej przypadków wymagających większych operacyj chirurgicznych, a zatem zawsze wątpliwych. Jakoż w roku zeszłym odwołaliśmy się do lekarzy całego kraju, by nam do Kliniki tego rodzaju cho-

rych nadsyłałi, i nie zbywało nam na nich; a nie dziwnego, że chorzy po operacjach chirurgicznych dłużej w salach klinicznych pozostawać muszą i że wypadki smutne częściej się pomiędzy nimi wydarzają.

Rozszerzyliśmy jeszcze w roku drugim czynność naszej Kliniki przez tak zwane *ambulatorium kliniczne*. Liczba chorych leczona w tém ambulatorium była dotąd mała, bo ograniczyła się na stu. Jednakże pomiędzy nimi mieli studenci sposobność widzenia niemało ciekawych, a dla nich całkiem nowych przypadków chirurgicznych. W *ambulatorium* tém prowadzonym przez p. Dr. Korzeniowskiego, wykonano kilkanaście mniejszych operacyj chirurgicznych, a między nimi dentystrycznych, nastawiano nie mało różnego rodzaju zwichnień. Było to zatem z prawdziwą korzyścią dla studentów i stawilo im przed oczy przypadki częstsze, w których niezwłoczna pomoc chirurgiczna wymaganą bywa od lekarza, od której zatem nigdy niezajomością wymawiać się nie może. Prócz studentów Akademii uczęszczało na naszą Klinikę w różnych czasach kilku lekarzy cywilnych i wojskowych i odwiedzili ją Dr. Dubowiecki Prezydent Akademii medycznej w Moskwie i Dr. Langbeck Prof. kliniki chirurgicznej w Berlinie, który nawet w czasie swój wizyty zrobił operacją przerostu wargi górnej (*hypertrophia labii superioris*) w celu nadania jej kształtu należnego. O tej chorój jeszcze niżej pomówimy.

Zaczém przystąpimy do szczegółowego opisu niektórych form chorób i pojedynczych ważniejszych przypadków i działań chirurgicznych, podamy wykaz liczbowy chorób w ciągu tego roku klinicznego leczonych. Uporządkujemy je w ogólnych grupach, a przy późniejszych

uwagach wybierzemy z każdej grupy przypadki na szczególną uwagę zasługujące czyto dla choroby samej, czy dla operacji przez nią wskazanej. Otoż chorobami temi były:

	Meż.	Kob.	Razem.
1. Zapalenia skóry, tkanki łącznej i ropnie	7	14	21
2. Odmrożenia i oparzelizny	3	3	6
3. Rany różnego rodzaju	9	6	15
4. Wrzody różnego rodzaju	5	2	7
5. Złamania różnych kości, same lub w połączeniu ze zwichnieniem albo zranieniem części miękkich	14	7	21
6. Choroby kości	9	6	15
7. Choroby stawów	4	3	7
8. Choroby dróg moczowych	4	—	4
9. Choroby części płciowych	10	1	11
10. Guzy różnego rodzaju złej i dobrej natury	5	16	21
11. Choroby przewodu trawienia	5	5	10
12. Wady ukształcenia	2	—	2
	<hr/>		
	Razem	76	63 139

Zapalenia różowe skóry na początku wykazu powyższego umieszczone ścigały się głównie do tak zwanych zapaleń traumatycznych, z gwałtów zewnętrznych lub po operacjach chirurgicznych wydarzających się. Ostatnie ograniczały się na samą skórę, po dniach 2 lub 3 po operacji czerwonosć różowa okazywała się przy brzegach rany i albo posuwała się po skórze, oddalając się od rany, albo w miarę posuwania się opuszczała miejsce poprzednio zajęte. Były to rzadkie przypadki po operacjach i należały do powikłań łagodnych, które przemijały

szczęśliwie przy użyciu środków wypróżniających i opatrywań suchych i ciepłych za pomocą waty.

Gorszy brały kierunek zapalenia skóry w połączeniu z *zapaleniem tkanki łącznej* (phlegmone simpl. et diffusum), a właśnie z tą formą choroby mieliśmy często do walczenia. Środki zwykle w tych razach zalecane do zniesienia zapalenia lub rozejścia się jego dążące, jakoto zrazu umiarkowany przycisk, wezykatorya, wcieranie tłuszczu, wcieranie maści szarój, okłady aromatyczne i t. p. nie zawsze prowadziły do celu. Zwracam tu uwagę na korzyść z wezykatoryj na początku choroby bezpośrednio na miejsce zapalenia przykładanych i powtarzanych niekiedy dwa razy lub więcej na témże samém miejscu. Mieliśmy w roku tym piękny tego przykład u pewnego chorego z zapaleniem tkanki podskórnej na szyi, zagrażającym choremu zaduszeniem. Pod wezykatoryami ustąpiło niebezpieczeństwo i z wolna zapalenie rozeszło się prawie zupełnie, bo ograniczyło się na małym ropniu. (Hist. chor. Nr. 67. p. Za w a d z k i e g o). — Przy mocnym naprężeniu skóry i oznakach zebranój, pod nią ropy, śmiałe i głębokie jój przecięcia i podskórnego rozciągnięcia, pomimo zniesionego naprężenia i danego ujścia ropienie zawsze odnosiły nad chorobą zwycięstwo. Zapalenie szerzyło się głębiej niszczyło tkankę łączną, mięśnie, a nawet i na ścięgacze, więzy, przykostną i kości rozpościerało swój ogień niszczący, przeistaczając je w zgorzelinę. Ciekawą, rzadką i prawdziwie nauczającą historią tego rodzaju opisał starannie Kandydat W i t k o w s k i (Nr. 59). Przedmiotem opisu tego była 16-letnia dziewczyna, która po skaleczeniu się szkłem w rękę, chociaż takowe niezwłocznie wydobyto, dostała jednak zapalenia skóry i tkanki podskórnej ręki

tak złośliwego, że pomimo najstaranniejszego ratunku, śmiałych cięć, troskliwego wyprowadzenia ropy, gdzie tylko się okazała, — niepodobna było wstrzymać postępu zniszczenia. Po przejściu ręki w zgorzelinę, zapalenie poszło na przedramię, dalej na łokieć, na ramię, prawie jednocześnie części zapalone rażone zgorzeliną obumierały. Obok codziennie upadających sił chorój ani podobna było czekać na odznaczenie się linii granicznej między częściami obumarłymi i żyjącymi; przyspieszyliśmy zatem odjęcie zniszczonych części w górnej trzeciej części ramienia. Operacja ta nie zdołała uratować téj młodej dziewczycy, która, jak sekeya pośmiertna wykryła, umarła skutkiem zakażenia organizmu ropą (pyaemia). — Jak dalece głębokie zapalenia tkanki łącznej rozszerzają się na sąsiednie organa, a nawet kości razić mogą, mieliśmy tego smutny przykład na 16-letnim chłopcu, który, spadłszy z drzewa, tak silnie stłukł sobie udo i kolano, że już podnieść się nie mógł. Powstało ztąd zapalenie skóry i tkanki łącznej całego uda. Lekarz w kilka dni przywołany znalazł już masę ropy pluskającej pod skórą, upuścił ją w kilku miejscach. Było to już za późno, ropa drążyła już po całym udzie, odkleiła przykostną i obnażyła kość udową w znacznej przestrzeni. W takim stanie przyprowadzony chorego do kliniki — tylko w amputacyi lub wyluszczeniu uda mógł szukać ocalenia. Rodzice i sam chorey oparli się temu stanowczo. Przy dalszém śledzeniu tego chorego, gdy już po odpływie ropy udo znacznie ścieńczało, okazała się szczególna nieforemność kolana, które sterczało pod kątem dość ostrym. Trudno było przekonać się czy kość udowa była złamaną w dolnym końcu lub też, czy tylko kłykiec jój oderwał się od całości. Po śmierci chorego nie mogliśmy wątpliwości téj rozstrzygnąć bo nie

dozwolono sekcji. (Hist. chor. N. 51 b. Kand. p. S t ę p n i e w s k i).

P. St. S n i a d k o w s k i miał pod swoją opieką młodą i silną wyrobnicę, która bez wyraźnej przyczyny, jednak jak się zdaje skutkiem zbytecznego wysilenia nogi, dostała zapalenia na jój grzbiecie, które szybko przeszło w zgorzelinę, zniszczyło skórę na całym grzbiecie nogi na dolnej i bocznej części goleni poza kostki, na grzbiecie palców i zapuściwszy się w głąb', posunęło się aż do więzów kości i pokrywającej ją błony, przyczém ścięgna zginaczy palców na grzbiecie nogi przebiegające poodzielały się. Leczenie stosowne pobudzające i anti-septyczne, zaledwie zdołało położyć tamę tak szerzącemu się zniszczeniu. Przy oczyszczaniu i odżywianiu się uszkodzonych części dostrzegliśmy z pociechą, że więzy stawowe pozostały w całości; stosowném opatrzeniem staraliśmy się unosić opadającą stopę pozbawioną wstrzymujących ją ścięgien, by tym sposobem, przy następném zabliznianiu się powierzchni grzbietowej stopy, pozyskać ile możności bliznę ścisłą, grubą, zdolną choć w części opierać się zbytecznemu opuszczeniu się stopy. Chora ta wyzdrowiała zupełnie, lecz stosowny przyrząd stopę utrzymujący będzie dla niój niezbędnie potrzebny do ułatwienia chodu. (Hist. ch. N. 42).

Przypadek rzadki, do oznaczenia stanowczego natury choroby trudny, a tém samém więcej nauczający przedstawiła nam 30-letnia ciężarna kobieta, która przybyła do kliniki naszej z golenią prawą w dwojnásób grubszą od lewej. Skóra ją pokrywająca była zgrubiałą, twardą, miejscami zaczerwienioną, pofałdowaną, wyraźnie wejrzemienię stonowej nogi przedstawiającą. Chora nie czuła wyraźnego bólu w tak przeistoczonej części,

Pam. T. L. W. Tom XLIX.

chyba za mocniejszym naciskiem ręką; pod naciskiem palcami, skóra ustępowała z trudnością bez pozostawiania dołka. Stan ogólny téj choréj nie był zadawalniający, przedstawiała symptomata nieładu gastrycznego, a obok tego była w 8. miesiącu ciąży. Co do czynności kończyny chorobą dotkniętej, ta była tylko utrudnioną, chora bowiem mogła poruszać stopą, zginać kolano i, chociaż z trudnością, stawać na nogę i postępować na nią. Jak już wspomniałem, zbywało nam w tym przypadku na oznakach stanowczo chorobę określić zdolnych. Z wejrzenia można było najwłaściwiej nazwać ją *elephantiasis*. Z przebiegu i opisu jéj sposobu powstawania i rozwijania się, udzielonego przez chorą, mianowicie mając wzgląd na dreszcze, które często objawiać się miały, uważać ją było można za chroniczne zapalenie naczyń limfatycznych i taką też jéj diagnozę zrobił Kandydat p. Wszebör. Atoli tego rodzaju przypuszczenia rzucały słabe światło na naturę choroby i nie dawały nam żadnych pewnych wskazówek do jéj leczenia. Trzeba było zatem szukać ogólnych wskazań na praktycznym polu. Po usunięciu powikłań gastrycznych stosownymi środkami, zadaniem naszym było podwyższyć czynność naczyń włoskowych skóry, by tym sposobem rozmiękczyć ją, ożywić niejako i wprowadzić w ruch krew' w nią zatrzymaną. Wecierania pobudzające, połączone z naciskiem umiarkowanym, stopniowo podwyższanym, uważaliśmy tu za najwłaściwsze. Założyliśmy zatem na tak zgrubiałą goleń opaskę naciskającą. Już po 3ch dniach obwód goleni tak dalece zmniejszył się, że ponad kostkami ubyło 4, a w środku łytki 3½ centymetrów. Atoli polepszenie to krótko trwało; odezwały się po dniach kilku dreszcze z gorączką, goleń zacierwieniła się, ból

w niej powiększył się; wszystko to kazało nam domyślać się wewnętrznego ropienia w łytce, co też po dniach kilku stało się jawném, gdy pluskotanie wykryło nam obecność ropy. Skóra, poprzednio zgrubiała, scieńczała i w kilku punktach sama przepękała. Dalsze leczenie téj chorój zasadało się na podtrzymywaniu jój sił i na wyprowadzaniu ropy obficie zbierającej się pod skórą łytki i w tkance łącznej. Otwory, przeciwotwory, dreny przez nie przeprowadzone, nastrzykiwania odwaru chinu doprowadziły powierzchownie ropiejące do pożądanego stanu. W takimto stanie przypadł kres porodu i chora do Instytutu Położniczego klinicznego przeniesioną została.

Po szczęśliwie odbytym porodzie i położu miejscowe cierpienie w niczém się nie pogorszyło, a nawet przy codziennie zmniejszającej się objętości łytki i ilości odchodzącej ropy spodziewać się można, że chora odzyska całkowity użytek z nogi. Kandydat p. W s z e b o r opisał starannie ten przypadek (Hist. ch. N. 62) i rozwinął swoje myśli co do jego natury. My zamieszczamy go w liczbie przypadków chorób powikłanych, a zatém ciemnych, w których leczeniu tylko ogólne praktyczne wskazania i doświadczenie lekarzem powodować mogą. Przed rozpoczęciem leczenia téj choroby nie można było domyślać się, że już się ropa w łytce znajduje. Wprawdzie często powtarzające się dreszcze mogły dawać jój podejrzenie, lecz przy tak przeistoczonej zgrubiałej i twardej skórze goleni zdawało się rzeczą właściwszą w niej szukać siedliska choroby, tudzież w trudném krążeniu w niej krwi i limfy; ztąd domysły *lymphangoitidis* i *elephantiasis*, wsparte na zasadach naszych teoryj lekarskich, ale nie na praktycznych faktach. Nacisk, zaraz na początku wywarty na całą zgrubiałą goleń,

sprowadził zrazu polepszenie co do formy zewnętrznej choroby, ale prawdziwie dobry skutek z tego działania nacisku w tém się okazał, że, rozciągając się na tkanke głębiej pod skórą leżącą, przyspieszył w niej sprawę ropienia i prędsze zbliżenie się ropy do skóry.

Mieliśmy w zeszłym roku klinicznym jedną chorą kobietę z *czarną krostą* (pustula maligna) na lewym policzku; kobieta ta miała lat 33, była silnie zbudowana i zresztą zdrowa. Opowiadała nam, że przed kilkoma dniami kupiła od sąsiada mięso z wołu, który miał paść bez wyraźnej poprzedzającej choroby. Być zatém mogło, że wół ten miał chorobę karbunkułową i że mięso jego przez chorą naszą spożyte sprowadziło u niej tę chorobę. Okoliczność ta w obec już rozwiniętej choroby dała nam sposobność zastanowienia się nad naturą i sposobem powstawania czarnej krosty u ludzi. Przypomnieliśmy słuchaczom naszym, jak zdania autorów pod tym względem są niezgodne, szczególnie co do sposobu, jakim zaraza karbunkułowa przechodzi ze zwierząt na ludzi. Zdawałoby się, że u naszej chorój zjedzone mięso zarazę tę w organizmie rozwinęło, czego jednak dowieść byłoby trudno, gdyż jad karbunkułowy mógł być bezpośrednio przeniesiony z bydłęcia chorego na część ciała, na której czarna krostą powstała. W każdym razie mieli studenci sposobność dokładnego obserwowania téj postaci złośliwego gangrenowego zapalenia skóry we wszystkich jego okresach, aż do ostatecznego oddzielenia się strupa. Widzieli, jak gwałtowny odczyn gorączkowy towarzyszył temu cierpieniu, połączony z objawami nerwowemi i nagłym upadkiem sił. Chora ta szczęśliwie uleczoną została przy użyciu miejscowo środków drażniących dla ograniczenia gangreny, a na-

stępnie aromatycznych i rozmiękczejących dla przyspieszenia odpadnięcia ograniczonego już strupa. Opis téj choroby złożył nam p. Kandydat **Kulesza** (N. 22).

Odmrożenia i oparzelizny w różnym stopniu i w roku tym przedstawione były studentom klinicznym. Staraliśmy się głównie przekonać ich, jak w przypadkach tych potrzeba się uzbroić w wielką cierpliwość dla dojścia pomyślnego ukończenia téj choroby; że natura dobroczynna pracuje usilnie w tych chorobach nad odłączeniem części zgorzeliną dotkniętych, że tylko w rzadkich przypadkach postępowanie operacyjne doprowadza do prędszego ukończenia choroby. Pomiędzy choremi temi głównie zajmowały nas dwie młode kobiety, obie z odmrożeniem w najwyższym stopniu — u jednej palców nóg obu, u drugiej stóp całych. Pierwsza z tych chorych po 3ch-miesięcznym przeciągu czasu, wśród którego u obu nóg palce dobrowolnie oddzieliły się w stawach stopowych, przyszła do zupełnego zdrowia; druga zaś, u której odpadły obie stopy i zniszczenie gangrenowe posunęło się na goleń, z której sterczały obnażone kości, padła ofiarą téj strasznej niemocy. Chora ta, lat 30 mająca, budowy ciała niezbyt silnej, lecz zresztą zdrowa, odmroziła sobie obie nogi w miesiącu styczniu, a gdy przyszła do nas w końcu marca, już stopy obie odpadły i obnażone kości goleniowe i łytkowe sterczały. Chora ta już była wyniszczona na siłach, miała przed sobą jeszcze długą chorobę do przebycia trudną, a i w tym najpomyślniejszym razie wystawioną była na częste otwieranie się ran tak zabliźnionych pieńków i na chodzenie na szczydłach bardzo utrudnione z powodu długości pieńków.

Wśród takich okoliczności, dogadzając życzeniu choréj, postanowiliśmy przez odjęcie obu goleni skrócić niszczący chorą proces i jednocześnie pozyskać dla szczudeł dwa dobrze ukształcone pieńki, zabiżnić je należyte i zapobiedz ich otwieraniu się. Ponieważ obie golenie odjętemi być miały, zamierzyłem dla oszczędzenia dwoistego cierpienia choréj, wykonać operacyą tę jednocześnie na obu goleniach. Nie było to żadną próbą na téj choréj, bo już w praktyce mojej miałem dwukrotnie w podobnymże przypadku sposobność jednoczesnego odjęcia obu goleni i postępowanie to pomyślny skutek uwieńczył, a zatem i u téj choréj skłoniłem się do takiego działania. Przy pomocy chloroformu, Kandydaci pp. S t a n k i e w i c z i S t a n o pod kierunkiem moim wykonali tę operacyą. Jeden z nich zastosował do odjęcia goleni metodę kolistą, drugi płatową, mianowicie sposobem Sédillot'a. Główne czasy operacyi, przecięcie skóry, utworzenie płatów, przepiłowanie kości odbywały się jednocześnie na obu kończynach i operacye zupełnie w jednym czasie ukończone zostały. Chora nie przebudziła się aż po zatamowaniu krwotoku i po opatrzeniu na łoże złożoną została. Przez dni kilka rzeczy szły pomyślnie, później jednak gorszą przybrały postać, zwłaszcza na pieńku z płatem; płat ten nie zrosł się ze skórą, odpadł własnym ciężarem, odkrywając ogromną ranę ropą złéj natury pokrytą. Ropa stawała się co dzień gorszą, posokowatą, smierdzącą, zatrzuwała organizm i pociągnęła za sobą utratę życia téj nieszczęśliwéj choréj.— Możemyż pozostawić to spostrzeżenie bez zrobienia sobie zarzutu, że operacya wyraźnie zgon przyspieszyła? Chora pozostawiona siłom natury byłaby niez-

wodnie długo cierpiała, upadłaby jeszcze więcej na siłach, ale możeby jeszcze długo pożyła.

Niech jeszcze przykład ten posłuży nam za naukę, że jednoczesne odjęcie obu kończyn dolnych w goleni lubo w niektórych przypadkach, jak *np.* w gwałtach zewnątrznych, przy zgruchotaniu kości i t. d., może być usprawiedliwione, jednakże w przypadkach chorób chronicznych, odjęcie obu goleni wskazujących (jak u naszej chorój), rozsądniej może jest wykonać operacyą tę w dwóch czasach i wziąć się dopiero do odjęcia drugiej kończyny gdy już poprzednio odjęta jest blizką zabliznienia lub zablizniła się zupełnie. Zakończymy to spostrzeżenie jeszcze tą uwagą, że metoda kołowa przy odejmowaniu kończyn dolnych, ilekroć miejscowość wyraźnie temu nie stoi na zawadzie, zasługuje zawsze na pierwszeństwo przed metodą płatową. Widzieliśmy to wyraźnie na naszej chorój, która jeszcze po operacyi żyła dwa tygodnie, że pieńek po amputacyi kołowej miał zawsze lepsze wejrzenie i kształt, przedstawiał zawsze mniejszą ranę i spieszniej zmierzał ku zabliznieniu, niż pieńek po amputacyi płatowej. Ośmielimy się zatem i tu wyrzec, że gdyby u téj chorój obie amputacye sposobem kołowym wykonane były, bylibyśmy ją postawili w lepszych warunkach wyzdrowienia. (Historyą téj chorój złożył Kandydat p. Stankiewicz N. 47).

(Dalszy ciąg nastąpi).

WIADOMOŚCI ZAKRAJOWE

Kronika lekarska zagraniczna.

Przez Dr. Juliana Kulskiego, w Radomsku.

IV.

Treść: **1. Paryż. Akademia lekarska:** Dokończ. rozpraw o wodzie do picia. Początek rozwoju krowianki. Pierwiastki trujące w życicy (*lolum temulentum*). Czas trwania ruchu serca w stanie fizyologicznym. **2. Akademia umiejętności:** Dalsze badania nad powstawaniem ropnicy. Moczzenie inozytowe (*inosuria*). **3. Tow. med. praktyczne:** Wessanie rozczynów wodnych leków przez skórę. **4. Tow. lekarzy szpitali:** Samoistne powstawanie chorób wysypkowych. **5. Tow. chirurgiczne:** Przepuklina mózgowa. **6.** Jod jako odczynnik na cukier w moczu. **7. Londyn. Tow. położnicze:** Opadnięcie pęcherza moczowego jako przeszkoda przy porodzie. Owariotomia. Wyjęcie zupełne macicy i jajników. **8.** Obrzmienie torbielowe piersi. **9.** Faradyzacya, środek przy otruciu chloroformem. **10. Wiedeń. Tow. kolegium doktorskiego:** Zwichnienie wielkiego palca. Pochwała Kerna. **11. Turcja:** Wolność praktyki. **12. Ameryka:** Śmiertelność w armii. **13.** Poświęcenie lekarza. **14. Nekrologia:** Moquin Tandon.

Dnia 10. maja 1863. r.

1. „*Finis coronat opus*“ powiada dawne przysłowie, lecz przykro, że nie da się ono zastosować do rozpraw *Akademii lekarskiej*, nie tylko co się tyczy **wody do picia**, ale i innych ważnych przedmiotów, które najwięcej posiedzeń zabierają.

Ani pod względem umiejętno-naukowym, ani administracyjnym długa ta rozprawa nic nie rozstrzygnęła. Ostatni z mówców, sprawozdawca Komisyi, zakończył, że tak rzekę, quintessencją te przeciągłe mowy, wytykając mówcom ich krańcowe zdania i sprowadzając je, ile się dało zrobić, do rzeczywistój podstawy. Mowa ta, jedna z najlepszych, wyczerpuje przynajmniej w większej pełni, niż inne, przedmiot, bez osobistych docinków i ulubionych własnych zdań. Mówca zastanawia się najpierw nad czystością wody, którą za konieczny warunek dobroci uznaje, i że woda mętna jedynie przez cedzenie (filtrowanie) może być od przyczyn szkodliwie na zdrowie wpływających uwolnioną. Dalej, że ciepłota wody nie jest rzeczą obojętną, gdyż woda winna być świeżą, lubo nie zimną; jak też, że winna być należycie utlenioną, gdyż woda nie zawierająca powietrza jest niemila, obciążająca żołądek i przykra, a te przymioty już są dostatecznymi do zbitcia zdania pp. B o u c h a r d a t i R o b i n e t, którzy téj własności wody zupełnie nie oceniają. Że wody wapienne nie tylko nie są zdatne do picia, ale nawet do użytków domowych, raz strącając garbnikan wapna przy przygotowywaniu herbaty i kawy, dalej nie mogąc być użytymi do wyrobu piwa, barw, gotowania jarzyn, i w końcu, że wymaga dużo mydła, co dla klas biedniejszych z pewnością na kieszeń dobrze wpływać nie może. Zaprzecza dalej mówca wpływowi wody jodowej na wywieźywanie się wola (*struma*); przyznaje pod tym względem większy wpływ warunkom higienicznym, stawiając jako przykład: że gdy dwa szwadrony umieszczono w Riom, jeden w koszarach wilgotnych, a drugi w lepszych, pomimo że oba używały jednéj wody, pierwszy uległ woli epidemicznemu, gdy w drugim ani jednego przypadku nie było, i radzi, żeby pod tym względem wstrzymać się z wydawaniem zdania, gdy przyczynowość (aetiologia) zupełnie jest ciemną. W dalszym ciągu, że bezwarunkowo utrzymywać nie można, iż woda źródłana jest lepszą od rzecznej, gdy są dobre i złe wody źródłane, podobnie jak i rzeczne, i że kwestyą tę chemii do rozstrzygnięcia pozostawić potrzeba.—Jak łaskawy czytelnik z tego łatwo pozna, kwestya żywotna, czy lepiej miasta zaopatrywać wodą sprowadzaną za pomocą wodociągów,

lub też rzeczną cedzoną, pozostała nierozstrzygnięta; przynajmniej, że z mównicy akademickiej tego dowiedzieć się można było, o czém wrodzony smak już dawno wiedział, że należy pić wodę czystą, nie mętą, nie śmierdzącą, a ostatnia ta własność winna być przypominana, gdyż często wodę mętą pić musimy. Kwestya ta przeszło trzy miesiące poruszała wszystkie talenta wymowy, a mimo tego higiena nie dowiedziała się nic nowego, a strona administracyjna pozostała mrzonką. (L'Union méd. Nr. 37. 40. T. XVII).

Na tém samém posiedzeniu p. Bousquet zajął Akademią **początkiem krowianki** na skutek doświadczenia prof. weterynaryi w Tuluzie p. Lafosse, że, zaszczepiwszy krowie ropę wziętą z nogi końskiej w skutku choroby nazwanej „*eaux aux jambes*,” wywołał krosty zupełnie podobne do krowianki, z których szczepiąc dzieciom, otrzymywał najpiękniejszą ospę ochronną. Wiadomo, że nieśmiertelny Jenner już z tą myślą się nosił, że krowianka nie u krowy, ale u konia bierze początek. Chodzi o to, coby to była za choroba u koni, która dawałaby początek krowiance? Otoż pytanie to nie daje się jeszcze rozstrzygnąć. Z opisu rozpoznawczego pp. Lafosse, Leblanc, jak i p. Bousquet pokazuje się, że téj epizoocyi nie można podciągnąć pod kategorią choroby zwanéj „*eaux aux jambes*,” która według p. Reynal jest bardzo zagmatwaną w miarę okresu, stanu lub ukończenia w swych objawach, co jednakże nie przeszkadza, żeby dojść do jakiejś pewności, gdyby się okazało, że w początku jest wyraźnie krostkową; a zakończył swój odczyt następującemi wnioskami: 1) że choć Jenner doświadczalnie nie dowiódł, że krowianka poczyna się u konia, to przynajmniej wskazał tę drogę następcom; 2) że krowianka może powstawać i powstaje u krowy i konia bez różnicy; 3) że nie ma pewności co do choroby u koni, wywołującej krowiankę; 4) że ospa ma z krowianką największe podobieństwo (analogie). (Tamże Nr. 40).

P. Filhol, znakomity chemik z Tuluzy, przedstawił Akademii pracę co do **własności zjadliwych żyłcey dur-**

nicy (*lolium temulentum*). Chemikowi temu udało się odzielić dwa pierwiastki trujące, jeden sprawiający drgawki, drugi narkotyk; doświadczenia z temi pierwiastkami robione na zwierzętach z osobna wykazały ich szczegółowe działanie, jedynie koń im nie podlegał. Pod względem zaś policyjno-lekarskim praca ta miała tę ważną stronę, że skrobia (amylum) życiocy uważana pod drobnowidem jest wielokątną i w ten sposób domieszka jój w mące łatwo może być rozpoznana. (*Tamże* Nr. 43).

Ciekawém pod względem fizyologicznym było sprawozdanie p. Gavarret dotyczące doświadczeń pp. Chauveau i Marey, zapomocą których jecnocześnie i autograficznie otrzymali obraz **ruchów serca**, ich kształtu, mocy, trwania, a to wprowadzając do przysionków i komórek przez żyłę i tętnicę szyjne balony kauczukowe napełnione powietrzem, przy pomocy różnych przyrządów poruszających aparat autograficzny. Sprawozdawca z doświadczeń tych wykazał: że jednoczesność (*synchronismus*) w ruchach czynnych i biernych obu komórek jest bezwzględna, dalej czynne ruchy przysionków odbywają się w czasie ruchów biernych komórek i naprzemian. Wziąwszy za podstawę linie krzywe przy uderzaniu tętna 50 razy na minutę u konia, te wykazują, że ruch serca zaczyna się od skurczu (systole) przysionków. Kurczenie się ścian jest nagłe i trwa $\frac{1}{10}$ sekundy, poczem następuje zupełny rozkurcz trwający równie długo, a następną pauzę trwającą sekundę zajmuje bierne rozszerzenie przysionków krwią, którą żyły wlewają. Kurczenie komórki zaczyna się w chwili zupełnego rozwolnienia przysionków, ich nagłe kurczenie się trwa $\frac{5}{100}$ sekundy i utrzymuje się przez $\frac{35}{100}$ sekundy, a zatem wtedy, gdy przysionki stopniowo i biernie są rozszerzone przyływem krwi. Nagle kurczenie ustaje i następuje rozkurcz ścian komórki trwający $\frac{15}{100}$ sekundy. W pozostałych $\frac{15}{100}$ sekundy komórki są biernie rozszerzone przyływem krwi przez otwór przysionkowo-komórkowy, a rozszerzenie to przedłuża się przez pierwsze $\frac{2}{10}$ sekundy, odpowiadające kurczeniu i rozwolnieniu przysionka. Oprócz tego wykazali, że jednym z waż-

nych momentów powodujących uderzenie końca serca o ścianę piersi jest nagłe skurczenie ścian komórek; jako też, że praca komórek czynna jest cztery razy znaczniejszą, niż przysionków. W końcu p. Gavarret przytacza doświadczenia, za pomocą których przekonano się, że były robione w stanie fizyologicznym zwierząt pomimo zadanych obrażeń (?). To ostatnie trudnym jest do uwierzenia, pomimo twierdzenia autorów i komisji, w której imieniu p. Gavarret odczytał sprawozdanie. (*Tamże* Nr. 49).

2. W ostatnim przeglądzie wspomniałem o zapaleniu błon mózgowych ropiastym po przeniesieniu kilku kropel ropy u psa; w dalszym ciągu p. Flourens przedłożył *Akademii umiejętności*, że **po przeniesieniu kilku kropel ropy na opłucną** psa zdrowego, tenże po upływie trzydziestu godzin zdechł, a badanie pośmiertne wykazało podwójne zapalenie opłucnej ropiaste, tak, że obie jamy piersiowe były wypełnione ropą, w innych zaś narządach ropy nie znaleziono. Podobnie, przeniosłszy ropę do mięśni brzusznych psa zupełnie zdrowego, po śmierci nastąpniej we cztery dni znaleziono ogromne nasiąknięcie ropy pomiędzy różnymi mięśniami brzuszными; podobny skutek następował zaszczepiając niejako ropę u tego samego psa z jednego trzewa na drugie. Przy doświadczeniach tych jedno tylko nasuwa się pytanie, czy sama operacja bez przeniesienia ropy nie potrafiłaby zapalenia ropiastego wywołać, co jednakże szczególnie przy zaszczepieniu ropy w mięśnie brzuszne nie zdaje się prawdopodobnym, gdyż obrażenia tego tak znacznym nazwać nie można. (*Tamże* N. 35).

P. Kl. Bernard przedłożył dalej Akademii pracę p. Gallois o **moczeniu inozytowém**. Ostateczne wnioski tej pracy są następujące: że inozyt, należący do rodziny cukrów z powodu swego składu chemicznego (i), w stanie zdrowia nie

(1) Przypominamy to próbę Scherera na inozyt: Substancją śledzić się mającą z dodatkiem kwasu saletrzanego odparować na blaszce platy-

znajduje się w moczu, tylko przy pewnych zmianach patologicznych, jak to wykazali Cloëtt a, Lebert i Neukomm. Że moczówka cukrowa i inozytowa mogą istnieć jednocześnie, lubo jest to bardzo rzadkiem. Że nie ma pewnego stosunku pomiędzy cukrem a inozytem, jeżeli mocz oba ciała zawiera. Że napotykać inozyt w moczu białko zawierającym, trzeba pilnie szukać cukru, gdyż albo znajduje się, albo wkrótce się pojawi, lub też poprzednio znajdował się. Że inozyt nie znajduje się w moczu kobiet karmiących, lub też w moczach chorobowych z wyjątkiem moczówki cukrowej i zapalenia nerki białkowego (*nephritis albuminosa*) i to również w przebiegu tegoż ostrym, jak przeciągłym. Że wytwarzanie się inozytu zależy jedynie od cukrotwórczej czynności wątroby (*fonction glycogénique*), co potwierdza się doświadczeniem, iż, nakłuwając podstawę komórki czwartej, sztucznie wywołać można moczenie inozytowe, podobnie jak i cukrowe. W końcu, że moczenia inozytowego jako osobnej choroby uważać nie można, tylko jako objaw téjże. (*Tamże Nr. 38*).

3. Wessanie leków w roczynach wodnych zajmuje ciągle jeszcze posiedzenia *Towarzystwa medyko-praktycznego*; przedmiot ten, mający tyle praktycznej wagi, myślę, że nie znudzi czytelnika, jeżeli mu dalsze rozprawy przedłożę. P. Simonot, odróżnia trzy stronnictwa lekarzy pod tym względem, to jest: 1) opierających się na wessaniu wody, ale zaprzeczających wessania leków w roczynach wodnych, jakby na skutek niejakiego wyboru przez przyskórek, a mających za podstawę doświadczenia p. Homolle; 2) dalej nie przyjmujących zupełnie wessania i 3) przyjmujących wessanie, lubo warunki tegoż dokładnie nie są poznane. Ze swój strony p.

nowej niemal do suchości. Pozostałość, po dodaniu amoniaku i kropli roztworu chlorku wapenu (CaCl), ostrożnie do sucha odparowana, da piękną barwę różową. Prócz tego ciało to cechuje się następującymi znakami: roztwór wodny inozytu rozpuszcza woda tlenniku miedzi, nie redukując go jednak przy ogrzaniu; z drożdżami zetknięty nie fermentuje, a krystalizuje w tablice rombów albo przyzmy.

Red.

Simonot za podstawę do wessania płynów bierze dobrze znane prawa wnikania i przenikania przez błony zwierzęce dwóch płynów różnych i nkładania się tychże do równowagi; nie znając jednakże oddziaływania tkanki żywej trudną jest rzeczą prawa te zastosować do wessania, dopóki pewne dane wessania płynów i warunki, pod jakimi to następuje, nie będą doskonale znane. — Po zaprzeczeniu zupełném wessania przez p. Perrin, p. Trèves przytacza przybycie na ciężarze po wzięciu kąpieli, na co temuż p. Perrin przytoczył doświadczenia p. Delore przedłożone Towarzystwu lekarskiemu w Lyonie, że przybytek na ciężarze wynosił bardzo mało, bo tylko 45 gramów, co z pewnością zależy tylko od nasiąknięcia przyskórka, paznokci, włosów, a nie od wessania płynów do wewnątrz ustroju. Z doświadczeń tych okazało się, że 4.56 gramów włosów głowy zanurzone przez pół godziny w wodzie destylowanėj i po zwykłym następnie osuszeniu ważyły 5.56 grm., różnica zatem 1 grm., po mocniejszém wysuszeniu 5.16 grm., różnica 6 decigramów. Włosy zaś z części płciowych i piersi zanurzone w wodzie przez 5 godzin w ilości 2.058 grm. po zupełném wysuszeniu ważyły 2.55 grm., różnica 5 decigramów. Paznogciom 10, ważącym 2.08 grm., zanurzonym przez pół godziny przybyło na ciężarze 0,99 grm.; ciężar zaś przyskórka ręki ważącój 413 grm., umieszczonej przez pół godzinę w kąpieli rozczyunu jodku potasu, powiększył się o 2 grm. Rachując zatem wedle ostatniej danėj na cały ciężar ciała, toby powiększenie całego ciężaru wynosić powinno 314 grm. po półgodzinnėj kąpieli; co jednakże nie jest tak w istocie, — rachując że powierzchnia przyskórkowa nie jest odpowiednią powierzchni ręki, a oprócz tego paznogie tu odrachować wypada. Następnie tenże przytoczył doświadczenia p. Berne, że można było zanurzyć królika w kąpieli zawierającój duże ilości strychniny, bez żadnego skutku; podobnież po zanurzeniu w kąpieli letniėj, gdzie było rozpuszczonych 200 grm. jodku potasu. — P. Homolle, przypisując skórze własność wyboru, utrzymywał, że następuje wessanie wody, ale nie wessanie istot czynnych znajdujących się w rozpuszczeniu, a jako dowód stawiał powiększenie ilości, a zmniejszenie gęstości moczu i to w stosunku do trwa-

nia kąpeli: i tak po kąpeli alkalicznej na 36° C. mocz oddany może być kwaśny, gdy przy niższej ciepłocie i kąpeli zakwaszonej bywa alkalicznym, po kąpeli zaś zwyczajnej mocz bywa alkalicznym, obfitym i małego ciężaru właściwego, gdyż kąpiel sama przez się nie przeszkadza przeziwowi skórnemu, który zwiększać się może z ciepłotą kąpeli, a w ten sposób mocz stawać się może więcej kwaśnym, gatunkowo cięższym i być w mniejszej ilości wydzielanym.—P. Sichel radził być nadzwyczaj oględny pod względem wessania w ocenianiu spostrzeżeń rozstrzygających i nie tłómaczyć ich sobie w miarę naprzód postawionego zdania; dalej zaś, żeby przedsięwzięto badania z małemi ilościami części czynnych, gdyż znaczne dawki mogą zmieniać własności skóry, sam zaś przekonał się o skutku wessania czynników terapeutycznych zastosowując w kile (*sypphilis*) kąpiele sublimatowe, gdzie skóra była zupełnie wolną od owrzodzeń. (*Union méd.* Nr. 44).—Nie mogę przy téj sposobności pominąć doświadczeń p. R o s e n t h a l a, lekarza ordynującego w szpitalu ogólnym w Wiedniu, a umieszczonych w Tygodniku lekarskim wiedeńskim Nr. 14. 15, co się tyczy wessania przetworów jodowych w kąpeli. Doświadczenia te były robione z taką gorliwością i dokładnością, z takim uwzględnieniem zarzutów, że uważać je można za więcej stanowcze i choć w części tę zawiłą kwestyą rozstrzygające. Aby uniknąć zarzutu rozkładu jodku potasu we wannie drewnianej, brał kąpiele we wannie porcelanowej; potem przekonywał się w czasie brania kąpeli, czy jod wolny nie wywięzuje się, aby uniknąć zarzutu, że drogami oddechowemi dostał się do ciała; dalej umieszczał członek w kapie kauczukowej, którą po wyjściu z kąpeli i poprzedniem obmyciu zdejmował, a do prostnicy (*rectum*) nie zakładał ciała zatykającego, aby zwieracza nie osłabiać, ale zachowywał w kąpeli położenie poziome i ściągał zwieracza. Do kąpeli dodawał uncyą chemicznie czystego jodku potasu poprzednio rozpuszczonego w równéj ilości wody przekroplonej. Ciepłota kąpeli 26° R.; ciepłota w pokoju 18° R. Trwanie kąpeli godzina przy zupełnie zdrowej skórze. Tętno 84. We 3½ godziny po kąpeli oddany mocz najpierwszy, potem zbierał całą tegoż ilość

oddaną przez 24 godzin, dodawał nadmiar wodanu potażu i w łaźni wodnej parował tenże do gęstości syropu. Masę tę wymywał najprzód mocnym wyskokiem, potem po zagęszczeniu czystym wyskokiem i eterem, a po 24 godzinach otrzymany wyciąg rozpuszczał w wodzie. Przepędzony płyn alkaliczny zakwaszał kwasem siarczanym rozcieńczonym i dodawał świeży skrobiowy (krochmalowy) klejster, przyczem jednakże oddziaływanie na jod nie dało się dostrzegać. Dopiero dodawszy do szkiełka, w którym poprzednio roztwór skrobi się znajdował, nieco próby moczowej zakwaszonej kwasem siarczanym rozcieńczonym i trochę siarczku węgla i wodanu kwasu siarczanego, po zamieszaniu widać było opadające na dno kuleczki siarczku węgla z barwą niebieską, w krótkce łączyły się w kroplę ametystową, niebieską opaską obwiedzioną. Kroplę tę oddzieliwszy od moczu i poddawszy pod drobnowid, poznać można było wyraźnie owalne lub podłużne kształty skrobi jodowej. Autor tłumaczy w ten sposób to oddziaływanie jodu, że bardzo mała ilość tegoż znajdująca się w moczu nie ulega zwykłemu odczynowi i że dopiero siarczyk węgla, wessawszy jod niejako i skupiwszy go, oddziaływanie chemiczne ułatwia. Doświadczenia te rozjaśniają nieco zbyt zaciemniony błękit nie skrobi jodowej, ale tej gałęzi farmakodynamiki i upoważniają nas do przyjęcia zdania, że małe ilości części czynnych w wodzie rozpuszczonych przez zupełnie zdrową skórę wessane być mogą. Teorya, przeciwna w tym razie zasadom praktycznym, może z czasem ulegnie zmianom, a nieprzyjaciele wessania, o ile mnie się zdaje, po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu będą musieli odstąpić od swego zdania, zasadzającego się na wiadomości o anatomicznej budowie skóry, i oddać słuszność dawniejszym przekonaniom lekarskim o wsysaniu przez skórę.

4. W łonie *Towarzystwa lekarzy szpitalnych* p. Roger dał powód do zajmujących rozpraw **co do samoistnego początku chorób wysypkowych**, przytaczając zmiany anatomiczne w złośliwej płonnicy (scarlatina), która w trzecim dniu choroby śmiercią się ukończyła; gdy p. *Chauffard* wyraził zdanie,

że nagłe pokazywanie i rozszerzanie się tych epidemij zdawałoby się raczej zależeć od samoistnego powstawania, niż od zarazy; którego jednakże przyczyn dostatecznie nie znamy. Ze zdaniem tém zgadzał się p. R o g e r, gdyż w prywatnej praktyce często nie jest się w możności wykazać zarażenia, wpośród nawet panującej epidemii, co w końcu zmusza do przypuszczenia jakiegoś samoistnego wywiązania się; w dowód czego przytacza, iż lekarze weterynaryi okazali, że można sztucznie wywołać nosaciznę, a choć dowodów takich co do ospy i odry nie ma, to jednak fakta kliniczne zdają się na to naprowadzać. W końcu tenże wspomniał, że dwoje dzieci, nie wychodząc nawet z łóżka, zupełnie oddzielone dla odry, dostały krztuśca (*pertussis*), drugiej choroby zaraźliwej, — lubo nitki łączącej i tłómaczącej zarażenie zupełnie wysledzić nie było można, chyba przypuściwszy, że lekarz sam w czasie bardzo krótkim odwiedzin zarazę tam w swych sukniach przyniósł. (*Tamże* Nr. 48).

To samoistne powstawanie chorób wysypkowych ma wiele za sobą: w wielkich miastach można łatwiej przypuszczać trudność kontroli zarażenia się, ale w małych lub po wsiach można czasami z pewnością okazać, że pierwszy wypadek tylko samoistnie mógł powstać, gdyż nigdzie w około podobnej choroby nie ma, ani też nikt do domu nie przybył, ani nawet nie zatrzymywał się. Od takiego pierwszego wypadku łatwo się potem rozwój szerzenia śledzić daje, lubo niezawsze, bo zdarza się jeden wypadek, w parę tygodni drugi, pojedynczo zupełnie i potem dopiero nagle choroba rozszerza się; szczególnie podobny bieg uważałem przy epidemiach zapalenia błoniastego gardła i ospy, w które okolica nasza od kilku lat na nieszczęście obfitowała.

5. Ile trudności nasuwa się nieraz w rozpoznawaniu stanu chorobnego, chociaż rzecz wydaje się na pierwszy rzut oka lub przy oględzinach pośmiertnych nader prostą, i o ile ostrożność i oględność zawsze jest nam potrzebną, wykazuje nam następujący **przypadek przepukliny mózgowej** (*encephalocoele*) z kliniki p. D e p a u l. Dnia 15. listopada 1862. roku
Pam. T. L. W. Tom. XLIX.

urodzone dziecię płci męskiej przyniesiono w dniu 27. t. m. w stanie największego osłabienia, z twarzą bladą, zestarzałą i bardzo wychudłą. W okolicy czoło-nosowej znajdowało się obrzmienie zaokrąglone, kuliste, wielkości jaja kurzego, wrodzone, bez zmiany barwy skóry, która jednakże kilkakrotnie była w stanie zapalenia. Podstawa obrzmienia zwężona, swym środkiem odpowiada szwowi czoło-nosowemu i rozszerza się w górę na blisko 1 ½ centymetra, ku dołowi aż do płatek nosowych, ku bokom zaś aż do wewnętrznego kąta obu oczów. Jest ono miękkie, ciastowate, nierówne, z dwoma jądrami znaczniejszego stwardnienia, podzielonemi na drugorzędne jądra, a leżącemi w średnicy poprzecznej obrzmienia. Daje się ona łatwo uciskać palcem, ale natychmiast wraca do pierwotnej modły, lubo na jakiś czas pozostaje się dołek w miejscu uciśnięcia. Ani tętnienia, ani chełbotania dostrzedz nie można. W czasie krzyku dziecięcia guz staje się czerwonym i napęczonym, odprowadzić się nie daje; przy badaniu podstawy dostrzedz nie można żadnej zmiany szkieletu, ani też zrośnięcia; wydaje się, że obrzmienie nie łączy się z żadną sąsiednią jamą, a nawet zdaje się, iż pozwala zupełnie zmieniać miejsce i położenie i że jest zupełnie powierzchowném, nie bolesném, choć przy powolném ściskaniu guza między palcami — dziecię krzyczeé poczyną. Z powodu siedziby, p. D o l b e a u uważał obrzmienie to za przepuklinę mózgową, badanie jednakże cech tegoż i zdanie pana D e p a u l były przeciwne temu przypuszczeniu, gdyż w istocie nigdzie przedziurawienia kości wybadać nie było można, ani też ściany nie były cienkie i przezroczyste, jak to przy przepuklinach ma miejsce, ale były grube i twarde. Z tych powodów przyjęto, że to jest przerost tkanki podskórnej — włóknistej i łącznej — bez połączenia z wnętrzem czaszki. Stan dziecka szybko pogarszał się i dziecię umarło w nocy z 6. na 7. stycznia b. r. — *Ogłędziny pośmiertne* wykazały, że przedziurawienie czaszki znajdowało się w linii szwu czoło-nosowego po stronie prawej. Jama boczna prawa mózgu, napełniona znaczną ilością płynu surowiczego, przedłużała się do płatów czołowych i tyłogłowych. Spoidło największe (*corpus callosum*) wypchnięte w górę, ścięnczone, stanowiła

blaszka istoty nerwowej nadzwyczaj delikatna. Przedni koniec płatu czołowego tworzy przepuklinę przez otwór poczynający się na przedniej części blaszki sitowej na prawo grzebienia koguciego, kończąc się we szwie czoło-nosowym prawym; jama boczna nie przedłuża się w część przepuklinową mózgu, ale zatrzymuje się na 1 do 2 centymetrów poza otworem w czaszce. Obrzmienie zmniejszone, pomarszczone, wiotkie, jakby surowicą nasiąkłe, utworzone jest zewnętrznie z tkanki łącznej nacieklej płynami i utworami plastycznymi, miejscami stwardniałej, stanowiącej większą część obrzmienia. Tkanka ta komórkowa zawiera bardzo małą jamę surowiczą, w której znajdują się jądra budowy mózgowej, dające poznać resztki zwojów mózgowych. Jądra te tworzą dwie grupy, z których zewnętrzna zawiera dwa oddzielne jądra zrosłe ze ścianą jamy, wewnętrzna zaś jest złożoną z czterech do pięciu jąder połączonych ku tyłowi za pomocą szypułki z częścią przednią płatu czołowego prawego. Obrzmienie miało 12 centymetrów obwodu u podstawy, 13 centymetrów w części środkowej, a 9 od szczytu do podstawy. Było to zatem obrzmienie nie dające się odprowadzić, posiadające znaki przepukliny mózgowej, a różniące się od téjże znaczną grubością ścian, w których nic wynaleść nie było można, coby za życia spostrzegane liczne jądra wytlómaczyć mogło. — P. Guersant przedstawił podobne obrzmienie członkom Towarzystwa chirurgicznego, zajmujące kąt wewnętrzny oka, gdzie czuć można było tętnienie, jednakże to ostatnie nie może służyć jako znak rozpoznawczy przepukliny mózgowej, gdyż mogą je znieść grubość ścian lub małość szypułki; na co p. Blot przytoczył, że widział większe obrzmienie, niż przedstawione obecnie przez p. Dolbeau, ze ścianami cienkimi, a w którym również tętnienia czuć nie było można. Wypadki te, choć ostatnie tylko przez autorów nadmienione, wykazują, że przepuklina mózgowa zdarza się nie tak bardzo rzadko, jak to *Vidal de Cassis* (1) utrzymuje, który

(1) *Vidal de Cassis. Traité de pathologie externe. T. 2. str. 629. 630. Wyd. 5.*

jest zdania, że opisane przypadki byłyto raczej wykrwawienia nagłowne (*cephalaematoma*), a trudność w rozpoznawaniu zmusza lekarzy do ostrożnego postępowania i zarazem powinna skłonić ich do pilnego ogłaszania podobnych przypadków. (*Tamże*, Nr. 48).

6. Rzadko który z lekarzy ma przyrząd polaryzacyjny **do wykrycia cukru w moczu**, a próby Trommera, Böttchera, a nawet potażem żrącym robią nieco trudności; dla tego gdyby nowy sposób pp. Trousseau i Dumontpallier okazał się praktycznym, wielceby to badanie moczu na cukier ułatwiło. Sposób ten polega na przypadkowym odkryciu, że tynktura jodowa odbarwioną zostaje po dodaniu do moczu cukier zawierającego. Wprawdzie zwrócić tu mi zaraz wypada uwagę na badania poprzednie p. Corvisart, że kwas moczowy posiada własność odbarwiania tynktury jodowej i to odpowiednio stosunkowi 3 jodu na 1 kwasu moczowego. Po tém zastrzeżeniu przechodzę do sposobu pp. Trousseau i Dumontpallier. Do rurki probierczej bierze tenże 6 centymetrów sześciennych moczu i w kropła 4 do 6 kropel tynktury jodowej, a czasem i więcej, co robi mocz mocno zabarwionym, gdy też ilość moczu cukier zawierającego odbarwić jest w stanie od 4 do 82 kropel tynktury jodowej. (Zdaje się, że cukier gronowy dodany sztucznie nie ma téj własności, gdyż, nie mając chorego z moczówką cukrową, dodałem do moczu cukier gronowy i następnie próbowałem metody p. Trousseau, doświadczenie to jednakże poprzednich danych nie potwierdziło; być wprawdzie może, że jedynie cukier w ustroju wyrobiony posiada tę własność, coby jednak tém więcej było ważnym, gdyż z największą łatwością przysłoby nam w danym przypadku oznaczyć nie tylko znajdowanie się cukru, ale nawet jego ilość: mając tynkturę jodową miareczkowaną (*titrée*), będzie można ilościowo cukier oznaczyć).—Drugim ciekawym faktem ma być ten, że mocz cukrowy zobojętnia działanie jodu na skrobię; i tak, dodając do mieszaniny moczu cukrowego i skrobi tynkturę jodową, zabarwienia niebieskiego nie otrzymujemy; dopiero po dodaniu nadmiaru tynktury jodowej, piękny kolor niebieski

pokazuje się, który znowu za dolaniem moczu cukrowego ginie. Śledząc, jak wpływa na mocz innych chorych, jak i zdrowych, dodanie tynktury jodowej, pp. Trousseau i Dumontpallier przekonali się, iż nigdy odbarwienie nie następowało. Próby odbywano z moczem świeżo oddanym, oddziaływającym kwaśno na papier lakmusowy i na zimno, to jest od 30° do 37° C. najwyżej. (*Tamże*, Nr. 39). (1)

7. *W Towarzystwie położniczym w Londynie* p. Broadbent czytał o **przepelnieniu pęcherza moczowego, jako przyczynie utrudniającej poród**, a mianowicie, o ile pochodząca ztąd zmiana położenia pęcherza często robi pierwszy okres porodowy trudnym i bolesnym: kurczenie się macicy, sprawiając ból w pęcherzu, pobudza spasmodyczne kurcze w mięśniach brzusznych, które obniżają macicę, ale nie przyczyniają się do rozszerzania ust. Cierpienie to ma zupełnie inny charakter, niż bole w tym okresie, a badanie dotykowe rozstrzyga, gdyż rozpoznawszy przyczynę, przez położenie podniesione, odciążenie moczu cewnikiem, a w upartych przypadkach przez użycie chloroformu pracę porodową do właściwych rozmiarów sprawdzamy. (*Med. Times*. Nr. 668).

Po tylu rozprawach tyczących się **owariotomii**, ojciec tejże, p. Clay, również zabrał głos; nikt tyle operacyj nie może wykazać, co on, jeden z najpierwszych chirurgów, którzy ją w życie wprowadzili: w ciągu długoletniej praktyki wykonał on 104 owariotomij. Z tych 72 kobiet wyzdrowiało, a

(1) Ostrożne powątpiewania Szau. Sprawozdawcy okazały się zupełnie uzasadnionemi, z dalszych bowiem doświadczeń p. Dechambre i innych przekonano się, że cukier gronowy nie tylko nie wpływa na odbarwienie tynktury jodowej, ale jeszcze obecnością swoją przeszkadzać ma odbarwieniu, zależącemu głównie od kwasu moczowego. Do podobnych wypadków doprowadziły czynione w tymże celu doświadczenia w Warszawie przez Dra Karwowskiego i P. Langerę, Asystenta przy Profesorze Chemii w Szkole Gł. Warszawskiej, o których w jednym z późniejszych numerów szczegółowiej postaramy się donieść. *Red.*

32 umarło. Z ostatnich 10 umarło w następstwie operacji, 10 w skutku zapaleń, 10 z wyniszczenia, a 2 z krwotoku. Większa część dwóch pierwszych gromad były młode kobiety, równie jak i część trzeciej, gdy w 2 ostatnich były stare kobiety. P. Cl a y utrzymuje, że użycie chloroformu nie wpłynęło na pomyślniejsze wypadki operacji, gdy z pierwszych jego 14 przypadków operowanych przed odkryciem chloroformu 9 wyzdrowiało, i lubo przyznaje, że trudno by się teraz obejść bez tegoż, ale przypisuje jego użyciu te niemiłe przypadłości, jakimi są wymioty, gdy ich zupełnie w pierwszych 14 przypadkach nie było. Jako środki, mające być przeciw tymże użyte, zaleca najprostsze napoje i ile można najmniej pokarmów, gdyż cierpliwości tu trzeba, żeby krew pozbyć się mogła nadmiaru węgla. (? *Red.*)

Co się tyczy wieku, to autor radzi nie robić wyboru, gdyż ten na pomyślne ukończenie według jego doświadczeń nie wpływa. W końcu autor przytoczył może jedyny przypadek w chirurgii **wyjęcia zupełnego macicy i jajników przez ściany brzuszne** i to z pomyślném ukończeniem. Był to włókniak macicy ważący jedenaście funtów z jajnikami chorobowo zmienionymi, a który tak dalece wypełniał jamę miednicy, że oddawanie łajna i moczu było w najwyższym stopniu utrudnione. Chora 35go dnia po operacji wróciła zdrowa na łono rodziny. Tenże utrzymuje, że w wielu przypadkach chorób macicy dałoby się skutecznie jój wycięcie, mianowicie też twardych włókniakowych mass u chorych nie bardzo wyniszczonych. (*Tamże*)—W istocie wycięcie macicy przez ściany brzuszne policzyć można do najsmielszych operacyj, ale czy znajdzie się drugi Cl a y, któryby ją wykonać chciał, to wątpić o tém należy; pokazuje to jednakże aż nadto dobrze, ile znieść może otrzewna bez niebezpieczeństwa zapalenia groźnego.

8. Następny **przypadek guza torbielowego piersi** (sutka), jako rzadko znachodzący się, zasługuje na uwagę. H. lat 44 przyjęta 18. grudnia 1862. na klinikę p. F e r g u s s o n z dużem obrzmieniem piersi lewej. Dwa lata pierwiéj

zauważyła obrzmienie wielkości orzecha włoskiego, które z początku było zupełnie niebolesnym, lecz później mocno jęj dokuczał ból ostry przeszywający w témże. Przez pierwsze 15 miesięcy zwolna bardzo się zwiększało, w ostatnich dopiero siedmiu miesiącach nagle, lubo jęj mniej bólu sprawiało. Przyczyny żadnej podać nie umie, o uderzeniu się nie pamięta. Obrzmienie to było wielkości głowy dziecięcia, skóra na niem mocno naprężona, niebieskawa i nastrzykana, lecz nie skłonna do owrzodzeń. W wyższej części obrzmienia czuć można było wyraźnie chełbotanie, a w niższej dużą twardą, guzowatą masę. P. Fergusson wyciął ten guz złożony z torbiela z bardzo cienkimi ścianami, wolno połączonego z otaczającymi tkanekami, zawierającego ciemny, gęsty płyn, podobny z barwy do krwi żylnęj. Na wewnętrznej części przyczepiało się kilka narośli szypułkowych, kalafiorowatych, z których największa mogła być wielkości pięści mężczyzny. Chora wyleczona opuściła szpital 10. stycznia. (*Tamże*. Nr. 664). Choć Fergusson jeden tylko podobny przypadek widział, to tak bardzo rzadkim on być nie może, skoro S c a n z o n i powiada, że ich dziewięć napotkał; ostatni przypisuje je zawsze traumatycznym przyczynom.

9. Do smutnych wydarzeń przy operacji należy śmierć przy użyciu chloroformu: środki zaradcze dotychczas używane przy najściślejszem wykonaniu dawały nie bardzo zachęcające rezultata; p. K i d d obecnie zaleca w takich razach użycie „faradyzacji,” a skuteczność tego środka wykazuje następnny przypadek. Kobieta w średnim wieku dla operacji plastycznęj w okolicy śródkrocza została usponą chloroformem, który z początku źle znosiła, aż w końcu po dziesięciu minutach sen chloroformowy nastąpił; lecz zaledwie operacja została w połowie wykonaną, po upłynięciu drugich dziesięciu minut najwyżej, tętno zaczęło słabnąć, a nareście znikło, co przypisywano nagłemu krwotokowi przy operacji. Oblewania wodą zimną, wachlarzowania przywróciły tętno, ale uderzania były niepewne i wolne. Założono szwy, zaprzestano chloroformowania, lecz oddech ustał, a po jakimś czasie i tętno;

twarz szybko przybrała wyraz śmierci, twarz i szyja były tak zimne, że zaprzestano zimnych skrapiań, zwrócono chorą na bok, podano do wężania ammoniak. Po wyczerpaniu wszystkich środków trzeźwiących, co trwało dziesięć minut, p. K i d d przyniósł baterią elektryczną, wpiął jedną igłę w okolicę nerwu przeponowego (*n. phrenicus*), gdzie tenże leży w mięśniu sutkomostkowym, a drugą igłę w przeponę i z wolna zastosował wilgotne gąbki prądu „*faradyzacyjnego*.“ Skutek zdziwił wszystkich, ćwierć minuty temu leżało ciało zimne, z trupiém wejrzeniem, gdy teraz klatka piersiowa wznosiła się i opadała z każdym przerwaniem galwanicznego prądu, mięsień sutkomostkowy znajdował się w stanie mocnego skurczenia; nastąpiło westchnienie, a po niém naturalny oddech i z wolna tętno wróciło. Środek ten ważniejszym jest, aniżeli sztuczne oddychanie, bo ma w sobie wszystkie jego zalety, a nie mieści niedogodności tegoż; wiadomą zaś jest rzeczą, że koniecznym warunkiem, aby przywrócić ulatujące życie, jest wydalenie ze krwi nietylko chloroformu, ale i nadmiaru węgla (?) i zwolnienie serca, a szczególniej prawej komórki, od nadmiaru krwi, która do płuc ucisniętych i unieruchomionych równie jak i ściany klatki piersiowej, odplynąć nie może. (*Tamże*, Nr. 665). (1).

10. Na posiedzeniu Kolegium doktorskiego w Wiedniu
p. Dittel czytał o **zwichnieniu pęca wielkiego**. Zwichnienie to, jedno z najtrudniejszych do odprowadzenia, prócz tego często jest przyczyną pomyłek w rozpoznaniu, co nie jest tak małą rzeczą, gdy po krótkim przeciągu czasu zwichnienie wcale odprowadzić się nie daje, tak, że B o y e r po dziesięciu, Dupuytren po 24 dniach, a P a i l l o u x nawet po upływie 24 godzin już go odprowadzić nie mogli. Dla tych przyczyn myślę, że słuszném będzie przytoczyć słowa pana Dittel, mianowicie, że koryfeusze chirurgii, jak M a l g a i g n e, N é l a t o n, odprowadzenie za bardzo trudne uważają. P. Dittel uważa, że najczęściejsze zwichnienie bywa pierwszego członka ku tyło-

(1) Nie jest to pierwszy i jedyny przypadek zastosowania faradyzacji w takich razach. Porówn. Pam. T. L. W. Tom XLIII, str. 208. - 9. — *Red.*

wi na kość śródreżca. Jako znaki rozpoznawcze uważa możliwość małego bocznego ruchu i powiększenie objętości. Pan D i t t e l w swój metodzie używa główki kości śródreżnej jako bloczka (*hypomochlion*). W ten sposób drążkiem długim jest ręka i przy pomocy zwykłego ucisku może być znacznie zgięta. To zgięcie powoduje takie zwolnienie całego przyrządu stawowego, że drugi akt odprowadzenia (repozycji) jest bardzo łatwy. Znajduje się bowiem koniec stawowy członka wyżej niż główka kości śródreżca, to chwyta się palcem wielkim i wskazującym ręki prawej zwichniony członek za powierzchnią i wprowadza go się na płaszczyznę stawową wykonywając ruch, jakby go się chciało ku tyłowi przegiąć. Zastrzega tylko p. Dittel, aby w pierwszym akcie nie zadawał sobie średnim ruchem drążkowym, gdyż im głębiej dolny koniec stawowy będzie ucisnionym, tém wyżej podnosi się zwichniony górny koniec stawowy, a im wyżej tenże podniesionym zostanie, tém łatwiej odprowadzenie następuje, gdyż daleko większą ma się siłę w ręku, cisnąc jedynie na koniec dłuższego ramienia drążka. (*Wien. med. Wochenschr.* Nr. 13. 1863).

Toż Towarzystwo obchodziło pod d. 13. kwietnia 1863 r. trzynastą uroczystą rocznicę swego istnienia, przy którejto sposobności p. L e w i n s k y wygłosił **pochwałę profesora Kerna**. Jemuto zawdzięcza Wszechnica Wiedeńska zamiłowanie i wyższość chirurgii, ulubionego jego przedmiotu, on wlań nowego ducha, przysposobił wielu uczniów i podniósł pierwszy szkołę wiedeńską. Walczył z mnóstwem trudności, które szczęśliwie zwyciężył, a szczytem jego działania było zaprowadzenie Instytutu operacyjnego. Chwała, jaką przyniósł szkole, którą podniósł, — trudności, z jakimi walczył, stawiają go na równi z prof. C z e r w i a k o w s k i m, któremu podniesienie chirurgii Wszechnica Jagiellonów zawdzięcza. Czém był dla wiedeńskiej szkoły Kern, tém był dla krakowskiej Czerwiakowski, a działanie ich było prawie równoczesne. Oby uroczysta chwila w historii Wszechnicy Jagiełły nie pominęła tylko tego tak zasłużonego męża i oddała pamięci jego hołd, jaki mu przynależy.

11. Za przykładem Anglii, która kilka lat temu, chcąc położyć tamę szarlataneryi i oszustwu, zaprowadziła wolność ograniczoną do dyplomowanych lekarzy, poszła wreszcie i Turcja, tak, że obecnie w Europie nie ma już państwa, gdzieby bezkarnie wolno było życiem i zdrowiem luzakiem frymarczyć.

Wolność leczenia w Turcyi była dotychczas nieograniczoną; każdy, kto chciał, lub komu się to zdawać mogło dogodnym, mógł biednych Turków karmić lekami,—czy ze skutkiem?—to łatwo osądzić można. Na przyszłość nikt nie będzie mógł praktykować, kto nie będzie w posiadaniu dyplomu lub szczególnego pozwolenia, a zarazem rząd wyda listy, aby aptekarze tylko za przepisami lekarzy dyplomowanych wydawali lekarstwa. Prócz tego osobny artykuł ustawy zabrania wydawania sporyszu akuszerkom.— Czy ustawa ta potrafi powstrzymać szarlatanizm, to wątpić o tém należy, gdy w krajach, gdzie od wieku prawie podobne ustawy istnieją, środków na wytępienie go nie ma. Zawsze fakt ten, jako zwycięstwo, choć powolne, medycyny nad szarlatanizmem uważać nam trzeba.

12. Wielka śmiertelność w armii Stanów Zjednoczonych trwa ciągle, durzycia i gorączka durzycowa, równie jak i zgorzel szpitalna zabierają ofiary i z tych, którzy nieszczęśliwym pomoc przynoszą. Dowiedzioną zresztą jest rzeczą, że więcej ginie ze służby lekarskiej w usługach lazaretowych zatrudnionych, niż tych, co prawie pod gradem kul rannym niosą ratunek i ulgę. Stosunek strat w następstwie chorób u żołnierzy zwykle bywa pięć do sześciu razy większym niż z ran, a potwierdza to raport p. Elliott, z którego okazuje się, że śmiertelność w armii wynosiła 53.2 na 1000, z tych zaś wypadło 44.6 z powodu chorób, a 8.6 zran otrzymanych w bitwach. Według zaś Chirurga-adjunkta Woodward śmiertelność jest daleko wyższą, gdyż ma wynosić 65 na 1000. Z powodu tego *American Medical Times* pisze, że „widocznym jest, iż ogólna śmiertelność w armii jest porównawczo bardzo mała, śmiertelność zaś jest większa z powodu chorób, niż z ran. Przy pierwszych wynosi pięć szóstych żołnierzy, a dwie trzecie oficerów, gdy śmiertelność w wojsku angielskim podczas wojny

krymskiej z chorób wynosiła siedm ósmym.“ Czy tylko statystyka ta jest prawdziwą, przy tylu nieprzyjaznych stosunkach, jakimi są brak uzdolnionych lekarzy, złe urządzenie szpitalów, służby ambulatoryjnej i zła administracya, tak, że choroby czasem cierpią niedostatek pokarmów, a czasami i na wodzie im zbywa, pomijając to, że po kilka dni czasem ranni nie są opatrzonemi. Smutny ten przykład Stanów Zjednoczonych jest jasnym dowodem, ile zależy na stosunkowej liczbie lekarzy i dobrej służbie lekarskiej.

13. Jako świeży przykład poświęcenia lekarskiego winiem tu przytoczyć p. Priestley, który zaraził się przy dziecku zapaleniem gardła błoniastém, lubo szczęśliwie przychodzi już do zdrowia. Ileż to razy choroba ciężka lub śmierć nie spotyka lekarzy na polu téj walki poświęcenia i zaparcia się samego siebie.....

14. Kończę łaskawy czytelniku, dzisiejszą kronikę znowu nekrologią, lubo nie ściśle ciało lekarskie obchodzącą, to jest doniesieniem o śmierci p. Moquin Tandon, profesora nauk przyrodniczych w wydziale lekarskim w Paryżu. Jego „Zoologia lekarska“ jest nieoszacowaném dziełem, które w poczet lekarski go wprowadza. Dniem pierwiej przedstawił jeszcze Akademii lekarskiej, której był członkiem honorowym, pracę p. Girbal z Montpellier o gorączkach, a wkrótce pewnie ukaże się jego sprawozdanie co do wykonywania wiwisekcji, które spodziewać się należy, wykaże ich potrzebę z jednéj, a nadużycie z drugieój strony; bo zaprzeczyć nie można, że wiele nadużyć dzieje się pod tym względem, których ani dobro nauki ani podwyższenie wiadomości nie usprawiedliwia, a zawsze bezowocne cierpienia sprawiane zwierzętom tyle do nas przywiązanym, jak np. psy i konie, innego miana prócz „okrucieństwa“ nie zasługują i życzyć należy, aby, jeżeli zwierzęta mają być dla celów naukowych poświęcane, jedynie po ściśłem ocenieniu potrzeby i korzyści dla nauki były poświęcone. Każda niepotrzebna ofiara nie przynosi czci człowieczeństwu ale nawet jój ujmuje.

K R Y T Y K A

Rys zasad chirurgii wojennój. Warszawa. Nakładem J. Kaufmanna i F. Hoesicka. 1863. (w 16-ce, 153 stron.)

Sprawozdanie Dra H. Korzeniowskiego.

(Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz.)

Wywiózując się z włożonego na mnie przez Towarzystwo Lekarskie obowiązku zdania sprawy ze świeżo wyszłego dziełka: *Rys zasad chirurgii wojennój*, zmuszony jestem dla większej jasności przedstawić najprzód, co pod nazwą *wojennój chirurgii* rozumieć wypada, a następnie, o ile książeczka powyższy tytuł nosząca temu zadaniu odpowiedziała.

Czy chirurgia wojenna różną jest od chirurgii zwyczajnej? Jako nauka *nie*; jako sztuka jest inną, a to dla tego, iż stawia lekarza w zupełnie innych warunkach, stosownie do miejsca, gdzie ją wykonywa, do środków, jakimi rozrządza i nakoniec stosownie do szczególnych warunków, w jakich znajdują się chorzy pieczy chirurga powierzeni. Zasady zatem nauki nie są zmienione, pozostają one zupełnie w swój sile, lecz zmienia się tylko zastosowanie. Warunki na tę zmianę wpływające są: *a)* miejsce, gdzie ma się wykonywać leczenie, to jest, czy na miejscu pobojozwiska, czy też w oddaleniu od tego miejsca; w pierwszym przypadku zachodzi pytanie, jakie obrażenia wymagają zastosowania natychmiastowego leczenia, a jakie mogą być przenoszone w miejsca oddalone. Rozgraniczenie między temi dwoma rodzajami obrażeń jest nadzwyczaj-

czaj ważnym i powinno stanowić główną i pierwszą część dziełka podręcznego, taki jak niniejsze tytuł noszącego. *b)* Jakimi środkami i w jakim czasie przenosić można chorych z obrażeniami z jednego miejsca na drugie? To pytanie stanowi drugi zasadniczy punkt chirurgii wojennej. Wreszcie, *c)* o ile pierwsze dwa warunki, jak niemniej obfitość i różnorodność materiałów opatrunkowych wpłynąć mogą na zmianę w postępowaniu lekarskim co do wskazań, co do opatrywania, co do higienicznego i dietetycznego obwarunkowania rannych.

To jest główna różnica, jaka zachodzi między chirurgią cywilną i wojskową; stanowi zatem wojenna chirurgia wyjątki z ogólnych zasad chirurgii i to wyjątki zmienne stosownie do okoliczności, w jakich znajdują się chorzy i lekarz.

Z takim pojęciem, jakie mamy o chirurgii polowej, przystąpiwszy do odczytania dziełka „Rys chirurgii wojennej,” ze zdziwieniem wyczytałem we wstępie następujące słowa: „Nie raz bowiem się zdarzy, iż nie ma czasu myśleć nad zastosowaniem zasad ogólnych nauki do pewnego wypadku, a wtedy lekarz winien jakoby mechanicznie mieć sobie przyswojone zasady w podobnych razach praktyką stwierdzone.“ (str. 1—2). Pozwoli się zatem autor zapytać, co jest łatwiejsze: czy pamiętać kilka lub kilkanaście zasad ogólnych i zastosowywać je do pojedynczych przypadków, czyli też mieć ciągle przytomną w umyśle niezliczoną liczbę reguł i regulek do każdego pojedynczego zdarzenia należących, a które w skróceniu tylko zebrane (czyli, jak się bezimienny autor wyraża, podane w treści z „Zasad wojennej chirurgii Strohmajera,“) stanowią tomik ze 152 stron złożony.—„Lekarz winien jakoby mechanicznie mieć sobie przyswojone zasady w podobnych razach praktyką stwierdzone.“ Do jakiejże smutnej roli autor sprowadza lekarza udzielającego pomoc na poboju, do roli automatu, który nie ma czasu myśleć nad zastosowaniem ogólnych zasad chirurgii w chwili, kiedy przytomność umysłu, szybkość decyzji, trafność wyboru środków i ta umiejętność kierowania się w swym postępowaniu ogólnymi zasadami chirurgii cechuje przede wszystkim dobrego polowego chirurga.

Teraz przejdziemy do samego dziełka. Składa się ono z trzech głównych części: 1) pomoc na pobojuwisku; 2) obrażenia systematów ogólnych; 3) obrażenia pojedynczych części.

W pierwszej części mówi autor o tamowaniu krwotoku na pobojuwisku, rozumie się rzeczy najważniejszej, a często rozstrzygającej o życiu lub śmierci chorego; całą tę sprawę traktuje w 35 wierszach samych ogólników, z których ostatecznego nawet rezultatu wyciągnąć nie można, a mianowicie, kiedy podwiązywać naczynie, a kiedy się ograniczyć na ucisku lub bezpośredniem tamponowaniu. Nakoniec daje tam pierwszeństwo opaskom elastycznym nad zwykłemi i nad różnicą działania najszerszej się rozwodzi. Z tego ostatniego można wziąć miarę najlepszą o praktyczności autora. Dalej autor mówi o pokryciu rany, na co radzi zimną wodę, a dla podtrzymania wilgoci w kompresie pokrywa go papierem gutaperkowym (tak). Jakież jest działanie tak zastosowanej zimnej wody? Następnie przechodzi autor pojedyncze obrażenia, jakoto złamania postrzałowe, o których powiada tylko, że wymagają najstaranniejszych przenosin i tymczasowego obandażowania. Jakim zaś sposobem powinno być zrobione to opatrzenie, jak najlepiej przenosić, o tém nie wspomina wcale. Dalej mówi o ranach postrzałowych piersi, gdzie radzi silne upusty krwi, jeżeli jest oddech bardzo uciążliwy, puls słaby, i nie pominął téj zmory chirurgii niemieckiej, poranienia tętnicy międzyżebrowej. Ale najdziwniejsze zdanie wypowiada autor co do ran brzucha, utrzymując, że rany kiszek łatwiej się goją na zewnątrz, a trudniej wprowadzone do jamy brzucha (str. 6). Rozumie się, bo zwykle przed czasem zagojenia się rany chory umiera, jeżeli rana nie będzie taką, którą bezpiecznie reponować można, lub jeżeli się nie nałoży właściwych szwów, o których autor nie uważa za stosowne szczegółowo wspomnieć.

W podobny sposób dosyć pobieżne i mało znaczące uwagi daje autor o innych obrażeniach; to samo można powiedzieć o podanych zasadach co do wyjmowania ciał obcych (str. 8). Potém przechodzi do amputacji, to jest do wskazań téj operacji

(str. 9). Wiemy, jak trudno jest dać wskazania téj operacji, tak, iż najznakomitsi autorowie ograniczają się ogólnemi tylko zasadami, nie usiłując wyszczególnić wskazań; autor na trzech stroniczkach starał się to uczynić i dla tego część ta stała się tak niedostateczną, a co gorzej, mogącą w błąd wprowadzić młodego chirurga. Dosyć nam przytoczyć dwa pewniki, jakie autor stawia. 1) „Rozerwanie splotu ramiennego (jakiego, czy nerwowego czy tętniczego?— *Spruzd.*)... ., chociaż w pierwszej chwili nie będzie krwotoku z tętnicy ramiennej, wymaga amputacji.“ (str. 11.) A to na jakiej zasadzie? Czy kończyzna nie może być odżywiana przez naczynia poboczne; a co powiada statystyka śmiertelności porównana podwizań tętnicy ramiennej i amputacji ramienia? 2) Powiada autor na początku tejże stroniczki: „Lepszą jest przepowiednia dla amputacji dokonanej w pierwszych 24 godzinach, jak (*niż*) dla późniejszej; zmienia się bowiem przepowiednia na lepsze dopiero od dnia 6go.“ Gdzież są dane do podobnych pewników? Prawda, że pierwotne amputacje dają najlepsze rezultata, lecz polepsza się przepowiednia dopiero po 24m dniu, jak to dowodzą prace statystyczne Alcocka, Chenu, Sallerona, Malgaigne'a i innych. Nakoniec zasługuje na dosłowne przytoczenie ustęp, który swą oryginalnością zadziwić każdego potrafi. „Amputacja dolnych członków jest niezbędną, jeżeli żyła lub tętnica udowa albo kolanowa została zranioną, w skutek czego ustało krwi krążenie w dolnych częściach, choćby w pierwszej chwili nie było krwotoku, podobnież skoro kość na znacznej przestrzeni jest zdruzgotaną, zarówno w razach takich, jeżeli odłamki kości z powodu kierunku kanału postrzałowego, ku większym naczyniom musiały być rzucone. Utrudnia operacją zerwanie *n. ischiadici* połączone ze złamem kości.“ (str. 12).

Daléj następują: „*cierpienia układu nerwowego*,” (str. 13—18). W téj części rozprawy napotykamy więcéj systematyczności i wyboru, tylko, że więcéj tam teoryi i tłumaczeń teoretycznych, niż praktycznych uwag. To samo da się powiedzieć o *obrażeniach naczyń krwionośnych*. (str. 18—25). Zasady, jakie autor podaje dla podwizywania pni tętnicznych, tak są błahe, tak mało pouczające, iż trudno powiedzieć, jaki

cel miał autor, oderwane i nie wiele znaczące zdania zestawiając z sobą. *Obrażenia szkieletu* (str. 25. — 29.) lepiej, chociaż zwięzłe, są obrobione, lecz i tu teoria przeważa nad uwagami praktycznymi, jakieby się nasuwać powinny. Ustęp o *przebiegu ran postrzałowych* (str. 29. — 37.) także przepelniony jest teoretycznymi patologicznymi wywodami, za to o badaniu ran, o narzędziach do badania posłużyć mogących, o wydobywaniu ciał obcych — o tém wszystkiem autor prawie nie wspomina. Natomiast podaje teorią oddzielania się części obumarłych od części zdrowych, o przyczynach tworzenia się zatoru i t. d. Nareszcie następuje rozdział ropnicy (*pyaemia*) i zgorzeli szpitalnej. (str. 37 — 45.) Wszystko, co tu powiedziano o ropnicy, dziś w dziełku w 1863 r. wydrukowaném, po pracach Virchowa i w obec pojęć, jakie o téj sprawie mamy, miejsca mieć nie powinno.

Trzecią część mówi o poranieniach oddzielnych części ciała, zaczynając od głowy, której obrażenia najsystematyczniej i najjaśniej są obrobione, chociaż i tu ten sam zarzut teoretyzowania zrobić można; część ta jest traktowana wprawdzie także nieco pobieżnie, ale przytém przystępnie i z właściwymi uwagami praktycznymi. W ogóle widać, że autor z większą starannością tę część opracował, i oprócz kilku mniejszej wagi niedokładnych tłumaczeń, widać właśnie wybór tych rzeczy, które albo w przebiegu albo w leczeniu odróżniają rany na polu bitwy otrzymywane od ran zwyczajnie zadawanych. Szczególnie ta systematyczność widzieć się daje w opisie obrażeń kończyn.

Dziełko zatem niniejsze w części tylko szczegółowej odpowiedzieć może wymaganiom obecnym. A stałoby się ono pomocą nieocenioną w dzisiejszej chwili częstego stosowania wiadomości chirurgicznych przez lekarzy zwłaszcza prowincjonalnych, gdyby poprzedzone było dobrym ogólnym poglądem na rany postrzałowe, w którymby prawdy naukowe jasno, systematycznie, bez zbytecznego specjalizowania wygłoszonymi były, — prawdy, któreby stały jako ogólne zasady postępowania; gdyby nadto część szczegółowa, skrócona i przerobiona, ograniczała się li tylko na wyjątkach z zasad ogólnych naukowych,

zasad, które autor na samym wstępie tak niesłusznie potępił. Wyciąg zaś taki, jaki mamy przed sobą, nawet z bardzo dobrego dzieła, jakim są rzeczywiście „*Maximen der Kriegsheilkunst*,” musi być dziełkiem mniej użytecznym, choćby dla tego, że jest wynikiem myśli i doświadczenia jednego tylko człowieka, nie mówiąc już o większych trudnościach, jakie przedstawia wypracowanie zadawalniającego w tym rodzaju wyciągu z jednego tylko dzieła. Bez porównania więc zasługi miałby autor, gdyby w zwięzłych i jasnych słowach przedstawił małe systematyczne wypracowanie o ranach postrzałowych tak, jak ten przedmiot się traktuje w dziełach elementarnych, naprzykład Nelatona, Vidala de Cassis, Folina i t. d. i dodał do tego sposoby urządzania szpitalów, ambulansów i sposoby przenoszenia chorych według Baudensa; mógłby się wręście posiłkować pracami Legouesta, Macleoda, Scrive'a i innych.

Literatura Fizyografii ziemi polskiej przez Prof. Dra J. Majera.—Osobne odbicie z XXX. tomu Rocznika Towarzystwa naukowego Krakowskiego. Kraków, w drukarni c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego. 1862. (w 8-ce, 186 stron.)

Książka powyższa jest niejako wstępem do pracy zamierzonej przez Oddział nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa naukowego Krakowskiego, to jest do sporządzenia Fizyografii ziemi polskiej. Ważność takiej pracy i niezbędność bibliograficznego do niej wstępu jest zbyt widoczną, ażebyśmy jeszcze potrzebowali nad nią się rozwodzić; za podjęcie się zaś wykonania tego mozolnego wstępu prawdziwa wdzięczność należy się Czcigodnemu Prezesowi Towarzystwa Krakowskiego. Ile pracy kosztowało sporządzenie tego spisu, o tém świadczy już samo wyliczenie czasopisów przytaczanych w tym wykazie, a których jest 70 i kilka, nie mówiąc już o tych, które bezowocnie trzeba było przeglądać.

P. T. L. W. Tom XLIX.

Spis niniejszy obejmuje 1280 numerów, jużto dzieł oddzielnych traktujących wyłącznie albo w pewnych ustępach Fizyografią ziemi polskiej, jużto osobnych artykułów z pism peryodycznych i zbiorowych, a odnoszących się do tego samego przedmiotu. Przy wielu numerach dodane są bardzo szacowne objaśnienia drobniejszym drukiem, wyszczególniające treść pracy, nieraz ze wskazaniem stronnic, czasem z uwagami krytycznemi.

Obfity materiał bardzo dogodnie podzielony jest na ośm następujących części: *Dział I.* (10 numerów) przedstawia prace zajmujące się historią i zbiorami w przedmiocie Fizyografii krajów polskich w ogólności. Dowiadujemy się tu, że już nie jednokrotnie uczonych naszych zajmowała myśl wszechstronnego zbadania ziemi polskiej. (Projekt Michała M n i s z c h a względem założenia *Museum polonicum* r. 1775, ponowiony przez Wincentego P o l a w roku 1847; i t d.) – *Dział II* obejmuje 150 tytułów prac treści mieszanej na polu Fizyografii polskiej. W dziale tym, podobnie jak w innych, i zupełnie słusznie, oprócz szczegółów dotyczących opisu obecnego stanu kraju naszego przywiedzione są i materiały mające już tylko historyczną wartość. Szkoda jednak, że z dawniejszych geografij i opisów podróży przytoczone są tylko niektóre, gdy zapewne wiele rozrzuconych wiadomości do Fizyografii znalazłoby się i w innych z téj gałęzi dziełach, jakoto Gilberta de Lannoy (1399 — 1450), Contariniego (1474), Miechowity (1521), Aen. Sylwiusza (1571), d'Amboise (1573), Święcickiego (*Masoviae descriptio*. Vars. 1634), Cellariusza (1659), Beauplana (*Descr. d'Ukraine*. Rouen 1660) i t. d. i t. d., a Książnica Jagiellońska do tych i wielu innych źródeł otwarty daje przystęp; nawet mniejszej wartości zabytki opisów kraju zasługują na przytoczenie, wszak sam szanowny autor przywiódł dzieło anglika Connora z końca 17. wieku, chociaż w przypisku dodał: „Do fizyografii wzmianki bez znaczenia.“ (Nr. 18). Ze współczesnych też opisów miejscowości, jak Kraszewskiego (*Wspomnienia Wołynia i Litwy*), Przeddzieckiego (*Podole, Wołyń i Ukraina*), Jucewicza (*Żmudź*), Borejki (*Wołyń*) i t. d., może-

by się nie jeden szczegół dał spożytkować.— *Dział III* przytacza 101 prac dotyczących położenia geograficznego, powierzchni i wzniesień tudzież sieci wodnej. Pod względem położenia geogr. i wymiarów wysokości najliczniejsze są prace odnoszące się do Galicyi.— *Dział IV*, Meteorologia, obejmuje 132 prac; z tych najwięcej spostrzeżeń barometrycznych i termometrycznych z Warszawy i Krakowa, a magnetometrycznych z Galicyi.—W *dziale V*, Geognozyi (362 numerów), najobficiej reprezentowane są Tatry i Karpaty. — *Dział VI* wymienia w 116 numerach wiadomości dotyczące Flory ziemi polskiej.— W *dziale VII* (109 numerów) objęte są tytuły prac około Fauny krajów polskich.—Nareszcie *dział VIII*, poświęcony Balneologii krajowej, obejmuje aż 300 prac różnego rozmiaru, z których np. 20 i kilka wyłącznie Szczawnicę ma za przedmiot.

Dodane w końcu dwa spisy abecedłowe, jeden według miejscowości opisanych, drugi podług nazwisk autorów, uzupełniają użyteczność dzieła.

Papier, tudzież czystość i poprawność druku, jak zwykle w wydawnictwach naukowych krakowskich, nie pozostawiają nic do życzenia.

St. J.

W końcu czerwca r. b. opuścił prassę tom 3ci (z kolei zaś dotychczas wydanych 2) *Anatomii opisującej ciała ludzkiego* przez Profesora Dra Ludwika Hirschfelda p. n. „Opis układu naczyniowego człowieka (*angiologia*) wraz z uwagami fizjologicznymi. Warszawa, w drukarni Karola Kowalewskiego. 1863.“ (w 8-ce, VI, 440 i XV stron.) Z radością witając ukończenie pierwszej połowy tego znakomitego dzieła, przestajemy na dziś na tej krótkiej wzmiance, aby w późniejszym numerze szczegółowiej pomówić o świeżo wydanym tomie.

ROZMAITOŚCI.

Towarzystwa uczone.

Towarzystwo lekarskie podolskie

jeszcze w roku 1861., w samym początku swego zawiązania się, wypracowało *Program topografii lekarskiej*, mający służyć za podstawę do badań topograficznych téj prowincyi. Program ten przedrukujemy obecnie, dopełniając przez to dawną zaległość Pamiętnika lekarskiego.

W opisach topograficzno-lekarskich trzeba najpierw oznaczyć najdokładniej granicę miejscowości, którą się opisuje, a to dla tego, żeby potem łatwiej było jedną całość utworzyć;— dalej idzie:

Historya miejscowości i czas zamieszkania.

Położenie geograficzne, wysokość nad powierzchnią morza i rozległość. Góry, wyniosłości i wysokość takowych; jary, doliny i równiny, stopy i lasy. Wody stojące, źródła, rzeki, sadzawki i t. d. — Temperatura wód i ich skład chemiczny; rozlew, czas i rozległość rozlewu; *maximum* i *minimum* wody; błota i trzęsawiska. Ich wpływ na roślinność i na zdrowie ludzi i zwierząt.

Meteorologia. Obserwacje nad termometrem, barometrem, ozonometrem. Stan hygrometryczny atmosfery, ilość deszczu, gradu i śniegu. Liczba dni pogodnych, pochmurnych,

dżdżystych i śnieżnych. Stan elektryczności i natężenia światła. Panujące wiatry, siła ich, szybkość i kierunek.

Historia naturalna miejscowości.

Geologia. Skład chemiczny miejscowej kory ziemnej; opisanie warstw i pokładów z dokładnym wyszczególnieniem ostateków organicznych, roślinnych i zwierzęcych. Wyliczenie minerałów znajdujących się, a w szczególności służących do użytku miejscowego i sposób ich użycia.

Roślinność miejscowa z oznaczeniem czasu rozwinięcia, kwitnienia rośliny, dojrzewania owoców i nasion i sposobów pielęgnowania i uprawiania przyswojonych. Wyszczególnienie dokładne roślin lekarskich i jadowitych, a także służących na pokarm dla ludzi i bydła. Sposób użycia roślin pokarmowych i zbożowych. Choroby, jakim podlegają, i wpływ takowych na zdrowie zwierząt i ludzi.

Zoologia miejscowa z poszczególnieniem systematycznym wszystkich zwierząt, które posiada Podole. Zwierzęta aklimatyzowane i oswojone. Wyszczególnienie używanych na pokarm, a także szkodliwych pod jakimkolwiek bądź względem dla człowieka i zwierząt domowych. Zwierzęta podziеляjące pracę człowieka — siła ich fizyczna i rasa. Wskazanie ulepszenia zwierząt naszych domowych za pomocą krzyżowania ras. Czas niesienia się, przylotu i odlotu ptaków miejscowych i przelotu obcych.

Etnografia. Mieszkańce miejscowi i przybysze. Oznaczenie czasu osiedlenia. Typ pierwotny i degeneracya. Opisanie i rozmiary czerepów osiadłych mieszkańców; wzrost; ogólny rzut oka na ich konstytucyą, siłę muskularną, wyraz twarzy; typ organiczny i fizyologiczny; temperament, wrażliwość zmysłów, szczególnie wzroku i słuchu. Czas dojrzałości mężczyzn; rozwinięcie się i ustanie menstruacyi kobiet. Płodność obojój płci i t. d. i t. d.

Liczba mieszkańców w ogólności, z poszczególnieniem ilości podług ras, płci, wieku, stanu i zajęcia. Ruch ludności, ilość urodzeń i śmierci. Długość życia w przecięciu. Poszczególnienie przykładów największej długoletności. Ilość

pożyć prawnych i nieprawnych i porodów prawego i nieprawego łoża. Śmiertelność dzieci nieprawego łoża.

Mieszkania prywatne; ogólny rzut oka na konstrukcją domów i chat; wybór miejsc przez osiadłych mieszkańców ze wskazaniem na niedostatki pod względem higienicznym.

Mieszkania i budynki publiczne, fabryki z krótkim opisaniem sposobów fabrykacyi i wpływu na zdrowie pracujących; rzeźnie, pralnie, łaźnie i kąpiele; miejsca odchodowe i kanały; cmentarze i t. d. i t. d.; nakoniec stan dróg i ich wpływ na zdrowie.

Wentylacja, oświetlenie i ocieplenie mieszkań. Uwagi lekarskie w tym względzie.

Odzież; stosunek odzieży do pory roku i części ciała. Oczyszczanie ciała i kąpiele. Gimnastyka ciała, czas snu i czuwania.

Pożywienie z królestwa zwierzęcego i roślinnego; sposób przyprawiania potraw i zaprawy; trunki i inne napoje; fałszowania miejscowe pokarmów i napojów; wpływ, jaki wywierają na zdrowie; sposoby odkrycia fałszu używane przez miejscowych mieszkańców. Uwagi lekarskie dotyczące się tego przedmiotu.

Zajęcia, przemysł i rolnictwo; sposób uprawiania roli; uwagi higieniczne w tym względzie.

Obyczaje i zwyczaje.

Ruch umysłowy.

Mieszkaniec pod względem religijnym, moralnym i politycznym.

Przestępstwa i zbrodnie i przyczyny takowych. Samobójstwo podług klas, wykształcenia umysłowego, wieku, przyczyny i rodzaju śmierci.

Wychowanie dzieci fizyczne i moralne w wyższych i niższych warstwach społeczeństwa.

Rozkwaterunek wojsk na leże zimowe i letnie. Ilość żołnierzy w stosunku do mieszkańców. Wpływy miejscowe na stan zdrowia konsystujących wojsk. Wpływ obecnego rozkwaterunku żołnierzy na zdrowie i moralność mieszkańców.

Patogenia. Choroby endemiczne, sporadyczne i epidemiczne. Opisanie chorób każdój z osobna z wykazaniem charakterów ogólnych, a także zmian szczególnych zależących od wpływów miejscowych. Przyczyny chorób miejscowe; komplikacje i *exitus*. Dzień choroby i godzina dnia, w których śmierć nastąpiła. Rezultaty sekcji. Środki używane leczenia jakie okazały się najskuteczniejszymi i w jakich okolicznościach. Sposoby używane u prostego ludu przeciwko różnym chorobom, i przesady lekarskie ludu.

Środki higieniczne i policyjne, jakimi można polepszyć stan zdrowia mieszkańców i usunąć szkodliwe wpływy miejscowe i ogólne.

Szpitala i zakłady lekarskie i dobroczynne, opisanie niedostatków i sposobów zaradzenia.

Statystyka lekarska.

Choroby epizootyczne; środki zaradcze, używane przez miejscowych mieszkańców przeciwko chorobom zwierząt. Skuteczność i niedostatki tych środków i wskazanie ulepszeń w tym względzie.

Chociaż zakres tego planu jest może za obszerny, nie powinno to jednakże zastraszać opisujących. Plan jest to tylko siatka, na której ma się osnuć przyszła praca; jest ważnym materiałem, ale nie idzie za tēm, aby się wymagało koniecznie od każdego współpracownika, żeby dał odpowiedź na wszystkie punkta. Różnorodność nawet przedmiotów wymaga poniekąd specjalnych badań, jakoto *np.* historia naturalna, etnografia, rozbiory chemiczne; albo wymaga prac ciągłych, którym się lekarz praktykujący oddać nie może, jak *np.* meteorologia; inne zaś połączone są z wielkimi trudnościami i dają nam tylko w przybliżeniu wyniki, jak *np.* statystyka lekarska; a zatem jeszcze raz powtarzam, że trudno nawet wymagać odpowiedzi na wszystko, ale niech każdy z nas podług możliwości cegiełkę swą przyniesie, stosownie do swych zdolności, upodobania w tym lub owym przedmiocie, chęci i okoliczności, a prawie niewiedomie wzniesie się cały budynek. Jeśli się znajdą jakie niedostatki, te będzie łatwo potem dopełnić i popra-

wić. Cała rzecz na tém, ażeby opisy i spostrzeżenia były najrzetelniejsze, bo lepiej jest nie mieć żadnych, aniżeli je mieć fałszywe i tym sposobem kraj, naukę i siebie samych oszukiwać. Wnioski i domysły opisującego powinny być dokładnie odznaczone, a nigdy nie wnoszone w opisy jako fakt istniejący. Nie powinniśmy się rumienić, jeśli one nie będą obszernie.— Towarzystwo jest wyrozumiałe na zajęcia każdego lekarza, a tém bardziej lekarza praktykującego na prowincyi, i nie rozpraw żadnych, ani filozoficznych rozumowań, ale dobrze zrozumianych, rzetelnych faktów potrzebuje. Wtedyto każda najdrobniejsza notatka przyda się i będzie prawdziwie dobrą cegiełką, byle ją tylko ożywiała szczerą miłość nauki, bliźniego i rodzinnej ziemi; Towarzystwo zaś wywiąże się godnie krajowi z jednego z najważniejszych celów swojego stowarzyszenia i naprowadzi rząd i lekarzy na drogę ulepszeń pod względem publicznego zdrowia, co jest ostatnim wynikiem badań topograficzno-lekarskich i najpiękniejszym wieńcem lekarza-obywatela.

Adryan *Baraniecki*

Od Redakcyi.

W poszycie lutowym *Pamiętnika* z r. b. (str. 101—111), nie mając jeszcze pod ręką szczegółowych sprawozdań z Kongresu oftalmologicznego odbytego w końcu r. p. w Paryżu, ogłosiłiśmy wiadomość o tym zjeździe uczonym, nadesłaną nam z Petersburga przez Dra Pawła Kruniewicza. Obecnie, wczytując się w obszernie sprawozdanie z czynności Kongresu, które tymczasem wyszło z druku, przekonywamy się, że doniesienie Dra Kr. w niektórych punktach było nie dość dokładne i dające powód do niesłusznych wniosków o doniosłości ostatniego Zjazdu okulistów. Z tego powodu Redakcyja poczytuje sobie za obowiązek, w jednym z najbliższych poszytów *Pamiętnika* szczegółowo zdać sprawę z niektórymi ważniejszymi pracami przedstawionymi Kongresowi, które ze wszech miar zasługują na uwagę.

CZYNNOŚCI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

I. Posiedzenia ogólne.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 21. kwietnia 1863 r.

Przewodniczy Wice-prezes, p. *Dorantowicz*.

Protokół ostatniego posiedzenia został odczytany i przyjęty.

I. Złożono dla Biblioteki Towarzystwa od Członka przybranego Towarzystwa, Dra Teodora Heinricha:

a) 47 broszur treści balneologicznej (82 egzemplarzy).

b) „Zbiór wiadomości chemiczno - farmaceutycznych, przez Dra T. Heinricha i Mag. farm. J. Schilera. Warszawa. 1852—53“ w 8-ce (T. I. str. 460. T. II. str. 372, z 6 tabl. rycin. Tom III. str. 560, z 5 tabl. rycin.) (Podziękowanie ofiarodawcy).

H. *Wice-prezes* i p. Helbich przedstawili na Członka przybranego Towarzystwa p. Piotra Seimana, Magistra nauk weteryn., zaszczytnie znanego z prac naukowych na polu weterynaryi, z których kilka w samym Pamiętniku Towarzystwa było drukowanych (1); wspólnie zaś z p. Stanisławem Janikowskim zaproponował *Wice-prezes* na Członka czyn-

(1) „O ospie owczej.“ Pam. T. L. W. 1855 r. T. XXXIII, str. 291 do 336, i T. XXXIV, str. 67—89. „Kastracya krów przez pochwę maciczną.“ 1861, T. XLVI, str. 83—106, i inne pomniejsze.

nego Towarzystwa Dra Jul. Kosińskiego, Prosektora Szkoły Gł. Warsz., z którego pracy zdał był sprawę *Sekretarz stały* na posiedzeniu z dnia 2 grudnia r. p.

III. P. Karpinski zwrócił uwagę na wielkie zamięszanie, wprowadzające w kłopot tak lekarzy, jak farmaceutów, wynikające z coraz liczniejszych środków lekarskich zagranicznych tak zwanych specyficznych, któremi nas głównie Francya obdarza. Wniósł przeto, iżby Towarzystwo z grona swego wyznaczyło Komitet do ocenienia praktycznej wartości środków zagranicznych znajdujących się w handlu aptekarskim i rozgłaszanych po gazetach.

Po rozprawie, w której wzięli udział pp. Dorantowicz, Helbich, Langowski i Janikowski (Stanisław), Towarzystwo, uznając w zupełności słuszność wniosku p. Karpinskiego, ustanowiło w tym celu Komitet, do którego zaproszeni zostali kol. Braun, Heinrich (Teodor), Karpinski i Langowski.

IV. Następnie zabrał głos p. Korzeniowski w kwestyi na porządku dziennym będącej, to jest o *owariotomii*. Operacya ta, dziś stanowiąca przedmiot zajęć prawie wszystkich towarzystw naukowych Anglii i Francyi, u nas mało jeszcze jest znana tak co do samego wykonania, jak i co do wyboru przypadków i wskazań do téj operacyi; dla tego też p. K. zamierzył przedstawić Towarzystwu krótki obraz kwestyi téj, jak ona dziś jest znaną i pojmowaną przez znakomitszych autorów i chirurgów angielskich i francuzkich.

Lecz ażeby zrozumieć samo postępowanie chirurgów, p. K. uważał za rzecz konieczną pokrótce przejść wszystkie chirurgiczne czynności przy leczeniu guzów jajnika wykonywane, jakoto: przebicie proste, przebicie z naciskiem połączone, przebicie i nastrzykanie jodowe, uformowanie otworu sztucznego, częściowe wycięcie worka i wyluszczenie go zupełne.

Przebicie proste, powiada kol. K., jest zbyt dobrze znane, ażeby potrzeba było mówić o niém.—*Przebicie z nastrzykiwaniem*. Tutaj zasługują na szczególną uwagę zasady podane p. Baker-Browna co do wyboru przypadku kwalifikującego się do nastrzyknięcia: 1) ażeby torbiel była jednoko-

mórkową, 2) pierwszy raz otwieraną, 3) z treścią płynną; 4) że nastrzyknięcie torbieli wielokomórkowej chociaż nie zapobiega następnemu rozwinięciu się torbieli, lecz znacznie to powtórne rozwijanie się opóźnia. Zdaniem tegoż autora obawa częstego rozwijania się zapalenia otrzewnej po nastrzykaniu płynem jest przesadzoną. Legend jednak opisuje 3 przypadki śmiertelne z powodu następnego zapaleniu otrzewnej. Boinel i Velpeau uleczyli zgrubiałą torbiel jajnika (*kyste pilleux*) zapomocą nastrzykiwań powtarzanych przez cewnik elastyczny pozostawiony w ranie *à demeure*. — *Uformowanie sztucznego otworu* dla stałego wypróżniania płynów zbierających się w torbieli było po raz pierwszy wykonane przez Ledrana za pomocą przecięcia i założenia rurki z blaszki ołowianej o brzegach wygiętych dla utrzymania równoległości otworów skór nego i torbieli. Operacja ta z dobrym skutkiem była robiona przez pp. Recamier, Tavnnot i Trousseau z tą zmianą, że pierwsi dwaj wywoływali poprzednie przyrośnięcie ściany torbieli do ścian brzucha za pomocą środków żrących, ostatni zaś za pomocą przeprowadzonych przez grubość ścian brzucha i torbieli igieł w niewielkiej jedna od drugiej odległości. Ten sposób postępowania był zastosowywanym następnie i stale z dobrym skutkiem przez Fergusona, Kiwischa, de Prince (w Ameryce), Delaporte, Velpeau i innych. — *Częściowe wycięcie* torbieli, wprowadzone przez Jeffersona, Weit'a i Hargraves, polega na przecięciu ściany brzucha, przebicium torbieli, wypuszczeniu zawartości i następnem wycięciu ściany torbieli na takiej przestrzeni, na jakiej to się da z łatwością uskutecznić. Wilson, w cele zabezpieczenia się od następnych krwotoków mogących powstać ze ścian torbieli, radzi cięcie zewnętrzne robić dosyć duże, wyciągać torbiel na zewnątrz i krwawiące naczynia podwiązywać. Baker Brown, przyjmując cięcie Wilsona, radzi unikać przecięcia naczyń, co zresztą da się z łatwością uskutecznić, wykonywając wycięcia nieforemne, tak, ażeby naczynia były zawsze ominiętymi.

Nakoniec *całkowite wycięcie torbieli*, operacja wykonywana, chociaż rzadko, przez dawnych chirurgów. Laumo-

nier z Rouen w 1782 r. pierwszy ją wykonał, później robili ją Delaporte i van der Haar. Sabatier we Francji występował jako zacięty jój przeciwnik. Dieffenbach, Martini, Siebold, Ch. Bell, Liston, Hunter, Seymour, robili tę operacją z rozmaitym skutkiem. U nas wykonaną była dwa razy przez Prof. Gałęzowskiego w Wilnie, o ile mógł kol. K. zasięgnąć wiadomości od ówczesnych uczniów szkoły wileńskiej. Rektor Mianowski asystował przy jednej z tych operacji i zdaje się, że obydwie ukończyły się szczęśliwie. Operacja ta w ostatnich dopiero czasach zwróciła szczególną uwagę chirurgów angielskich, a z pomiędzy nich, tak co do sposobu wykonywania operacji jak i co do zasad, któremi w wyborze przypadku i następném postępowaniu chirurg kierować się powinien, niezapreczenie Baker Brown trzyma pierwsze miejsce; dla tego p. K. cały ten ustęp podług tego autora podaje.

Przed operacją chirurg powinien przekonać się: 1) że ma do czynienia z torbielą jajnika, i to przekonanie powinno być stwierdzone śledzeniem innych kolegów; 2) że postęp torbieli i szkodliwy wpływ jój rozrastania się na inne organa są takimi, iż ostatecznie do grobu chorą zaprowadzić mogą; 3) że probowane były już bezskutecznie inne działania chirurgiczne, lecz tylko takie, które owariotomii nie wykluczają, do tych zaś ostatnich należą uformowanie odpływowego otworu i wycięcie częściowe torbieli; 4) że guz, który mamy operować, nie ma charakteru guzów rakowatych i 5) że stan ogólny chorój nie przyszedł jeszcze do takiego stopnia rozstrojenia, iż większej wagi operacja, jaką jest owariotomia, niezawodną śmiercią zagrażać jój może.

Sama operacja polega na przecięciu ścian brzusznych aż do torbieli, dłużej od 2ch do 3ch cali, na przebicium torbieli dużym trojgrańcem lub osobno do tego przez p. Mathieu obmyśloném narzędziem, na przzerwaniu zrośnięć ścian torbieli z otrzewną, na wydobyciu całej torbieli wraz z szypułką, na którój była osadzoną, nakoniec na podwiązaniu szypułki lub zaciśnięciu jój w kleszczykach także przez pana Mathieu podanych i na następném wycięciu ponad zaciś-

niętą szypułką całego guza. Przyczém kol. K. podał praktyczne uwagi B a k e r B r o w n a co do technicznego postępowania, przygotowania chorój, jój ułożenia, czynności pomocników, ostrożności zachować się mających i t. d. Postępowanie to chirurgiczne jest zmienném stosownie do tego, jaki stan samego jajnika napotka chirurg po otwarciu ścian brzucha. Na taką zmianę w postępowaniu mogą wpływać: 1) Przyrośnięcie tylnój ściany torbieli takie, iż torbiel nie może być wyciągniętą na zewnątrz i wyciętą zupełnie; wtenczas potrzebą ograniczyć się na wycięciu częściowém ściany torbieli. 2) Przyrośnięcia mogą być tak silne od przodu, iż nawet wycięcie częściowe może być dokonaniem tylko na bardzo ograniczonej przestrzeni; wtedy wypada zrobić otwór dla stałego wydzielania treści torbieli. 3) Pomimo najściślejzego wybadania napotkać możemy w miejscu torbieli guz rakowatój natury, włókniak lub inny jaki nowotwór; w takim razie powinniśmy zaniechać zupełnie naszój operacyi, ranę zakryć i postępować stosownie do następstw operacyą rozpoczętą wywołanych. 4) Nakoniec po wycięciu torbieli napotkać możemy drugą rozwijającą się na drugim jajniku. Wtedy, idąc za przykładem Pearsle i Baker Browna, należy też wyciągnąć przez ranę drugi jajnik i wyciąć go jednocześnie, z trzech bowiem przypadków podobnych żaden nie zakończył się śmiercią.

Śmierć następuje według Baker Browna: 1) z zapalenia otrzewnej; 2) z krwotoków następnych z szypułki lub z naczyń przerwanych przyrośnięć; 3) z zapalenia otrzewnej zgnilnego, jak się wyraża Baker Brown,— lecz, o ile z opisu tego można wnioskować, jest to *septicaemia* i nakoniec 4) z ropnicy (*pyaemia*).

Statystyka téj operacyi jest dosyć już liczną. Pan K. przytoczył te tylko statystyczne wyliczenia, w których każdy niemal przypadek krytycznie był ocenionym. Worms zebrał wszystkie przypadki owariotomii dokonane od początku w Anglii, Francyi i Niemczech; jego wyliczenia dały 60 wyzdrowień na 100. Ale Worms nie oddzielał przypadków operacyj rozpoczętych, lecz dla przeszkód napotkanych nie dokończonych. Clay podaje 537 przypadków operacyj dokonanych

w Anglii. Z tych 537 przypadków, 395 było zupełnie dokonanych operacyj, 24 wycięć częściowych worka, nakoniec 118 przypadków, w których operacja była rozpoczęta, lecz dla przeszkód napotkanych do końca doprowadzoną nie została. Te 118 przypadków dało 41 śmierci, 77 wyzdrowień; 395 przypadków zupełnie dokonanych operacyj dało 212 wyzdrowień, 183 śmierci. W ostatnich latach dokonane przez samego p. Cly z Manchester 105 operacyj dały tylko 52 śmierci. Spencer Wels w ciągu ostatnich 3ch lat wykonał 22 operacyj, które dały 7 śmierci; nakoniec Baker Brown od czasu objęcia służby w *London Surgical Home* do maja 1862 r. zrobił 19 owariotomij, które dały 6 śmierci.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 5 maja 1863 r.

Przewodniczy Wice-prezes, p. *Dorantowicz*.

Obecni jako goście: Dr. Kraszewski i Dr. Bernhard (syn).

Odczytano i przyjęto protokół poprzedzającego posiedzenia.

I. Złożono dla Biblioteki Towarzystwa:

1. Od Dra B e r e n d a z Berlina: „Medizinische Reise-skizzen aus England im Sommer 1862. Berlin 1863.“ w 8ce, 36 stron.

2. Od Prof. Dra S k o b l a z Krakowa: „Krótka wiadomość o wodach lekarskich cygieleckich. Kraków 1862.“ (odb.

z Roczn. T. N. Krak.) w 8-ce, 25 stron. (Sprawozdawca: kol. Weinberg).

3. Od Dra Wilczkowskiego: „Krótki rys anatomii opisowej dla felczerów. Warszawa 1862.“ (w 8-ce, 100 str.) Nauka o nawiązkach, (48 stron). Chirurgia niższa (123 stron). (Podziękowanie autorom).

II. Następnie, w dalszym ciągu rozpraw o torbielach jajnika i ich leczeniu, zabrał głos p. Helbich, czyniąc niektóre uwagi nad podanemi przez kol. Korzeniowskiego wskazaniem do szczegółowych operacyj używanych w celu leczenia rzeczonych chorób.

Co do *nakłócia z naciskiem*, zapytał, jak się takowy nacisk uskutecznia?

Co do *wstrzykiwań* przyznał, że są najstosowniejszemi, gdy torbiel jest jednokomórkowy, ale zarazem podniósł, jak trudne jest nieraz w tej mierze rozpoznanie. Nie pojmuje też p. H., dla czego wstrzykiwania mają być tylko wtedy wskazane, gdy nakłócie *po raz pierwszy* się uskutecznia? W 4tym opisanym przez siebie przypadku (str. 83 — 86) sam kol. H. kilkakrotnie powtarzał zastrzykanie, wprawdzie bez wielkiego skutku, ale też bez szkody dla choréj. — Co do warunku, aby zawartość była płynną, nadmienil, że są przypadki, w których z powodu wielkiego napięcia ścian torbiela, niepodobna jest rozpoznać zawartości tegoż. Wskazanie 4te podane przez kol. Korz. przeciwi się pierwszemu, w którym tenże powiedział, że torbiel powinien być jednokomórkowy. Przypadki śmierci wskutek zapalenia otrzewnej po zastrzyknięciu w torbiel zapewne pochodziły, zdaniem p. H., z niedokładnego zastrzyknięcia tak, że płyn dostał się do jamy otrzewnej przy zatraconym paralelizmie otworów (w ścianie brzucha i torbiela).

Co do utrzymania sztucznego otworu w torbieli, zapytywał p. H. o kształt rurek *Ledrana* i wyrażał wątpliwość co do możliwości uskutecznienia takiego otworu przy pomocy środków żrących (*Recamier*) lub nakłócia igłami (*Trousseau*).

Częściowe wycięcie ścian jajnika jest zdaniem p. Helbicha rękoczyn prawie cięższy od owariotomii, albowiem rana brzucha w tym razie musi być jeszcze większą, a kilka linii

więcej lub mniej stanowi tu wielką różnicę; przytém żyły, które w téj operacyi należy obchodzić, są częstokroć tak ukryte, że niepodobna jest nożyczkami ich uniknąć.

Wreście co do saméj *owariotomii*, wskazania *Baker Browna* dobre są do książki, ale w praktyce przystosowanie ich nie małe przedstawi trudności. I tak między innymi rozpoznanie torbiela nieraz jest niemożliwe, wykluczenie zaś operacyi przy jajnikach rakowatych chyba dla tego ma miejsce, że rana w ścianach może być zbyt małą dla wydobycia całego nowotworu.

Powyższe zarzuty zbijał p. Korzeniowski w następujący sposób: Nakłócie torbiela wielokomorkowego da się uskutecznić w *położeniu leżącym* choréj, gdzie po wypuszczeniu płynu z pierwszój komory, starać się trzeba naprowadzić kolejno inne części guza na rurkę trójgrańca. (B. Brown i inni).

Przy nakłóciu z następnym naciskiem używa się pasa flanelowego a na to pasków *ex ungt. adhaesivo* nakształt paszków *Bayntona* nałożonych.

Pod względem wskazań do *wstrzykiwań* przypomniat: że rozpoznanie torbiela *jednokomorkowego* po nakłóciu torbiela jest możliwe; — w torbielach zaś wielokomorkowych wstrzykiwania są wskazane w tych przypadkach, w których mamy jeden wielki torbiel i kilka pobocznych mniejszych, tych bowiem rozwój przez wstrzyknięcia może być opóźniony. — Śmierć po zastrzyknięciu w przypadkach *Legranda* ztąd pochodziła, że nakłócie i wstrzyknięcie uskutecznione było tuż przed grożącym już pęknięciem jajnika wskutek zgorzeli tej.

Rurka *Ledrana*, mająca utrzymać paralelizm otworu ściany brzusznej i otworu jajnika, ma postać guziczka od kieszki przedziurawionego w środku. — *Srodki żrące* są teraz często używane w celu otrzymania otworu drążącego przez jamę otrzewną do narzędzi w niej położonych np. w przypadkach ropnia wątroby lub śledziony, wodunek wątroby (*hydatides*) i t. d. Sam Kol. Korz. kilkakrotnie widział środek ten z dobrym skutkiem w tym celu użyty przez prof. *Nelato* na w Paryżu.

Przy częściowém wycięciu jajnika uskutecznia się albo mały otwór w ścianie brzucha, albo (według Wilsona) otwór większy i podwiązanie naczyń; — większego rozmiaru żyły są najczęściej powierzchowne.

Nareście *co do ovariotomii*: rozpoznanie ułatwione jest przez poprzedzające wstępne operacye. Rękoczyn ten przedsięwzięć można dopiero przy pewnym rozwinięciu torbiela, gdy takowy usunie na bok inne trzewa, mogące być uszkodzonymi przy działaniu.— Nowotwory rakowate jajnika najczęściej zlepiają się z macicą i innymi narządami w miednicy położonymi, ztąd wielka trudność oddzielenia ich; przytém naczynia otrzymują z najrozmaitszych stron, ztąd większe niebezpieczeństwo krwotoków.

III. Następnie p. Korzeniowski opowiedział przypadek choroby usznej następowej po płonicy (szkarlatyna), w którym owrrodziałe były powierzchownie brzegi bębena i jama bębenkowa, zaś okienko jajowate (*fenestra ovalis*) i strzemię (*stapes*) były nienaruszone. Po uskutecznioném zastrzyknięciu w ucho część płynu przypadkiem pozostała w uchu i stało się, że chory, który przedtém miał słuch nader nadwerężony, teraz mógł słyszeć; za wypuszczeniem całkowitem płynu z ucha znów ogłuchł, i to samo był w stanie dowolnie powtarzać. Ponieważ w tym przypadku trąbka *Eustachego* była zatkana, p. Korzeniowski objaśnia sobie powyższe zjawiska w ten sposób, że utrudnione w skutek tego przenoszenie się drgań powietrza do strzemia i okienka jajowatego umożliwiało zostało płynem, który wprowadzono do jamy bębnekowej. Ztąd poszło wskazanie do kateteryzmu trąby Eustachego i do następnego rozszerzania tejże powietrzem, które też do tyła dobrym uwieńczone zostało skutkiem, że chory, przedtém całkiem głuchy, teraz dość dobrze słyszy.

P. Szokalski z powodu spostrzeżenia kol. Korzeniowskiego nadmienił, że nie jest ono jedyne i położył przycisk na ten wiadomy fakt, że fale głosowe prędzej się udzielają za pomocą płynów, niż za pośrednictwem powietrza.

IV. P. Korzeniowski następnie zwracał uwagę na związek, jaki zachodzi między stanem anatomicznym organu

Pam. T. L. W. Tom XLIX.

słuchowego a rozwojem umysłowym głuchoniemego i z tego powodu wniósł, aby Towarzystwo z grona swego wysadziło komitet w celu ścisłego obejrzenia stanu organów słuchowych u głuchoniemych w tutejszym Instytucie.

P. Helbich wspomniał o zasługach Dra Siertrzyńskiego, który usiłował zaprowadzić u nas racjonalniejszy sposób nauczania głuchoniemych.

P. Szokalski mówił o zacofanym w ogóle stanowisku pedagogicznem Warszawskiego Instytutu głuchoniemych i ociemniałych.

PP. Lubelski (Wilhelm) i Korzeniowski wspominali o zaprowadzonych we Francyi tak. zw. oddziałach paralelnych w klassach zwyczajnych zakładów naukowych, gdzie się wychowują razem z innymi uczniami głuchoniemi, którzy jeszcze cokolwiek słyszą i przy nauce posilkują się przypatrywaniem się migom ustnym.

Po dalszej dyskusyi, w której jeszcze brali udział koll. Weinberg, Korzeniowski i Janikowski (Stanisław), Towarzystwo przychylając się do wniosku p. Korzeniowskiego, wyznaczyło Komitet pod przewodnictwem kol. Bącewicza, lekarza Instytutu głuchoniemych, złożony z koll. Helbicha, Jodki, Korzeniowskiego i Szokalskiego.

V. VI. P. Sztumer opowiedział przypadek, spostrzeżany w Szpitalu Ewanielickim, zimnicy złośliwej występującej w postaci nader gwałtownych napadów szału (*mania*), wyleczony wielkimi dawkami siarczanu chininy, i przedstawił kolegom zachowany w wysoku wyrób patologiczny, to jest ogromnych rozmiarów nowotwór rakowaty śródpiersia przedniego (*mediastinum ant.*) i osierdzia; w skutek nacisku tego nowotworu serce było do $\frac{1}{4}$ niemal części zmniejszone. Chory, u którego prócz tego był obustronny wysięk w opłucnej, nie przedstawiał za życia znaków, z którychby rzeczono-go nowotworu można było się domyślać.

VII. *Sekretarz stały* (p. Szokalski) opowiedział rzadki przypadek nerwobolu powieki górnej, ograniczającego się do miejsca wielkości ziarka pieprzu, uleczonego czasowo wkraplaniami i okładami z roztworu octanu morfiny.

VIII. W końcu posiedzenia *Wice-prezes* wspomniał o nerwobolu następnym po zagojonej ranie *m. bicipitis*, objawiającym się w dłoni; ból ten dotychczas tylko chwilowo dał się usuwać podskórnymi zastrzykaniami octanu morfiny.

II. Posiedzenia Oddziałów.

Oddział położnictwa, chorób kobiecych i dzieci.

Posiedzenie 3cie, dnia 14. kwietnia 1863 r.

Przewodniczący p. *Tyrchowski*.

I. Brak przyrodzony macicy. II. Hydrocephalus congenitus. III. Poród bez bólów. IV. Macica wynicowana).

Protokół z poprzedzającego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. P. T y c h o w s k i odczytał opis widzianego przez siebie przypadku braku macicy i wewnętrznych części rodnych.

W miesiącu styczniu r. b. wezwany był wraz z kolegą *Hirschfeldem* do pani N. dla udzielenia rady lekarskiej w cierpieniu, które, zagrażając zerwaniem niedawno zawartego związku małżeńskiego, mimo udzielonej pomocy nie ustąpiło. Zdrowie pani N. było ciągle dobre, chorób ważniejszych nie przebywała żadnych, brak tylko odpływów miesięcznych mimo postępujących lat zwracał uwagę najbliższych jej osób, które, nie tracąc jednak nadziei, że opóźnienie to w objawach życia rodzajowego będzie tylko przemijającym, nie wahały się nama-

wiać ją do pojęcia za mąż za młodego wdowca, co też rzeczywiście przed 9ma miesiącami nastąpiło. Jednakże z powodu niemożności wprowadzenia prącia do pochwy spółkowanie okazało się niepodobnym, a gdy mimo powtórnych usiłowań nie udało się przeszkody przezwyciężyć, zasiągnięto rady lekarza, który, uznawszy, że gruba i niepodatna błona dziewicza stanowi przeszkodę, błonę tę nożem przeciął, poczem spółkowanie było łatwiejsze, jakkolwiek zawsze niedokładne. Powtórnie wezwany lekarz ponowił operacyą, (której rodzaju chora bliżej nie określa), jednak bez pożądanego skutku i spółkowanie obu stron nie zadawałniało. Ta okoliczność, jak również wypływające z tego źródła nieporozumienia zagnęły panią N. do szukania dalszej porady lekarskiej.

Blizsze zbadanie choréj dostarczyło następujących szczegółów.

Pani N. liczy obecnie 19 lat, brunetka, wzrostu średniego, więcej szczupła, lecz kształtnie zbudowana, powierzchowności powabnej, oka żywego, temperamentu krwistego; piersi (sutki) wydatne, okrągłe, jędrne, brodawki wystające, obwódka różowa. Brzuch zwykłej objętości i postaci, powłoki brzuszne gładkie, sprężyste, podatne; wzgórek łonowy miernie wyniosły, ciemnym włosem kędzierzawym zarosły. Łechtaczka zwykłej postaci i wielkości; wargi większe wydatne zakrywają wargi mniejsze, na których wewnętrznej powierzchni ku dołowi dostrzegać się dają grube fałdy jako kawałki rozdzielonej błony dziewiczej; ujście cewki moczowej we właściwém miejscu, otwór sromny miernéj obszerności. Wprowadzony palec do pochwy z łatwością dosięgał jéj sklepienia, na którém wszakże żadnego śladu części pochowowej, ani też jakichbądź nierówności wysledzić nie można było. Ściany pochwy były dosyć grube i jędrne, odległość sklepienia pochwy od jéj ujścia nie wynosiła więcej nad 4 centymetry. Śledząc przez kışkę odchodową palcem nawet głęboko wprowadzonym, nigdzie nic znaleźć nie można było, coby w dotykaniu macicę, jéj więzy lub jajniki przypominać mogło, żadnej twardości, żadnej nierówności;— a przy równoczesném wprowadzeniu palca wskazującego drugiey ręki do głębi pochwy, w kışce odchodowej umieszczony wyraźnie

przylegał od zewnątrz do sklepienia pochwy i palec w niej będący okrężał, nie napotykał na żadną część twardą. Nadto, naciskając palcem ścianę przednią kiszki odchodowej, można było swobodnie dotykać przedniej części miednicy, jęj brzegu górnego w całej rozciągłości; a przy niezwykłej podatności ścian kiszki odchodowej i cienkości powłok brzusznych, na których druga ręka płasko ułożona dokładnie rozróżniała poruszenia i kierunek palca wewnątrz będącego, zbadano całą dolną okolicę brzucha, nie wysłedzono jednak nic, coby postawą swoją lub jędrnością przypominać mogło jajniki, macicę lub więzadła do niej należące. Wziernik 3-listny *Segalasa* wchodzi do pochwy z łatwością, a powierzchnia pochwy wewnętrzna tak na bocznych częściach, jak i na sklepieniu przedstawia się w zwykłej barwie różowej i pomarszczona. Stan zdrowia ogólny dobry, chora nie uskarżała się na cierpienia prócz bólu głowy, którzy jednak szczególnej peryodyczności nie przedstawia i zdaje się pochodzić z powodów czysto przypadkowych.

Mamy więc przed sobą jeden z tych rzadszych przypadków, które lubo żadnego nie dopuszczają leczenia, ważnemi są jednakże pod względem rozpoznawczym, a pod względem sądowo-lekarskim nie jedno mogą nastęrczyć pytanie do rozwiązania. Pani N. przedstawia postać i budowę ciała kobietom właściwą, sutki jęj są rozwinięte, części płciowe zewnętrzne, wżórek łonowy, łechtaczka, wargi sromne większe i mniejsze dobrze wykształcone; pochwa jednak w rozwinięciu swém wstrzymana przedstawia worek ślepo od góry zakończony, nie więcj długości nad 4 centymetry mający; części rodzajnych wewnętrznych, macicy, jęj więzów, jajników nie ma ani śladu; odpływów miesięcznych nie ma i nie było żadnych, co większa, żadnych usiłowań do wydzielen tego rodzaju: mimo tego popęd płciowy, który już w 16. roku życia objawiać się zaczął, dotąd trwa, tak, że spółkowanie, jakkolwiek wielce niedokładne, sprawia jęj przyjemne wrażenie. Cierpienie przeto pani N. należałoby nazwać *defectus congenitus uteri et partium genitalium internarum*, gdyby zupełny brak macicy i części płcio-

wych wewnętrznych ze wszelką ścisłością za życia kobiety mógł być wykazany.

P. Głisczyński przytacza, że od miesiąca października r. z. do marca r. b. miał sposobność spostrzegania 3ch podobnych przypadków. W jednym z nich cewka moczowa była do tego stopnia rozszerzona, że można było w prowadzić w nią palec i spółkowanie przez nią się odbywało.

P. K o n i t z przypomina, że dotychczas ogłoszone przypadki kliniczne i oględziny pośmiertne pozwalają nam wnioskować, iż zupełny brak macicy należy do bardzo rzadkich potwornych przekształceń. U żyjących trudno powiedzieć, czy wcale nie ma macicy, lub też czy się znajduje w postaci zarodkowej; nawet na trupie nie tak łatwo się to da z pewnością oznaczyć, jakby się na pozór zdawało. Następnie opowiada, że na początku r. z. zgłosiła się do niego osoba zamężna narzekająca na brak czyszczeń miesięcznych i niepłodność. Kilkakrotnie ją śledził; badał ją także kol. B r a u n: dobrze zbudowana, 20 kilka lat mająca, okazywała wszystkie zewnętrzne cechy kobiety. Skóra gładka, delikatna i biała, rysy twarzy łagodne i przyjemne, głos miękki, sutki dobrze rozwinięte. Nigdy nie miała miesiączki, ale co cztery tygodnie objawiała się *molimina menstrualia* z przepuszczającymi cierpieniami, a głównie narzekała wtedy na bardzo trudny oddech, — niekiedy na krwιά płucie. Od czterech lat zamężna, często odbywała spółkowanie, do którego popęd nie był zmniejszony, ale jest niepłodną. Zewnętrzne części rodzajne dobrze były rozwinięte, wzgórek łonowy włosem porośły, pochwa zaś, długa blisko na 3 cale, ślepo się kończyła i żadnej części pochwowój macicy nie było. Przez kiszkę odchodową w środkowej linii we wchodzie małej miednicy żadnego organu napotkać nie można było, ale po bokach czuć się dały dwa twarde ciała wielkości orzecha laskowego, które połączone były włóknistym powrozem długości około 2ch cali. Wprowadzony męzki cewnik (kateter) do pęcherza nie napotykał jakiegobądź ciała, lecz tylko palec głęboko wsunięty do kiszki odchodowój.

Przypominając, że przy braku zupełnym macicy lub przy niedokładnym jój rozwinięciu zazwyczaj znajdujemy zupełny

albo też częściowy tylko brak pochwy, jajowodów i więzów okrągłych, kiedy jajniki, więzy szerokie, części rodzajne zewnętrzne mogą być mniej więcej zupełnie wykształcone, — pan K. mniema jednak, iż pomimo że pochwa była niemal prawidłowa, przypadek ten podciągnąć należy pod rubrykę braku macicy, kilkakrotnie bowiem przez niego i kol. Braun a powtórzone śledzenia dowiodły im dobitnie, że na linii środkowej nie było żadnego organu, owe zaś dwa ciała możnaby uważać albo za powiększone jajniki skutkiem powtarzającego się co miesiąc nawału, albo może raczej za niedokładne częściowe rozwinięcie dwóch rozdzielonych rożków macicy połączonych z sobą.

P. G l i s c z y ń s k i przytacza postrzegany przez niego przypadek braku macicy nadesłany mu z Lublina przez p. Dra Krzyżanowskiego. W przypadku tym chora podlegała co miesiąc zapaleniu oskrzelów połączonemu czasami z płuciem krwią.

P. R o s e n t h a l robi uwagę, że stosunkowo częste pojawianie się téj choroby w naszym kraju mogłoby naprowadzić na myśl, że pojawianie się to jój jest endemiczne. Przytacza dalej, że i on miał sposobność spostrzegania przypadku braku macicy u kobiety na pozór dobrze fizycznie wykształconej, od 15 lat zamężnej, u której pomimo tego braku popęd płciowy się objawiał. Dodaje wreszcie, że przy badaniu takich chorych należy być nadzwyczaj oględnym i wyznania ich przyjmować z pewnym niedowierzaniem, gdyż chore takie, nie chcąc odbierać sobie wszelkiej nadziei, przytaczają objawy, których wcale nie doznają i tém lekarza w błąd mogą wprowadzać.

P. C h w a t powiada, że i on miał sposobność spostrzegania 5u chorych z podobnym cierpieniem i dodaje co do częstości tych pzzypadków, że takową można sobie w ten sposób wytłómaczyć, iż chore takie, chcąc koniecznie uleczyć się ze swego cierpienia i nie znajdując żądanej pomocy u jednego lekarza, udają się do innych tak, że tym sposobem kilku lekarzy, nie wiedząc jeden o drugim, mają sposobność śledzić jedną i tę samą chorą. Tak i on z pięciu przypadków przez

siebie zauważanych, widział 3, które również kol. Głisczyński postrzegał.

P. Dorantowicz zwraca uwagę, że w roku 1841 kolega Helbich w Pamiętniku T. L. ogłosił przypadek tego rodzaju.

II. P. Głisczyński opowiada przypadek widzianej przez siebie ogromnej wodnej puchliny jamy czaszkowej (*hydrocephalus*) u dziecka. W 6 tygodni po urodzeniu obwód główki wynosił 16 cali, a odległość jednego ucha od drugiego przez wierzchołek głowy mierzona 26 cali. Dziecię to nie miało żadnych objawów mózgowych. Jest ono wesołe, sypia i ssie dobrze, wszystkie czynności ciała odbywa prawidłowo. We trzy miesiące po urodzeniu uległo zapaleniu oskrzelów, z którego wyzdrowiało. Po przejściu téj choroby wyrznęły się 2 ząbki, a w czwartym miesiącu dziecię to usiłowało podnosić główkę z poduszek.

P. Tyrchowski podobny widział przypadek, w którym główka dziecka miała 27 cali obwodu. Przynętem była *blepharoptosis*, jednakże wszystkie zdolności umysłowe były dobrze rozwinięte.

Pan Dorantowicz przytacza takiż przypadek, to jest chłopca znajdującego się od kilku lat w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

III. P. Konitz następnie opowiedział przebieg porodu, który przedstawił to zboczenie, że pomimo prawidłowe kurczenie się macicy żadnego nie było uczucia bolesnego ani w brzuchu, ani w krzyżu, tylko w odległym i niezwykłym miejscu, a poród ukończył się szczęśliwie siłami natury. W pierwszej połowie marca r. b. wezwany był około godziny 10ej wieczorem do rodzącej, której wszystkie poprzednie porody, w liczbie pięciu, prawidłowo odbywały się w kilka godzin przy silnych bólach porodowych. Kobietę 33 lat mającą, zdrową, dobrze zbudowaną, otyłą, zastał siedzącą na fotelu i bardzo niepokojną o przebieg obecnego porodu. Opowiada chora, że się znajduje przy końcu ciąży i że od tygodnia prawie codziennie w porze wieczornej przechodziły ją dreszcze, tego zaś dnia dreszcze wracają prawie co 10 minut i są połączone z duszno-

ścią na piersiach, i że bez najmniejszego bolu w krzyżu lub brzuchu nastąpił nagle odpływ wód płodowych. Zewnętrzne badanie okazało mu podłużne położenie płodu żywego, a przy wewnętrzném śledzeniu palec napotkał główkę już w wydrążeniu małej miednicy, tylną wargę zupełnie zaszła, przednią jeszcze obwisłą. Woda płodowa ciągle się sączyła. Zalecił spokojne położenie, a uspokowszy rodzącą, został aż do ukończenia ciekawego porodu. Pierwsze dreszcze objawiły się około godziny 8. wieczorem wraz z towarzyszącym im przykrym bolem czyli raczej tłóceniem w miejscu mogącym być zakrytém przez dziesiątkę, między 2m i 3m żebrzem z prawej strony tuż przy kości mostkowej; to nader przykre uczucie tłóczenia z dusznością rozpromieniło się wnet po całej przedniej powierzchni szyi i trwało wraz z ogólném drżeniem mięśniów parę minut, podczas czego p. K. pod ręką czuł regularne kurczenia się macicy, które nie wywoływały najmniejszego czucia bolesnego ani w brzuchu, ani w krzyżu. Około godziny pierwszej po północy rodząca wita z radością pierwszy ból porodowy, który jednak więcej nie wraca i tylko przy powtarzającym się ciągle wyżej wspomnianym objawie odbywającej się sprawy porodowej rodzi się o godzinie 2iej, bez poczucia chorój, dziecię niezwykłych rozmiarów, a w kilkanaście minut później wydaloném zostaje wielkie łożysko. Niezadługo jednak potem zamiast dreszczów i duszności objawiają się zwykłe bole poporodowe, które do 5go dnia połogu prawidłowego dręczyły położnicę. Jak poprzednie, tak i to dziecię karmi sama i cieszy się dotychczas, jak zwykle, dobrem zdrowiem.

P. Rosenthal miał sposobność spostrzegania podobnego przypadku, z tą różnicą, że przy każdym kurczeniu się macicy ból silny występował w nodze prawej, kiedy ani w krzyżu ani w żywocie bolu nie było.

IV. W końcu posiedzenia p. Korzeniowski przedstawił okaz choroby macicy pochodzący z kobiety, która przybyła do Szpitala Dzieciątka Jezus z wyciowaniem macicy. Macica wyciowana przeszła w zgorzelinę i skutkiem tejże odpadła w całości. Kobieta tę sprawę chorobną przeżyła szczęśliwie

i już przychodziła do zdrowia, kiedy stała się ofiarą panującej podówczas cholery. Okoliczność ta pozwoliła panu K. zachować ciekawy okaz, na którym widzieć się daje pochwya wyciowana, a na jój dnie blizna, jako jedyna oznaka miejsca, w którém wyciowana macica się znajdowała.

Dr. J. Brann.

WIADOMOŚCI URZĘDOWE.

O zniesieniu ograniczeń w zakładaniu izb felczerskich.

W IMIENIU NAJJAŚNIEJSZEGO

ALEXANDRA II.

CESARZA WSZECH ROSSYI KRÓLA POLSKIEGO,

& & &

Rada Administracyjna Królestwa.

Zważywszy, że wypływające z Ustawy dla zgromadzeń felczerskich, pod dniem 11. (23.) września 1842. r. przez Radę Administracyjną zatwierdzonej, pewne ograniczenia w zakładaniu nowych izb felczerskich po miastach, a mianowicie ściągające się do względów na ludność i stan izb już istniejących, obecnie powodują ścieśnienie wolności zarobkowania; Rada Administracyjna, na przedstawienie Kommissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych, z mocy Najwyższego JEGO CESARSKO-KRÓLEWSKIEJ MOŚCI upoważnienia, postanowiła i stanowi:

Art. 1. Wszelkie ograniczenia w zakładaniu izb felczerskich po miastach, z Ustawy o zgromadzeniach felczerskich wypływające, a ściągające się do względów na ludność, jakoteż stan zamożności izb felczerskich już egzystujących, uchylają się.

Art. 2. Dozwala się przeto felczynom posiadającym odpowiednie kwalifikacje, po uzyskaniu konsensów, swobodnie zakładać izby felczerskie we wszystkich miejscowościach w miastach Królestwa.

Art. 3. Przepisy co do kwalifikacyi osobistój, jakoteż co do formalności administracyjnych dla pozyskania tych konsensów na zakładanie izb felczerskich, Ustawą o zgromadzeniach felczerskich objęte, w swój mocy nadal utrzymują się.

Art. 4. Wykonanie niniejszego postanowienia, które w Dzienniku praw ma być umieszczone, Komissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych poleca się.

Działo się w Warszawie dnia 4. (16.) Stycznia 1863 r.
WIELKI KSIĄŻĘ Namiestnik **JEGO CESARSKO-KRÓLEWSKIEJ**
MOŚCI w Królestwie Polskiem,
 (podpisano) **KONSTANTY**.

Naczelnik Rządu Cywilnego,
 (podp.) *Hrabia Wielopolski Margr. Myszkowski*.

P. o. Dyrektora Głównego Prezydującego w Kommissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych, Szambelan Dworu **JEGO CESARSKIEJ MOŚCI**, Rzeczywisty Radca Stanu, (podp.) *Keller*.

Sekretarz Stanu, (podp.) *Enoch*.

(Dz. Powsz.)

o potrzebie Szpitala wyłącznie dla dzieci.

(Z protokółów w posiedzeń Rady Stanu).

Na posiedzeniu Rady Stanu Królestwa Polskiego z dnia 18 (30.) października 1862 r. Członek Rady Stanu Rosen podał wniosek, aby Rada Stanu wyraziła życzenie, iżby Kommissya Spraw Wewnętrznych zajęła się obmyśleniem środków dla założenia szpitala wyłącznie dla dzieci.

Wydział Skarbowo-Administracyjny objaśnił, iż zasięgnął w tym przedmiocie zdania Dziekana Wydziału Lekarskiego Dra Le Brun, Naczelnego Lekarza Szpitala Dzieciątka Jezus, który, przyznając użyteczność proponowanej Instytucyi, uczynił wszakże uwagę, że zakład i utrzymanie szpitala specjalnego dla dzieci, jest kosztowniejszym, niżeli każdego innego szpitala specjalnego, a wątpić można, aby szpital taki w mieście tutejszém był ciągle normalną liczbą chorych dzieci zaludnionym, bo

w ogólném usposobieniu mieszkańców leży skłonność leczenia chorych dzieci w domu rodzicielskim, pod bezpośrednią macierzyńską opieką. Modyfikując przeto wniosek Członka Rady Stanu Rosena, Wydział Skarbowo-Administracyjny proponował: aby Rada Stanu zwróciła uwagę Rządu na potrzebę urządzenia sal specjalnych dla dzieci w szpitalach warszawskich, w miarę wyznaczać się mogących na ten cel zasiłków Rządowych.

Uczylił przytém Wydział uwagę, iż w kraju tutejszym pilniejszym niż szpital dla dzieci byłoby utworzenie zakładu do przyjmowania ubogich chorych chronicznych, którym sztuka lekarska uleczenia nie obiecuje.

Członek Rady Stanu Rosen wyraził: że dzieci potrzeba leczyć w sposób specjalny; że osobne do tego szpitale są w Berlinie, w Paryżu i Moskwie; że osobny szpital byłby pepinięią dla lekarzy, a przy urządzeniu sal tylko oddzielnych specjalność zachować się nie da. Obstawał więc przy wniosku, nadmieniając, że na uposażenie takiego szpitala złożono na jego ręce sumę rs. 20,000.

JEGO CESARSKA WYSOKOŚĆ WIELKI KSIĄŻE Prezes Rady uważał: iż tu zachodzi kwestya techniczna, którą wypada oddać do rozbioru ludzi fachowych i otworzyć pole dyskusyi w dziennikach, czy właściwszém byłoby urządzić szpital oddzielny dla dzieci, czy sale przy innych szpitalach, nadmieniając, iż załatwienie w ten sposób wniosku Członka Rady Stanu Rosena nie przesądzałoby w niczém inicjatywie osób prywatnych.

Rada Stanu oświadczyła się bez głosowania za zdaniem swojego Prezesa. (*Dz. Powsz*)

Zmiany w Służbie Lekarskiej.

Przez Postanowienie Rady Administracyjnej. *W Wydziale Komisji Rządowej Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.* Uwoluiony od służby: na własne żądanie, z powodu słabości zdrowia, Profesor Zwyczajny Medycyny Sądowej i Psychiatrii, pełn. zastępczo obowiązki Prezydenta w Ce-

sarsko-Królewskiej Warszawskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii, Radca Stanu Andrzej Janikowski.

— *W Wydziale Komisyyi Spraw Wewnętrznych.* Tenże uwolniony na własne żądanie od obowiązków Członka Etatowego Rady Lekarskiej, z pozostawieniem go Członkiem Honorowym Rady Lekarskiej. — Mianowany: Spadły z etatu Pomocnik Inspektora Głównego Służby Zdrowia, Radca Stanu Leon Sokołowski Członkiem Rady Lekarskiej.

— Rozkazem do Zarządu Cywilnego Królestwa Polskiego z d. 18 (30) stycznia 1863 r., *w Wydziale Komisyyi Spraw Wewnętrznych* mianowani: Władysław Drużyłowski Lekarem przy więzieniu w Płocku; Doktor Medycyny Marian Wyrzywański Lekarem przy więzieniu w Piotrkowie. — Uwolniony od służby na własne żądanie: Lekarz przy więzieniu w Płocku Doktor Medycyny Władysław Tyrchowski. — Zmarły wykreślony zostaje z listy Urzędników p. o. Lekarza przy więzieniu w Piotrkowie Konstanty Szeligowski.

— Rozkazem do Zarządu Cywilnego Królestwa Polskiego z d. 9 lutego 1863 r., przez postanowienie Rady Administracyjnej, *w Wydziale Komisyyi Spraw Wewnętrznych* mianowany: Doktor Medycyny Tytus Chałubiński Członkiem Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych. — Zatwierdzeni: Członkowie Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych, Doktorowie Medycyny: Radca Stanu Bącewicz, Adam Helbich, Ludwik Koehler.

Uwolnieni ze służby, na własne żądanie. Członek Farmaceutyczny Rady Lekarskiej Królestwa, Radca Stanu Teodor Heinrich, i Członek Honorowy tejże Rady Lekarskiej, spadły z etatu Dyrektor Instytutu położniczego, Doktor Medycyny Jakób Frey, — oba z prawem noszenia wysłużonego munduru.

— Przez rozporządzenia *Komisyyi Rządowej Spraw Wewnętrznych* mianowani: Lekarze Jan Przychodzki Lekarem szpitala starozakonnych w Radomiu, Henryk Stano Lekarem szpitala starozakonnych w Międzyrzeczu, Władysław Florkewicz Lekarem szpitala w Konięcpolu. Uwolniony od służby na własne żądanie: Lekarz szpitala starozakonnych w Międzyrzeczu Flejszerowski.

— W dniach 27 i 29 stycznia r. b. odbył się z decyzji Rady Głównej Opiekuńczej Zakł. Dobroc. w Szpitalach Św. Ducha i Św. Łazarza w Warszawie *Konkurs na Lekarza Szpitala Św. Leona w Opatowie*, w obec delegacji złożonej z 6ciu lekarzy szpitalnych, przez Radę Główną wyznaczoną, pod przewodnictwem lekarza Członka Rady Głównej. Do konkursu stanęło 3ch lekarzy, b. Studentów tutejszej Akademii Med. Chir., z których P. Witold Kuszel otrzymał rzeczoną posadę.

**Spis imienny lekarzy w Mieście St. Warszawie
zamieszkałych (1).**

1. Angel Adolf, Nr. 1417, ulica Zielna.
2. Anns Jan, Nr. 451, ulica Krakowskie-Przedmieście, 87.
3. Apte Markus, Nr. 2259, ulica Nalewki.
4. Babczyński Kazimierz, Nr. 3100, ulica Wolska.
5. Baranowski Ignacy, Nr. 495*a*, ulica Miodowa, 3.
6. Bartkowski Klemens, Nr. 1347*d*, ulica Mazowiecka.
7. Bącewicz Jan, Nr. 1248, ulica Nowy Świat, 59.
8. Bernhard Adolf, Nr. 971, ulica Graniczna.
9. Biliński Jan, Nr. 485, ulica Miodowa, 10.
10. Biruntowicz Michał, Nr. 314, ulica Nowe-Miasto.
11. Biszlagier Józef, Nr. 3106*x*, ulica Młynarska.
12. Blumengarten Samuel, Nr. 176, Praga, ulica Targowa.
13. Braun Jan, Nr. 783, ulica Elektoralna, 33.
14. Brodowski Włodzimierz, Nr. 1574*c*, ul. Widok (Al. Jeroz.)
15. Bruner Ignacy (ojciec), Nr. 450, ulica Krak.-Przedm. 851.
16. Bruner Mikołaj (syn), tamże.
17. Brünner Edward, Nr. 949*ab*, ulica Przechodnia.
18. Chałubiński Tytus, Nr. 604, ulica Bielańska.
19. Chlebowski Jan, Nr. 3, ulica Św. Jańska.
20. Chwat Ludwik, Nr. 2248*b*, ulica Nalewki.

(1) Liczba poprzedzająca nazwę ulicy jest numerem domu podług dawniej numeracji; liczba po nazwisku ulicy, gdzie się znajduje, oznacza numer domu według nowej numeracji (zaprowadzonej na niektórych tylko ulicach).

21. Darewski Ludwik, Nr. 401, ulica Krak.-Przedmieście 10.
22. Dobieszewski Zygmunt, Nr. 407, ulica Krak.-Przedm. 1.
23. Dobrzański Aleksander. Nr. 1363*a*, ul. Jasna (plac Zielony).
24. Dorantowicz Aleksander, Nr. 23/4, ulica Św. Jańska.
25. Dubarle Karol, Nr. 1066*k*, ulica Królewska.
26. Dudrewicz Jan, Nr. 2238, ulica Nalewki.
27. Dworzaczek Ferdynand, Nr. 1337, ulica Św. Krzyzka (plac Warecki).
28. Dybek Włodzimierz, tamże.
29. Eborowicz Antoni, Nr. 501/2, ulica Podwale, 19.
30. Estrejcher Antoni, Nr. 1325, ulica Św. Krzyzka.
31. Flamm Dawid, Nr. 1260, ulica Nowy-Świat, 27.
32. Frey Jakób, Nr. 1534/3, ulica Marszałkowska (Chmielna).
33. Frejer Jan, Nr. 1591, ulica Bracka.
34. Frydrych Bartłomiej, Nr. 1577, ulica Bracka.
35. Fukier Andrzej, Nr. 1531*a*, ulica Chmielna.
36. Gepner Bolesław, Nr. 2772, ulica Aleksandrya.
37. Girsztowt Polikarp, Nr. 1582*b*, ulica Bracka.
38. Głisczyński Adam, Nr. 472, ulica Senatorska, 23.
39. Grabowski Ludwik, Nr. 732, ulica Leszno.
40. Gregorowicz Karol, Nr. 1559*b*, ulica Chmielna.
41. Groër Franciszek, Nr. 750, ulica Elektoralna, 12.
42. Groshejt Leon, Nr. 2254, ulica Nalewki.
43. Grzybczyk Mateusz, Nr. 1334, ulica Św. Krzyzka.
44. Heinrich Aleksander, Nr. 473*b*, ulica Senatorska, 17.
45. Helbich Adam, Nr. 544, ulica Długa, 12.
46. Hirschberg Wilhelm, Nr. 1281, ulica Nowy-Świat, 4.
47. Hirschfeld Ludwik, Nr. 471*g*, ulica Rymarska.
48. Hoyer Henryk, Nr. 1345*b*, ulica Św. Krzyzka.
49. Jabłonowski Feliks, Nr. 451, ulica Krak.-Przedm. 87.
50. Janikowski Andrzej (ojciec), Nr. 497*a*, ulica Podwale, 1.
51. Janikowski Stanisław (syn), tamże.
52. Jasiński Ksawery, Nr. 413*d*, za Żelazną bramą.
Jodko; patrz Narkiewicz Jodko.
53. Jastrzębski Feliks, Nr. 923, ulica Chłodna.
54. Kaczkowski Karol, Nr. 582, ulica Długa, 29.
55. Kamieński Michał, Nr. 1066*n*, ulica Królewska.

56. Karpowicz Jan, Nr. 675, ulica Leszno.
57. Karwacki Aleksander,, Nr. 2849/₅₀, ulica Tamka.
58. Karwowski Konstanty, 442, ulica Krak.-Przedmieście, 71.
59. Katarzyński Józef, Nr. 413*f*, za Żelazną bramą.
60. Kinderfreund Józef, Nr. 2098, ulica Inflancka.
61. Kobylański Franciszek, Nr. 1315, ulica Nowy-Świat, 70.
62. Kochański Wiktor, Nr. 1266/*a*, Nowy-Świat, 13.
63. Koehler Ludwik, Nr. 476*b*, ulica Nowo-Senatorska.
64. Konitz Leon, Nr. 726*ab*, ulica Leszno.
65. Korzeniowski Hipolit, Nr. 1674, ulica Mokotowska.
66. Kosiński Julian, Nr. 1626, ulica Żórawia.
67. Kosztulski Jan, Nr. 275, ulica Freta.
68. Kowalski Mateusz, Nr. 2687*a*, ulica Bednarska.
69. Kraszewski Piotr, Nr. 366, ulica Krak.-Przedm., 84.
70. Krysiński Ildefons, Nr. 792, ulica Elektoralna, 15.
71. Kryszka Antoni, Nr. 395, ulica Krak.-Przedmieście, 22.
72. Kulesza Jan, Nr. 460, ulica Senatorska, 6.
73. Kwaśniewski Józef, Nr. 752/₃, ulica Elektoralna, 14.
74. Landowski Wincenty, Nr. 2241, ulica Nalewki.
75. Langowski Marceli, Nr. 471*e*, ulica Rymarska.
76. Laskowski Władysław, Nr. 2701, ulica Furmańska.
77. Le Brun Aleksander, Nr. 412*e*, ulica Królewska.
78. Leo Leopold, Nr. 490, ulica Miodowa, 13.
79. Levittoux Henryk, Nr. 468/₉, ulica Senatorska, 22.
80. Libchen Jan, Nr. 1351, ulica Mazowiecka.
81. Loewenglück Julian, Nr. 2260, ulica Nalewki.
82. Lubelski Filip, (ojciec), Nr. 1771*a*, ulica Św. Jerska.
83. Lubelski Wilhelm (syn), Nr. 453, ulica Senatorska.
84. Łuczkiwicz Henryk, Nr. 399, ulica Krak.-Przedm., 14.
85. Majewski Erazm, Nr. 551, ulica Długa, 22.
86. Malcz Mieczysław, 1066*m*, ulica Marszałkowska (pl. Ziel).
87. Markusfeld Stanisław, Nr. 1062, ulica Królewska.
88. Miler Konstanty, Nr. 660, ulica Leszno.
89. Morawski Cezar, Nr. 482, ulica Miodowa, 4.
90. Morgenstern Aleksander, Nr. 471*e*, ulica Senatorska, 26.
91. Mülhausen Józef, Nr. 1335, ulica Św. Krzyżka.
92. Narkiewicz-Jodko Witold, Nr. 1297, ulica Nowy-Świat, 34.

93. Natanson Ludwik, Nr. 1077*d*, ulica Graniczna.
94. Neugebauer Ludwik, Nr. 413*b*, ulica Królewska.
95. Nowicki Emilian, Nr. 2236, ulica Nowolipki.
96. Obrębski Henryk, Nr. 1351*b*, ulica Mazowiecka.
97. Oczapowski Jan, Nr. 1066*ł*, plac Zielony.
98. Olbratowicz Walenty, Nr. 472, ulica Senatorska (Żabia).
99. Orłowski Władysław, Nr. 1579, ulica Bracka.
100. Pawlikowski Karol, Nr. 413*aa*, plac Saski (ul. Królewska).
101. Pawłowski Kalikst, Nr. 733, ulica Elektoralna.
102. Pilcicki Michał, Nr. 1259*c*, ulica Nowy-Świat, 33,
103. Pilecki Antoni, Nr. 1355*f*, ulica Szpitalna, (pl. Warecki)
104. Piotrowski Józef, Nr. 554, ulica Długa, 26.
105. Płaskowski Romuald, Nr. 1258*b*, ulica Nowy-Świat, 37.
106. Podowski Henryk, Nr. 1751*a*, ulica Książęca.
107. Poźniakowski Jan, Nr. 876, ulica Ogrodowa.
108. Radziszewski Józef, Nr. 1334*b*, ulica Św. Krzyzka.
109. Rakowski Ksawery, Nr: 1257, ulica Nowy-Świat, 41.
110. Rappaport Joachim, Nr. 2225, ulica Pokorna.
111. Rose Józef Konstanty, Nr. 668, ulica Leszno.
112. Rosenblum Benjamin, Nr. 1245*a*, ulica Nowy-Świat, 67.
113. Rosenfeld Leon, Nr. 1080, ulica Twarda.
114. Rosenthal Dawid, Nr. 1777, ulica Św. Jerska.
115. Rosenzweig Michał, Nr. 411, ulica Krak.-Przedmieście, 9.
116. Rossmann Henryk, Nr. 2916, ulica Solec.
117. Rotwand Mateusz, Nr. 2098, ulica Inflancka.
118. Rywacki Jerzy, Nr. 347, ulica Nowe-Miasto.
119. Seeman Józef Antoni.
120. Siekaczyński Walenty, Nr. 1578*a*, ulica Widok.
121. Sikorski Antoni, Nr. 1397, ulica Marszałkowska.
122. Simon Arnold, Nr. 1083, ulica Twarda.
123. Smiechowski Władysław, Nr. 42, ulica Stare-Miasto.
124. Sokołowski Leon, Nr. 1291, ulica Nowy-Świat, 22.
125. Sommer Feliks, Nr. 1375, ulica Marszałkowska.
126. Sosnowski Damazy, Nr. 397, ulica Krak.-Przedmieście, 18.
127. Stankiewicz Józef, Nr. 2339, ulica Nalewki.
128. Sternschuss Jozue, Nr. 1063, ulica Królewska.
129. Studencki Mateusz, Nr. 2262, ulica Nalewki.

130. Stummer Józef Wiktor, Nr. 1078*b*, ulica Graniczna.
131. Święcicki Jan, Nr. 2675, ulica Bednarska.
132. Szokalski Wiktor Feliks, Nr. 1377, ulica Marszałkowska.
133. Szperber Edward, Nr. 1245*a*, ulica Nowy-Świat, 67
134. Szrajzer Józef, Nr. 600*ab*, ulica Bielańska.
135. Tyrchowski Władysław, Nr. 391, ulica Krak.-Przedm., 32
136. Weigt Frydrych, Nr. 599*b*, ulica Bielańska.
137. Weinberg Julian, Nr. 956*b*, ulica Żabia, (za Żel. bramą).
138. Wilczkowski Witalis, Nr. 511, ulica Podwale, 34.
139. Wilde Emil, Nr. 413*a*, Saski plac.
140. Winnicki Zenon, Nr. 2687*a*, ulica Bednarska.
141. Wiślocki Teofil, Nr. 1355*g*, ulica Szpitalna.
142. Witkowski Stanisław, Nr. 889, ulica Biała.
143. Wolf Maxymilian, Nr. 955, ulica Żabia.
144. Wrotnowski Julian, Nr. 1247, ulica Nowy-Świat, 61.
145. Wszebor Józef, Praga, ulica Brukowa, (obok Apteki).
146. Wyczałkowski Wincenty, Nr. 601, ulica Bielańska.

Przyznane stopnie lekarskie.

Szkola Główna Warszawska. — Dziekan Wydziału Lekarskiego. — Podaje do publicznej wiadomości, że po całkowitem ukończeniu pięcioletniego kursu nauk w b. Cesarsko-Królewskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii i po złożeniu ścisłych egzaminów tak teoretycznych, jak i praktycznych, pp. Belke Teofil, Bruner Mikołaj, Chomętowski Stanisław, Dobieszewski Zygmunt, Huzarski Stanisław, Kulesza Karol, Kuszel Witold, Nowak Jakób, Stępkowski Florian, Targowski Stanisław, Tymiński Antoni i Zawadzki Żeliszaw, otrzymali stopnie Lekarzy. — Zaś pp. Kwaśnicki Jan, Pyrkosz Leonard, Rogowicz Jakób, Sikorski Antoni, Sniadkowski Adam, Sommer Feliks, Stankiewicz Władysław, Stano Henryk, Witkowski Stanisław i Wszebor Józef, otrzymali stopnie Lekarzy z prawem ubiegania się w każdym czasie o stopień Doktora Medycyny, po obronie przez siebie napisanej rozprawy. — Dziekan Dr. *Lebrun.* — Sekretarz Wydziału Lekarskiego, Dr *Łuczkiwicz.*

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie III. Seryi IV.

(Ogólnego Zbioru Tom XLIX.)

I. Rozprawy i pisma własne.

	Strona.
O dzisiejszém stanowisku okulistyki uwag kilka z powodu Kongresu oftalmologicznego.....	65
O zadaniach konkursowych.....	146
Cel i dążność sekcji utworzonych w gronie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.....	227
O badaniach topograficzno-lekarskich kraju naszego....	395
Szkic higieny Podola oparty na jego statystyce. Część I. Przez Dra <i>Józefa Rollego</i>	399
Kilka słów z powodu artykułu <i>P. Vernois</i> o środkach zaradczych przeciw wścieklicznie, — skreślił <i>Piotr Seifman</i> , Mag. Weter.....	190
Pogląd krytyczny na obecne stanowisko fizjologii i patologii nerwów zwojowych, — skreślił Dr <i>Konstanty Karwowski</i> (D. c. z Tomu XLVIII. Pam. str. 149).	32
Nieczułość skóry ogólnej. Zaniemienie. Porażenie częściowe zmysłów. Cierpienie serca. — Spostrzeżenie opisane przez <i>Jakóba Nowaka</i> Lek. prakt. w Warsz..	232
Uwagi Redakcyi nad powyższym artykułem.....	248
O gimnastyce higienicznej i lekarskiej. Napisał Dr <i>J. Fałęcki</i> , Adjk. Kliniki Lek. w Uniw. Jagiell.....	257
Porównawcze badania romaitych operacji zalecanych przeciw ocieklinom żylnym (<i>varices</i>). Przez Dra <i>Jana Mińkiewicza</i>	5, 151

Przyrząd gipsowy przerywany do złamań powikłanych z poranieniami, owrzodzeniami i t. p. Przez Dra <i>Koźmiewskiego</i> , Prof. Adjk. Chirurgii w Szkole Głównej Warszawskiej.....	296
Sprawozdanie z czynności Kliniki chirurgicznej w C. K. Akademii Med. Chirurg. Warsz. w roku 1860/61. Skreślił Prof. Dr. <i>Le Brun</i>	436
Otwór w podniebieniu twardeńm przenikający do jamy nosowej. Operacja plastyczna z dobrym skutkiem. Przez Dra <i>Kosińskiego</i> , Prosektora Szkoły Głównej Warszawskiej.....	92
Opis kilku chorób jajnika — skreślił Dr <i>Adam Helbich</i> .	70

II. Wiadomości krajowe.

Szkoła Główna Warszawska.....	393
Obrona rozprawy Dra W. Narkiewicza Jodki na stopień Docenta	—
„ „ P. Ksawerego Pasiutewicza na stopień Doktora	364
Towarzystwa uczone.....	353
Oddział nauk przyrodn. i lek. Towarzystwa nauk. Krakows...	—
Projekt zawiązania Towarzystwa lek. polskich w Galicyi....	371
Towarzystwo lekarskie Wileńskie	353
„ „ Podolskie	478
Kasy wsparcia lekarzów i aptekarzy w Królestwie Pols.	336
Sprawozdanie Kasy wsparcia lekarskiej za rok 1862....	—
„ Kasy wsparcia Hufelandowskiej za r. 1862 .	247
Porównanie Kasy wsparcia pruskiej z naszą	348
Sprawozdanie Kasy wsparcia farmaceutów z lat 1860, 61 i 62	349
Uwagi nad powyższem sprawozdaniem.....	351
Nekrologia	358
Blum Stanisław Leon.....	359
Dąbrowski Wincenty.....	358
Klecki Jan Antoni.....	361
Myło Edward.....	362
Röhr Franciszek.....	360
Żelkowski Wojciech.....	358
Wiadomości urzędowe.	
Zniesienie ograniczeń w zakładaniu izb felczerskich.	500
O potrzebie osobnego Szpitala dla dzieci w Warszawie.....	501
Zmiany w Służbie lekarskiej w Królestwie Polskiem.	502
Statystyka Służby zdrowia w Królestwie Polskiem w r. 1863.	362
Spis imienny lekarzy w M. Stoł. Warszawie zamieszkałych.	504
Wykłady na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w ciągu półroczna letniego r. 1863.....	392
O potrzebie akuszerki wiejskich w Galicyi.....	372
Wiadomości rozmaite.....	364

III. Wiadomości zakrajowe.

Kilka słów o Kongresie oftalmologicznym w Paryżu, podał Dr. Paweł <i>Kruniewicz</i>	101
Kronika lekarska zagraniczna. Przez Dra <i>Juliana Kulskiego</i> w Radomsku. I—IV.....	195, 208, 313 i 450
Wyciągi z literatury zagranicznej:	
Położnictwo i choroby kobiet.....	112 i 331
Chirurgia.....	120
Medycyna wewnętrzna (choroby dzieci).....	122
Hygiena publiczna.....	126

Treść przedmiotów zawartych w Kronice lekarskiej

i w Wyciągach z Czasopisów jest następująca:

<i>Anaphrodisiaca</i> p. Bromek potasu.	
Asfiksyja noworodków.....	327
<i>Belladonna</i> przeciw niemożności zatrzymania moczu.....	219
Bromek potasu, środek przeciwhuciowy.....	—
Ciałka krwi. oznaczanie ich ilościowe.....	369
Ciąża zewnątrz - maciczna (nowy rodzaj).....	333
Ciemierzycza zielona: otrucie tym środkiem.....	218
Ciepło: mierzenie jego u dzieci.....	123
" " przy porodzie i w położu.....	204
Chloroform: ratowanie.....	204, 465
Choroby robotników obrabiających kamienie.....	129
" " w fabrykach wyrobów stalowych.....	126
Choroby wysypkowe (samoistne ich powstawanie).....	458
<i>Croup</i> p. Dławiec.	
Cukru w moczu wykrycie.....	462
Czejka (Nekrolog).....	207
Dławiec: jego warunki meteorologiczne.....	200
<i>Epithelioma</i> p. Rakowiec.	
<i>Evolutio spontanea</i> . p. Wyklucie.	
Goleń: p. Wrzody.	
Gorączka mleczna u noworodków.....	124
Gorączka położowa: jej leczenie.....	112
Gruźlica. p. Żelazo.	
<i>Incontinentia urinae</i> : p. <i>Belladonna</i> .	
Inozyt w moczu.....	454
Jajnik: p. Owariotomia i Torbiel.	
Kąpiele rozpylające.....	212
<i>Kephalothrypsis</i>	326
Kerna pochwała.....	467
Knox (Nekrol).....	207

IV

	Strona
Kości: p. Nekroza. Próchnienie.	
Kostki wewn. resekcya	210
Kręgi szyjowe: p. Zwichnienie.	
Kwas chromny w chorobach zewnętrznych	120
Krzywica: jój powstawanie	217
Lekarska praktyka w Szwajcaryi	221
Lekarze gminowi w Czechach	—
Lekarze wojskowi w Ameryce Półn.	206
Lekarzy poświęcenie	469
<i>Lolium temulentum</i>	452
Łożysko: znak oddzielenia się	119
„ oddalanie jego	205
Macica: jak długo zachowuje po śmierci rodzącej samodziel- ną czynność	118
„ obrzmienie	325
„ rakowiec części pochwowój	367
„ zupełne wycięcie	463
Makowiec otrucie	325
Miny: ich higiena	131
Moquin Tandon (Nekrol.)	469
Mózgu (Rana głowy z utratą)	328
„ przepuklina	459
Nekroza kości	122
Nerwu 5. pary cierpienia: ich wpływ na 2. i 3. parę	318
<i>Opium</i> : p. Makowiec.	
Ospa ochronna: jój początek	452
„ „ szczepienie powtórne	213
„ „ w pierwszych dniach życia	124
„ „ przeszczepianie	374
Owariotomia	201, 325, 332, 463
Ozon: p. Powietrze.	
Palec wielki: p. Zwichnienie.	
Paznokieć wrosły: leczenie	200
Pęcherza moczowego przepętnienie, przeszkoda przy porodzie	463
Płuca: p. Roślina skrytopłciowa.	
Płyn Villate'a przeciw próchnieniu kości i przetokom	321
Podwiązywanie tętnic: p. Ucisk.	
Poród przedwczesny: wywołanie	334
Powietrze: czyszczenie ozonem	374
Próchnienie kości: płyn Villate'a przeciw temuż	321
Prostnicy zarosnięcie	317
Przewód piersiowy: jego przebieg	354
<i>Pulvérisatur</i> : p. Kąpiele rozpylające.	
<i>Rachitis</i> : p. Krzywica.	
Rakowiec części pochwowój macicy	367
<i>Rectum</i> : p. Prostnica.	
<i>Resectio</i> : p. Kostka wewnętrzna.	
Robert (Nekrol)	207
Robotnicy obrabiający kamienie: p. Choroby.	
„ w fabrykach wyrobów stalowych: p. Choroby.	
Ropy przeniesienie	315, 454
Roślina skrytopłciowa w płucach	329
Rozdanie nagród w Akad. lekarsk. w Paryżu	195
„ „ „ umiejętności „	210
„ „ truczny nań	375

	Strona.
Serce: ruchy jego	
Siarkonów (sulfites) użycie chirurgiczne	206
Skóra: wsysanie leków	319, 455
Słoma spleśniała: jej wpływ	131
Śmierci rzeczywistej znak	316
Śmiertelność w Armii Półn. Amer.	468
„ statystyka tejże	221
Szkarłatyna: nowy symptom	125
Tajemnica lekarska	197
Tamponada nosa	215
Tchawicy katetyzacja u noworodków	327
Tętniak t. kręgowej	218
Thénard (pochw.)	196
Torbiel jajnika	212, 331
Torbielowe obrzmienie piersi	464
Ucisk drótem w miejsce podwiązania tętnicy	213
<i>Veratrum</i> : p. Ciemierzycza.	
Woda do picia	196, 208, 313, 450
Wrzody goleni	103
Wścieklizna: środki polic. lek.	132
Zinnica: nowe leki	198
Zmiażdżenie czaszki	326
Zwichnienie kręgow szyjowych	316
„ wielkiego palca	466
Żelazo (półtora chlorek) przeciw gruźlicy	215

IV. Krytyka.

Spinale Kinderlähmung. Monographie von Dr Heine. Stuttgart. 1860.— Sprawozd. Dra <i>L. Konitza</i>	137
Rys zasad chirurgii wojennej. Warszawa 1863. — Sprawozdanie Dra <i>H. Korzeniowskiego</i>	470
Warszawa pod względem topograficznym, higienicznym i geologicznym przez Redaktora Przyjaciela Zdrowia. Warszawa 1862. — Sprawozdanie <i>Stanisława Janikowskiego</i>	57
Literatura Fyzyografii ziemi polskiej przez Prof. Dra J. Majera Kraków 1862.— Sprawozdanie <i>Stanisława Janikowskiego</i>	475
Tom III. Anatomii Prof. <i>Hirschfelda</i> (doniesienie)	477
Przegląd czasopisów lekarskich krajowych	365
Przegląd lekarski Krakowski	—
Tygodnik lekarski	375

V. Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia ogólne.

Posiedzenie z dnia	18 listopada	1862 r.	43	
"	"	2 grudnia	48	
"	"	23 "	51	
"	"	8 stycznia	1863 r.	52
"	"	13 "	"	54
"	"	21 "	"	222
"	"	3 lutego	"	224
"	"	17 "	"	379
"	"	3 marca	"	381
"	"	17 "	"	382
"	"	7 kwietnia	"	384
"	"	21 "	"	483
"	"	8 maja	"	458
Posiedzenia Oddziału położnictwa, chorób kobiecych i dzieci.				
Posiedzenie 1sze	dnia 10 lutego	1863 r.	388	
"	2gie	" 10 marca	"	389
"	3cie	" 10 kwietnia	"	493

VI. Od Redakcyi.

Uwaga.....	226, 482
------------	----------