

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —  
„ półrocznie „ 2 „ 50  
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:  
„ „ rocznie . . . Rs. 6.  
„ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ: Przyczynek do Kazuistyki nowotworów gałki ocznej, podał Prof. *Brodowski*.— Nowy sposób leczenia posępnicy z otępieniem (*Melancholia attonita*), za pomocą elektryczności indukcyjnej (prądów przerywanych), napisał St. Chomętowski.— Kazuistyka. Postrzeżenie dotyczące nauki o zarosnięciu pochwy macicznej, napisał Dr. L. A. Neugebauer.— Kronika zagraniczna: Przegląd literatury chirurgicznej niemieckiej.— Opatrunki nieprzemakające, przez Dra. Wszeborę.— Część statystyczna (dokończenie).— Wiadomości bieżące.

## Przyczynek do kazuistyki nowotworów gałki ocznej.

Podał Prof. *Brodowski*.

Ostatnich dni kwietnia roku przeszłego, na posiedzeniu Wydziału anatomii, fizjologii i nauk przyrodzonych Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Dr. *Narkiewicz-Jodko* przedstawił 4 letnią dziewczynkę, bardzo dobrze zbudowaną i również dobrze odżywianą, która miała na twarzy guz wielkości blisko pięści, wyrastający z prawego oczodołu. Guz ten miał podstawę dosyć wąską, powierzchnię czerwonawą, dosyć gładką, tu i owdzie zlekka wżgórkowatą; na niej w paru miejscach dawały się spostrzegać powierzchowne owrzodzenia brudno-szaro-zielonawe, sączące w niewielkiej ilości odrażliwej woni płyn posokowaty. Z gałki oka nie pozostało ani śladu. Oko lewe było zmienione w sposób następujący: źrenica mocno rozszerzona; komórka przednia nie istnieje, tęczą bowiem wraz z soczewką dotykają bezpośrednio rogówki; ciało szkliste mętne, cała głąb oka wypełniona masą szarawą; konsystencya jego zwiększona. Wzrok zupełnie stracony. Przyczém Dr. *Jodko* opowiedział co następuje o poprzedzającym stanie małej swój pacjentki:

Po raz pierwszy widział ją przed rokiem z okolic Łowicza przywiezioną. W owym czasie lewe oko zdawało się jeszcze na pozór być normalnem. W prawém, źrenica była mocno rozszerzona, komórka przednia prawidłowej wielkości, soczewka przezroczysta, po za nią nie wielka ilość ciała szklanego również przezroczystego, znajdującego się w lejkowatém zagłębieniu białej jak mléko niepołyskującej massy, wypełniającej resztę gałki ocznej. Przy ukośném oświetleniu, ściany tego zagłębienia przedstawiały się wżgórkowatemi, po nich przebiegały czerwone naczynka miejscami poprzerywane. Strata wzroku z téj strony zupełna. W lewém oku, pozornie, jak to już wyżej powiedziano, normal-



ném, po rozszerzeniu źrenicy, Dr. Jodko za pośrednictwem wziernika dostrzegł na siatkówce ku górze i na wewnątrz od wzgórka nerwu wzrokowego płaską białawą wyniosłość okrągłą, wielkości  $2\frac{1}{2}$  średnicy wzmiankowanego wzgórka; ku dołowi zaś i także na wewnątrz: drugą podobną wyniosłość, znacznie jednak mniejszą, bo rozmiarami swymi o nie wiele tylko przenoszącą brodawkę nerwu wzrokowego. Obrisy obu tych wyniosłości były niewyraźne i nieregularne, powierzchnia zaś gładka; po mniejszej przebiegało naczynko błony siatkowej, w niczym nie zmienione. Reszta dna oka nie nieprawidłowego nie przedstawiała. Pole widzenia było ograniczone i znajdowało się na zewnątrz. Dziecko tém okiem dość drobne nawet przedmioty rozróżniało; chodziło samo, ale zawadzało dosyć często o przedmioty znajdujące się na drodze, i dla tego właśnie chód był nie pewny. Matka chorego dziecięcia oznajmiła przytém, że pomienionej niepewności chodu dostrzegła dopiero ostatnimi czasy, i to właśnie zmusiło ją do szukania rady. Osłabienie wzroku w oku prawém postrzegala wprawdzie już od kilku miesięcy, nie bardzo wszakże tém się niepokoiła, gdyż dziecko nie cierpiało z tego powodu, a pod każdym innym względem cieszyło się jak najlepszym zdrowiem.

Zestawiwszy te wszystkie dane Dr. Jodko przyszedł ostatecznie do tego wniosku, że najprawdopodobniej ma do czynienia z obustronnym rakiem siatkówki. Zalecił używanie jodku potassu w małych ilościach wewnątrz, morfing zaś endermatycznie w razie, gdyby dziecko doznawało bólu w oczach.

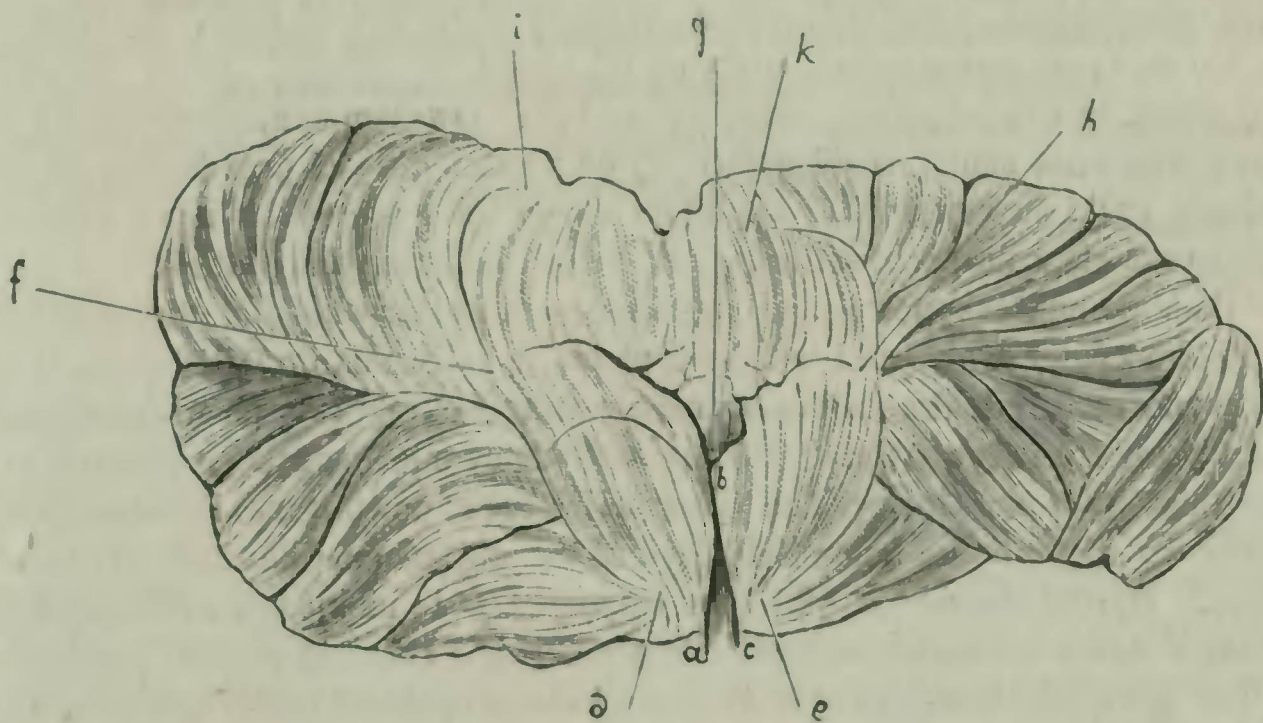
Gdy w jesieni tegoż samego roku po raz drugi to dziecko przywieziono; prawa gałka oczna już była cała nowotworem wypełniona, komórka przednia nie istniała, tęczka prawie zupełnie zanikła, soczewka do rogówki przyciśnięta, ostatnia zaczęła już mętnieć, szczególnie zaś przy brzegu zewnętrznym; naczynia spojówki mocno nastrzykane, rozszerzone, twardówka ścięczała, niebieskawej barwy; konsystencya gałki ocznej znacznie zwiększona, ruchy jej utrudnione, neuralgia rzęskowa w wielkim stopniu. Oko zaś lewe przedstawiało mniej więcej takie same zmiany, jak prawe za pierwszym widzeniem pacjentki. Dr. Jodko radził w owym czasie wyluszczenie przeistoczonej gałki ocznej, głównie celem usunięcia bardzo dolegliwych bólów, których była siedliskiem; na operacyą tę jednak matka przystać nie chciała. Obecnie zgadza się na nią.

Wzmiankowana operacya wykonana została w klinice chirurgicznej przez Prof. Lebrun'a, a guz wyluszczonej przysłano mi do rozpoznania.

Przedstawiał się on w postaci mniej więcej elipsoidy nieregularnej, przybliżonej z jednej strony; był około 10 cent. długi, 7—szeroki, i 4 cent. gruby. Pierwszy z tych wymiarów w stosunku do oczodołu, z którego guz wyrastał, odpowiada poziomój średnicy poprzecznej, drugi—pionowej, trzeci—przednio-tylniej. Wypukła powierzchnia tego guza dosyć nierówna, miejscami wzgórkowata, niezbyt głębokimi rowkami poprzedzielana, jakby płatkowata, po samym prawie środku zakłęśta, jasno-czerwono zabarwiona, z wyjątkiem paru miejsc brudno-szaro-zielonawych, odpowiadających wyżej wzmiankowanemu powierzchownemu owrzodzeniu. Na płaskiej, nierównie bledszej i dosyć gładkiej powierzchni tego nowotworu daje się spostrzegać, po samym niemal środku, koniec (a c) nieco zgrubiałego



nerwu wzrokowego, a nad nim w pobliżu wywrócona, nieco zgrubiała górna powieka. Spojność w ogóle całego nowotworu niewielka, do téjże rdzenia podobna, nie wszędzie wszakże jednostajna: jest on miększym i kruchszym przy powierzchni wypukłej i w ogóle u obwodu, trwarszym nieco przy płaskiej i w ogóle ku środkowi. Powierzchnia rozkroju gładka, połyskująca, biała jak mléko, przy brzegu wypukłym miejscami brunatno-czerwonawa; za pociśnieniem sączy się z niej niewielka ilość przezroczystego płynu, wodnisteo, miejscami nieco krwią zabarwionego. Na środku tylnej połowy nadmienionej powierzchni, odpowiadającej poziomej średnicy tego guza, widać bardzo wyraźnie przecięcie najzupełniej przeistoczonej i znacznie zwiększonej gałki ocznej, ukośnie wyciągniętej w kierunku wewnętrznego



kąta oka. Ze składowych jój części dają się rozpoznać następujące: wzgórek nerwu wzrokowego wyciągnięty w kończasty blisko 4 mm. długi stożek (abc), będący bezpośredniem przedłużeniem zgrubiałego nerwu wzrokowego, po obu jego stronach resztki mocno zcieńczałej i ku przodowi coraz bardziej cieniejącej twardówki, przerwanej z tyłu po obu stronach wzgórka nerwu wzrokowego na przestrzeni 3 milimetrów (d, e) i z przodu, w pobliżu wewnętrznego brzegu rogówki, na przestrzeni około 7 milimetrów (f). Jako przedłużenie twardówki z prawej strony, jakkolwiek z trudnością, daje się wszakże dojrzyć niezmiernie cienka rysa, w postaci krzywej linii bardzo wypukłej (hk), znikającej na przedniej części nowotworu; z drugiej strony po téj większej, wyżej wzmiankowanej przerwie w twardówce, widać także jako dalszy ciąg linii krzywej reprezentującej twardówkę, podobnie bardzo cienką prążkę (fi), również jak i tamta zakrzywioną. I ta także znika w massie nowotworu nie połączywszy się z tamtą. Są to prawdopodobnie szczątki rogówki przerwanej na przestrzeni (i k), przez bujający z wewnątrz gałki ocznej nowotwór. W pośród części nowotworu, wypełniającej wnętrze téj gałki, części, która z wyjątkiem tylko znaczniejszej spoistości, najzupełniej podobną jest do okrywającej zewsząd téż gałkę zewnątrz, znajduje się miejscami szarawa, miejscami zaś czarna nieregularnie wklęsta kresa (fgh), do podłużnego



przecięcia nieregularnego lejka podobna, z której miejscami wybiegają żółtawo zabarwione wyrostki. Podobnież czarniawe smugi, i w podobnymże kierunku przebiegające, dają się spostrzegać i na powierzchni rozkroju prostopadłej do powierzchni poprzedzającej, tak, że rzeczywiście cała ta szaro-czarniawa masa, o której tu mowa, tworzy rodzaj lejka nieregularnego, znajdującego się wewnątrz gałki ocznej, którego wierzchołek zlewa się nieznacznie ze stożkowato wyciągniętym wzgórkem nerwu wzrokowego. Część nowotworu, znajdująca się wewnątrz powyższego lejka jest ciemniejszą od położonej na zewnątrz niego, miejscami szarawa, miejscami czerwona, przy wierzchołku zaś miejscami ciemno-żółta; żółto-szarawo jest zabarwiona tu i owdzie masa nowotworu i zewnątrz lejka, ale tylko tuż w pobliżu niego znajdująca się. Są to bezwątpienia szczątki naczyniówki (chorioidea), oddalonej przez bujający nowotwór od ściany gałki ocznej.

Co się tyczy powierzchni rozkroju tej części nowotworu, która okrywała gałkę oczną, to i ta zupełnie jednolitą nie była. Owszem znajdowały się na niej białawe włókniste smugi, rozbiegające się po większej części promienisto od nadmienionej gałki na zewnątrz. Skutkiem czego cały nowotwór miał wejrzenie składającego się z licznych, ściśle jednak z sobą połączonych płatków.

Badanie mikroskopowe tego nowotworu za świeża okazało, że się składał przeważnie z jąder drobnych i komórek; pierwsze kuliste około 0,010 m. m. w średnicy wynoszące, z lekka drobno-ziarniste; drugie okrągławe, po większej części z lekka kątowne ledwo 0,012-0,015 mm. w średnicy mieć mogące, o pojedynczych jądrach niczym się nieróżniących od jąder nagich tegoż nowotworu, i bardzo nikłym, częstokroć z wielką tylko trudnością dojrzeć się dającym ciałku komórki (protoplasma). Oprócz komórek kulistych napotykały się niekiedy i wrzecionowate, częstokroć nawet o długich wypustkach, a niekiedy i komórki postaci nieregularnej. Tak jądra jak i komórki były nieco większe w większej części nowotworu, tj. w okrywającej przeistoczoną gałkę oczną, a zwłaszcza od przodu; mniejsze zaś nieco, a miejscami i znacznie mniejsze — w zbitych jego części, a przedewszystkiem w tej, która wewnątrz wzmiankowanej gałki wypełniała. Ta nawet ostatnia przeważnie składała się z jąder, zawierała bardzo niewiele komórek kulistych i nieregularnych; wrzecionowatych zaś wcaleśmy w niej nie spotykali. Powyższe pierwiastki anatomiczne leżały kupkami rozmaitej wielkości i postaci, stosownie do rozmaitych części badanego nowotworu: większe i okrągłe kupki znajdowałyśmy w skrawkach branych z pulchniejszych części nowotworu, a więc bliższych wypukłej jego powierzchni; mniejsze zaś, bardziej podługowate, wrzecionowate kupki, a nawet pojedynczymi rzędami równoległymi leżące komórki i jądra spostrzegałyśmy w skrawkach, pochodzących z bardziej zbitych części zajmującego nas guza, przeważnie zaś z położonych tuż przy samej twardówce wewnątrz gałki ocznej. W pulchniejszych częściach tego nowotworu wzmiankowane kupki pierwiastków anatomicznych zlewały się z sobą bez wyraźnych granic, niekiedy wszakże trafiało się już i w tych częściach na znajdujące się pomiędzy pomienionymi kupkami lśniące, cienkie a równe włókienka, czasem nawet i na złożone z nich cieniutkie pasemka. Pasemka te stawały się coraz wyraźniejszymi, tj. coraz grubszymi, a nawet i z coraz grubszych włókienek złożonymi, w miarę jak się



zmniejszały i wydłużały poodgraniczane niemi wzmiankowane kupki pierwiastków anatomicznych. Najgrubsze wspomniane pasemka były pomiędzy równoległymi wyżej wspomnianymi rzędami tych pierwiastków. Nadmienić jeszcze należy, że w pulchniejszych częściach nowotworu, zwłaszcza zaś czerwono zabarwionych, znajdowały się dość liczne i dość szerokie naczynka włosowate, gdy tymczasem inne jego części były bardzo skąpo niemi opatrzone. W ostatku dodajemy, że pomiędzy pojedynczymi pierwiastkami anatomicznymi tylko co opisanych kupek, nie byliśmy w stanie dojrzec ani śladu istoty międzykomórkowej czyli zasadniczej.

(Dokończenie nastąpi.)

---

### Nowy sposób leczenia posepnicy z otępieniem (Melancholia attonita), za pomocą elektryczności indukcyjnej (prądów przerywanych).

n a p i s a ł

Stanisław Chomętowski,

Lekarz ordynujący w szpitalu obłąkanych Śgo Jana Bożego w Warszawie.

Już na początku bieżącego stulecia G e o r g e t zwrócił uwagę na oddzielną formę posepnicy, cechującą się przytępieniem (depressio) władz umysłowych w wysokim stopniu. P i n e l uważał ten rodzaj cierpienia za idiotyzm, E s q u i r o l za niedołężność umysłową (Dementia). G u i s l a i n zowie tę formę: *extase*; psychiatrzy francuzcy \*\*): *Stupidité, Stupeur, melancholia attonita*, — niemieccy *Starres Irrfühlen, Melancholia cataleptica*, — *Melancholia hyperphrenica*. W późniejszych czasach F e r r u s i S a u z e wykazali, że ten rodzaj posepnicy daje rokowanie dobre w przeważnej liczbie wypadków, a przy końcu pierwszej połowy bieżącego stulecia B a i l l a r g é podał nietylko dokładny opis rzeczowej formy chorobnej, wymieniając synonimy, jakimi rozmaici autorowie takową oznaczali, ale nadto zwrócił uwagę na znaczny stosunek wyleczalności w tej chorobie.

Najważniejszą cechą psychiczną tego rodzaju posepnicy, jest *przytępienie znaczne w sferze objawów woli*, ztąd wszelkie ruchy dowolne odbywają się nader powolnie.

Chory stoi po kilka godzin w jednym miejscu prawie nieporuszony, siedzi albo leży po całych dniach w łóżku. Dla wysunięcia języka z jamy ustnej, lub podania sobie łyżki pokarmu do ust, potrzebuje niekiedy dwie lub trzy minuty czasu. Mówi cicho i bardzo powoli; na odpowiedzi jak najprostsze, potakujące, po kilka minut oczekiwać potrzeba; czasem zaś pozostaje przez dnie i tygodnie całe w zupełnym milczeniu.

Wyższe stopnie tego cierpienia, przedstawiają niejaki podobieństwo do objawów katalepsji. Gdy bowiem nadamy ręce lub nodze chorego pewne położenie, wówczas kończyna pozostaje w tém położeniu przez kilka minut i dopiero

\*) Die krankhaften Geschwülste.

\*\*\*) Patrz dzieło D a g o n e t a, p. t. *Traité des maladies mentales*, Paris. 1863. Rozdział: *Melancholie avec stupeur*.



pod wpływem siły ciężkości opada; brak woli jedynie nie dozwoli choremu nadać dogodniejszego położenia poruszonej części ciała. Obok tego upadku woli, sfera właściwa *intelektualna*, *mniej jest dotknięta*. Czynność pojmowania przedmiotów ze świata otaczającego, nie doznaje zmiany. Chory obejmuje takowe zazwyczaj należycie, jak o tém przekonać się można bądź z odpowiedzi, bądź z opowiadań przy powrocie do zdrowia.

Pod względem *somatycznym*, najbardziej uderzające na pierwszy rzut oka są zboczenia w krążeniu krwi, mianowicie przepelnienie krwią systematu żylnego, odznaczające się *cyanotycznym* stanem rąk, nóg, a czasami i końca nosa.

Griesinger tłumaczył na jednej z lekcyi klinicznych, której byłem obecny w r. z. w Berlinie, przyczynę posępnicy z otępieniem, jako następstwo przepelnienia krwią wielkich zatok mózgu, a ztąd ucisku na substancję szarą (korową) tegoż organu.

Najważniejsze spostrzeżenia nad zboczeniami w sferze oddychania, poczynił już w roku 1855 Professor Marcé w Paryżu (1), którego śmierć przedwczesna w r. z. stanowi bolesną dla psychiatrii stratę.

Uczony ten zauważył, że podczas trwania choroby opisywaną przez nas, klatka piersiowa przy oddychaniu bardzo nieznacznie się podnosi, a *szmer pęcherzykowy słabnie* do tego stopnia, że zaledwie jest słyszany.

W niektórych razach po pięciu lub sześciu wdéhaniach bardzo słabych, następuje jedno wydechanie silniejsze.

W innych razach, wdéchanie odbywa się w sposób przerywany (*saccadé*), tak, jak gdyby ono składało się z kilku wdéchań częściowych.

Nie tylko jednak oddechania tracą na swojej pełności, ale nadto zwalniają się w sposób bardzo charakterystyczny, w stosunku do uderzeń tętna.

W stanie fizyologicznym istnieje stosunek dokładnie oznaczony pomiędzy liczbą pulsacyi, a liczbą respiracyi;—stosunek ten zmienia się odpowiednio do wieku osób badanych i do częstości uderzeń tętna (2). Badając więc u melancholików w stanie otępienia puls i oddychanie, porównywając wzajemny stosu-

(1) Patrz Marcé: Traite des Maladies mentales. Paris 1863. Rozdział o Melancholii.

(2) Patrz artykuł p. Marcé w Archives Gen. de Medecine, za miesiąc Lipiec z r. 1855.

Liczby respiracyi odpowiadają następującym liczbom pulsacyi:

43. uderzeniom tętna odpowiada 16 respiracyi 53. : 19, 70. : 24, 82. : 35, 104. : 42, 142 : 50, 172. : 50.

W stanach zaś posępnicy z otępieniem, stosunek ten zmienia się jak następuje:

Mężczyzna 50 letni (stupor melancholicus) pogarszający się codziennie; 77 pulsacyi odpowiada 14 respiracyom. 78. : 20, 96. : 20.

Mężczyzna 50 letni (melancholia attonita).

106 pulsacyi odpowiada 21 respiracyi, 92 : 26, 102 : 20.

Mężczyzna 17 letni (melan. att.) 106 pulsacyi odpowiada 20 resp.

Mężczyzna 25 letni (stupor et dementia). 48 pulsacyi odpowiada 14 resp.

Mężczyzna 28 letni (melancholia attonita). 116 puls. odpowiada 28 resp. 92. : 17.

Kobieta cierpiąca na stupor melancholicus głęboki: 112 pulsacyi odpowiada 22 resp. 90. : 22, 78. : 21 (lekka excytacya u tejże samej chorób).

Kobieta 35 letnia, naprzemian stupor mel: i excytacya. 75 puls. odpowiada 16 resp. 70. : 13, (stan mel.) 71. : 23, 74. : 20, 78. : 18, (st. ekscytacyi).

Kobieta lat 22 (melancholia attonita) 120 puls. odpowiada 24 resp. 108. : 18.



nek tychże do stosunku normalnego, stwierdzamy i przekonywamy się w sposób najoczywistszy, że gdy otępienie jest w wyższym stopniu, wówczas liczba respiracyi względnie do liczby pulsacyi jest znacznie zmniejszoną, a nawet niższą od średniej fizyologicznej. Gdy otępienie staje się mniej natężone, wówczas stosunki normalne pomiędzy pulsem a respiracją powracają.

W znaczniejszych stanach otępienia umysłowego, prawdopodobnie ma miejsce zmiana, a nawet zniesienie równowagi pomiędzy ilością krwi, którą serce posła do płuc, a ilością powietrza jaka wchodzi w drogi oddechowe. Takie zmniejszenie liczby respiracyi (zniżające się czasami do 15, a nawet 10 na minutę), nie może przejść bezkarnie dla chorego. Utlenienie krwi odbywa się daleko wolniej i niedokładniej, krew żylna podlega zwolnionemu krążeniu w naczyniach swoich, mając utrudniony dostęp do płuc, a stąd naczynia włoskowate zostają przepełnione krwią, zawierającą znaczną ilość kwasu węglowego, stąd sinica (cyanosis) rąk, nóg, nosa i warg dostrzegana, jak to już powyżej wspomnieliśmy u chorych na posepnicę z otępieniem.

Pod względem ciepła powierzchni ciała, to według *Marce'go*, (patrz dzieło powyżej wspomniane), temperatura kończyn staje się niekiedy niższą o 2°, a nawet 3° R, od temperatury innych części ciała.

Skutkiem zwolnionego obiegu krwi, zauważano także obrzmienie twarzy, wreszcie z powodu przepełnienia krwi kwasem węglowym, zdarzały się wypadki zaduszania (asphixyi).

Posępnicą z otępieniem, nie należy bynajmniej do rzadkich form chorób umysłowych w kraju naszym. Spostrzegane przezemnie wypadki tego cierpienia w tutejszym Szpitalu Ś. Jana Bożego, leczone były niejednokrotnie z pomyślnym skutkiem, przez zastosowanie elektro-indukcyjnych prądów.

Na dowód tego, mogę przytoczyć następujące historye choroby.

*Wypadek I.* Wilhelm E. czeladnik stolarski, lat 22 leczący, przybył do Szpitala w dniu 6 Maja 1864 r.

Po raz pierwszy jednak widziałem chorego dopiero w dniu 4 lipca tegoż roku. Z karty wizytowej udzielonej mi przez *Dra. Krysiańskiego*, dowiedziałem się, że choroba trwa od trzech miesięcy.

Po przybyciu do Szpitala chory przedstawiał stan następujący: mięśnie dobrze odżywione, zabarwienie błon śluzowych łącznicy i dziąseł, prawidłowe. Oba policzki mocno zaczerwienione. Oczy błyszczące, bystre, ruchliwe, obie źrenice w jednakowym stopniu mocno zwężone; temperatura czoła i uszów wyższa od temperatury otaczających części; język czerwony, szorstki, suchy; tętno wynoszące 96 uderzeń na minutę, twarde, pełne; apetyt i pragnienie podwyższone. Badanie innych organów, nie przedstawia żadnych nieprawidłowości. Chory wymawia bez ładu i związku pojedyncze wyrazy lub zdania bezustannie, albo też krzyczy i śpiewa. Na pytania nie odpowiada, lub też odpowiada zupełnie nieдорzecznie. Wykonywa prawie przez dzień cały rozmaite ruchy gwałtowne, skacze, rzuca się na otaczających, wybija szyby u okien, jedném słowem jest rozdrażniony i to nie tylko podczas dnia ale i w nocy, nie śpi bowiem zupełnie, albo też bardzo krótki przeciąg czasu.



Choroba rozpoznana została jako *szaleństwo gwałtowne* (mania furibunda). Przepisano winnik antymonowy (tartarus stibiatus) w pełnej dawce, w celu wywołania wymiotów, później zaś przez dni kilka w mniejszych dawkach. Następnym dni zalecono choremu użycie naparu z liści naparstnicy (Inf. digitalis), a w końcu saletran potażu (Kali nitricum) i kąpiele letnie przedłużone, po 4 godzin trwające, według metody *Brierre de Boismont*.

12 Maja chory się znacznie uspokoił. Funkcye trawienia i krążenia krwi powróciły do prawidłowego stanu.

23 Maja zaczęło się pojawiać stępienie (depressio), tak w czynnościach umysłowych, jak i fizycznych.

W ciągu następnych tygodni stępienie umysłowe, coraz widoczniej się rozwijało. Chory z początku mówił cicho i zwolna, potem zupełnie stał się milczącym i na pytania nie odpowiadał.

Zalecane wówczas kolejno przez Dra. K r y s i ń s k i e g o: winian antymonowy z korzeniem ipeki w pełnej dawce, wcierania maści krotonowej za uszami i na karku, silnie przeczyszczające środki roślinne, nacieranie całej powierzchni skóry prześcieradłami zmaczanymi w zimnej wodzie, pozostają bez wpływu na przebieg choroby.

Gdy po raz pierwszy ujrzałem chorego na początku lipca, stał on, lub siedział w jednym miejscu nieporuszenie, głowę trzymał ciągle schyloną, prawie zwiśłą na klatce piersiowej. Wyraz twarzy smętny, posępny, czasami płaczący. Czoło ciepłe, nos chłodny, temperatura skóry na rękach i nogach niższa, a skóra w tych miejscach sino zabarwiona od zastojów żylnych, dowodziła wykształconej sinicy.

Wszelkie ruchy od mięśni dowolnych zależne, odbywa chory niestęchanie powoli. Na wydane sobie *np.* polecenie wysunięcia języka z jamy ustnej, potrzebuje kilkunastu sekund, a czasami nawet parę minut czasu. Język wysunięty z ust nie drży, chory zdoła go utrzymać zupełnie prosto. Pytania zadawane pojmuję dokładnie, jak to można wnosić z odpowiedzi przeczących lub twierdzących ruchami głowy i z fizjonomii chorego, który zachowuje jak najzupełniejsze milczenie. Tętno wynosi około 70 i kilku uderzeń na minutę. Oddychanie powierzchowne i zwolnione znacznie; liczba oddechów na minutę wynosi od 10—12 razy. Opukiwanie z obu stron klatki piersiowej, wykazuje odgłos pełny i jasny. Przystuch przekonywa o szmerze pęcherzykowym w obu płucach, ale cichszym niż zwyczajnie. Sen i apetyt prawidłowy. Z powyższych objawów rozpoznałem cierpienie jako *posępność z otepieniem* (Melancholia attonita). Wszelkie środki tak nazwane intymidacyjne, zalecane przez *Leureta*, jak *np.* polewanie wzdłuż okolicy kręgowej strumieniem zimnej wody (douches), pozostają bez wpływu na wywołanie mowy u chorego.

W połowie lipca przystąpiłem do użycia strumieni elektro-indukcyjnych czyli przerywanych (faradyzacji). Na konduktorach umieszczone były gąbki zwilżone; jeden biegun przyłożyłem do kręgów szyjnych, drugi przesuwałem po brzegach chrząstki tarczowej. Posiedzenie trwało po minut 10 i powtarzane było co drugi dzień. Elektryczno-mięśniowa czułość okazuje się zmniejszoną, zaś elektryczno-mięśniowa kurczliwość prawidłową.



Po 7miu posiedzeniach, gdy chory mimo stopniowego podwyższania siły strumienia, ciągle zachowywał milczenie, zastosowałem tak zwaną *moce elektryczną*. Jeden konduktor pokryty zwilżoną gąbką, umieściłem na pierwszych kręgach szyjnych, drugi zaś w postaci *pedzla elektrycznego*, z kilkudziesięciu drucików złożonego, na chrząstce tarczowej. Skóra wówczas mocno się zaczerwieniła i chory *przemówił po raz pierwszy*, od czasu jak zacząłem go leczyć. Wy-mówił zaledwie kilka wyrazów cichym głosem.

W ciągu dni następnych, podczas zastosowania prądów indukcyjnych dopiero co wspomnianym sposobem, chory na zadawane sobie pytania: „dla czego nie mówi?” odpowiadał, że mu bardzo trudno mówić. Po ukończeniu faradyzacji wpadał znowu w głębokie milczenie.

Po 20tu kilku posiedzeniach, w skutku rozwijającego się na szyi rumienia (erythema), zaprzestałem elektryzowania téj okolicy.

W pierwszych dniach września przystąpiłem ponownie do faradyzacji, działając pośrednio na nerwy przeponowe (nervi phrenici). Dla wyszukania na skórze miejsce najbliżej od tych nerwów położonych, postąpiłem sposobem wskazanym przez Erdmanna z Drezna (1).

Pociskałem skórę ku wewnątrz dwoma palcami ułożonymi na brzegu zewnętrznym części obojczykowej mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego (pars clavicularis m. sterno-cleido-mastoidei) zalecając jednocześnie choremu głębsze westchnienie. Wówczas uczułem pod palcami przedni brzeg mięśnia dzwigacza przedniego (musculi scaleni antici), jako ciało twarde, wystające. Nie zmniejszając wtedy nacisku, rozsunąłem palce, aby tym sposobem utworzyć przestrzeń wystarczającą do przyłożenia konduktora, powleczonego gąbką zwilżoną. Poleciwszy pomocnikowi trzymać nieporuszenie przyłożony konduktor, w podobny sposób zastosowałem drugi konduktor na stronie przeciwnéj, a tym sposobem zmusiłem chorego do mimowolnego, bardzo głębokiego oddechu.

Oprócz tego, faradyzowałem naprzemian rozmaite mięśnie poruszające klatkę piersiową. Po kilku posiedzeniach chory mówił wprawdzie zwolna i cicho, ale już nie tylko podczas faradyzacji, ale i wciągu całego dnia. Inne ruchy dowolne, jak podawanie sobie pokarmu, wysuwanie języka z jamy ust, chory również prędzej dokonywał.

W początkach miesiąca października, oprócz dopiero co opisanego leczenia za pomocą elektryczności, zaleciłem choremu codzienne użycie kąpieli gorących (na + 30° do + 32 R), trwających minut kilkanaście. Sposób ten podany przez Dra. Steina, Dyrektora Instytutu prywatnego dla obłąkanych w Petersburgu, przy posępnicy z otępieniem, zmodyfikowałem okładami zimnymi podczas kąpieli na głowę, a to z obawy łatwo mogących się rozwinąć napływów czynnych do mózgu.

Przy połączoneń użyciu faradyzacji i kąpieli gorących w ciągu miesiąca listopada, oddychanie poczęło się przyspieszać, sinica rąk i nóg ustąpiła, *chory*

(1) Claude-Bernard użył po raz pierwszy faradyzacji nerwów przeponowych przy odtru-waniu zwierząt zatrutych K u r a r ą.



mówił powoli wprowadzić ale głośno i zrozumiale, zajmował się pilnie pracą fizyczną, która mu zaleconą została, jako najdziałniejszy środek psychiczny w okresie rekonwalescencji cierpienia umysłowych tego rodzaju. W miesiącu grudniu opuścił szpital, jako zupełnie wyleczony i dotąd cieszy się dobrem zdrowiem zajmując się pilnie obowiązkami swego powołania. (Dok. nastąpi.)

## KAZUISTYKA.

Postrzeżenia dotyczące nauki o zarośnięciu pochwy macicznej.

Napisał Dr. Ludwik A. Neugebauer,

*Docent akuszerji i ginekologii w Szkole Głównej Warszawskiej.*

Jakkolwiek zarośnięcie pochwy jest cierpieniem stosunkowo nie zbyt rzadkiem, jest ono jednak z powodu różnych przykrych i niebezpiecznych następstw, jakie pociągać za sobą może i przez wpływ niepomysłny na organizm i całe życie chorój, a nawet na stanowisko jej w towarzystwie tak ważném, iż każdy pojawiający się przypadek tego rodzaju zasługuje na największą uwagę, a to tém więcej, jeśli tenże ze szczególnych względów indywidualnych posłużyć może za przyczynek do dalszego rozwinięcia i uzasadnienia nauki o tém cierpieniu, która to nauka, wyznajmy otwarcie, co do naukowego rozwoju obecnie dużo jeszcze pozostawia do życzenia. Takim zaś przyczynkiem będą, zdaje się, następujące przykłady zupełnego zarośnięcia pochwy, w ciągu dwudziestoletniej praktyki ginekologicznej przezemnie postrzegane.

### I.

Hanna R..... żona handlarza starozakonnego z Królestwa Polskiego, lat wieku 41 licząca, niskiego wzrostu, silnej budowy ciała, leczona była w klinice akuszerji uniwersytetu Wrocławskiego, kiedy pełniłem tamże obowiązki lekarza pomocniczego, dwoma powrotami, na *zarośnięcie pochwy i powstrzymanie się z powodu tegoż odpływów miesięcznych w kanale płciowym*. W 20stym roku życia swego odbyła poród nie zbyt trudny, po którym jednak przez długi czas doznawała odpływu ropiastego z pochwy i bólu w dole brzucha. W niejaki czas po połogu okazał się być odpływ miesięczny, który od téj chwili już w nieregularnych tylko przestankach się powtarzał i któremu odtąd zawsze towarzyszyły mocne bóleści w dole brzucha, przyczém niedługo po porodzie dostrzegła chora, że pochwa jej uległa ścieśnieniu. To ścieśnienie pochwy wzmagało się coraz więcej i w końcu kanał pochwy w zupełności zarósł. Od tego czasu chora już nie miała odchodu miesięczkowego, ale za to od tegoż czasu wspomniony wyżej ból w brzuchu stał się ciągłym. Obok tego poczęła chora doznawać parcia na mocz i na stolec, oddawała tak mocz, jak stolec z pewną tylko jeszcze trudnością, miała często nudności i czuła rodzaj ogólnego osłabienia i znużenia.



Wszystkie te dolegliwości od czasu do czasu w przestankach odpowiadających mniej więcej przestankom miesięczkowym, wzmagaly się na kilka dni i potem znowu się uśmierzały. Całe to cierpienie trwało bez przerwy aż do roku 1848, w którym chora zdecydowała się szukać pomocy w powyż wymienionej klinice.

Przyjęta do tejże kliniki w d. 6. lutego rzezonego roku, przedstawiała obok powyższej wymienionych dolegliwości, co do samego przyrzędu płciowego stan następujący: części płciowe zewnętrzne, tudzież ujście pochwy zachowały się prawidłowo. Sama pochwa zaś była w wysokości cała ponad jej ujściem zarosnięta. W głębi niezarosłej części jej ujściowej błona śluzowa ułożoną była w drobne fałdy, które na sposób promieni schodziły się w środku ślepych tejże części pochwy. Palcem wprowadzonym w kışkę stolcową czuć można było zarosłą pochwę w kształcie powrózka twardawego, grubości kilku linii. Ten powrózek, od ślepego dna niezarosłej dolnej części pochwy ciągnął się w długości około półtora cała wzdłuż linii kierunkowej miednicy w górę i łączył się górnym swoim końcem z dużym, kulistym, trudno dosięgnąć się dającym guzem, prawie w zupełności wypełniającym górną połowę kanału miednicy, który jak o tém przekonać się można było ręką przyłożoną do ściany brzusznej, z onegoż kanału ciągnął się do właściwej jamy brzusznej i w tejże jamie wznosił się aż prawie do wysokości pępka. Guz ten był okrągławy, postaci i wielkości macicy ciężarnej w szóstym miesiącu. Proste dotykane nie sprawiało chorój bólu, który jednak zaraz się odzywał, jeśli guz ten mocniej ściskano. Naciskając na niego ręką przyłożoną do ściany brzusznej, po wprowadzeniu poprzednio palca wskazującego drugiej ręki do kışki stolcowej, czuć się dało wyraźne chęłbotanie.

Te objawy pokazywały, iż guz opisany był *macicą rozdętą przez krew miesięczkową wstrzymaną w niej w skutek zarosnięcia pochwy*, powstałego po odbytych porodzie. Czy to rozdęcie ograniczało się na samą tylko macicę, czy też prócz macicy jeszcze i górna część pochwy była niem dotkniętą, o tém przez same śledzenie pomocą palca nie można było nabyć pewności.

Ponieważ chora od cierpienia swego uwolnioną być mogła jedynie tylko przez *operacyę*, zawiadujący kliniką professor B e t s c h l e r, wykonał ją przy mojej asystencji.

Chora została ułożona na stole operacyjnym na grzbiecie, przy silném zgięciu nóg w stawach biodrowym i kolanowym; dwaj pomocnicy po prawej i lewej stronie chorój stojący, utrzymywali palcami swemi otwór jej sromowy otwartym.

Operujący wzięwszy w rękę skalpel, wykonał nim cięcie poprzeczne w dnie ślepego worka powstałego przez niezarosłą dolną część pochwy, i rozprowadziwszy ściany dna już to cięciami ostrożnemi również w kierunku poprzecznym prowadzonymi, już to za pomocą trzonka skalpela i palcy, torował sobie przez twardą i niepodatną tkankę łączną zarosniętej części pochwy i tkankę otaczającą, drogę do siedliska zatrzymanej krwi. Tak postępując doszedł zwolna do worka zawierającego też krew i przekłuł jego ścianę końcem skalpela. Z utworzonego worka ulał się niebawem przez kanałową ranę gruby strumień czarno-brunatno-czerwonej krwi, gęstości nieomal świeżej płynnej smoły, a woni nadzwyczaj nie przyjemnej.



Chora uczuła natychmiast wielką ulgę. W miarę wypływania krwi, macica zwolna się zmniejszała i opadając ku jamie miednicy się opuściła. Ilość wypłynionej krwi wynosiła około pół kwarty miary berlińskiej.

Śledząc jamę otworzonego guza przekonać się można było, iż guz ten składał się nie tylko z macicy, ale także z końcowej części czyli dna pochwy, które wraz z macicą przez wstrzymany odpływ miesięczkowy było rozdęte. Po operacyi starano się sztucznie zrobiony kanał pochwoy utrzymać otwartym przez codzienne wkładanie w niego walczków z gąbki ściśniętej.

Po upływie 4 tygodni ukazał się odpływ miesięczny zwyczajny, a ponieważ w tym przeciągu czasu zabił się zrobiony sztucznie kanał pochwoy,— chora wypisaną została z zakładu.

Tymczasem pomoc udzielona choréj w powyższy sposób, miała się okazać tylko chwilową. Już bowiem ku końcowi miesiąca maja rzeczonoego roku przybyła ona na nowo do tejże kliniki, z pochwą w takiż sam sposób zarośnięty, jak przy pierwszém jéj do tego zakładu przybyciu. Znowu krew miesięczkowa była wstrzymana i znowu macica i koniec pochwy przez tę krew były rozdęte. Chora skarżyła się na zupełnie też same dolegliwości co przed wyżéj opisaną operacyą.

W takim położeniu rzeczy, gdy powtórzenie operacyi okazywało się wskazaném, wykonaną powtórnie została przezemnie w d. 9 czerwca.— Trzymałem się przy niém mniej więcej tegoż samego sposobu, którego professor Betschler przy pierwszój operacyi użył, i starałem się tą samą, co on drogą dostać do jamy krew zawierającą.

Jakoż i tym razem wypłynęła wielka ilość krwi miesięczkowej. Sama krew jednak była teraz mniej ciemno-zabarwiona i nieco mniej gęsta, jak przy pierwszój operacyi.

Sztucznie zrobiony kanał mniejszą w ogólności okazał teraz skłonność do zwężenia się na nowo, a gdy chora w dniu 15 lipca wyszła z kliniki, kanał ten tyle zawsze miał obszerności, iż przezeń wygodnie przesunąć można było palec wskazujący.

W czasie pomiędzy drugą operacyą a wyjściem choréj z kliniki, chora miała dwa czyszczenia miesięczne. Krótco przed wyjściem założyłem w pochwę rurkę z nowego srebra, lekko skrzywioną, półtora cala długą i pół cala grubą, a opatrzoną na tym końcu, który po założeniu pozostawał w otworze sromowym, dwoma uszkami umożliwiającemi utwierdzenie rurki w pochwie, za pomocą dwóch tasiemek łączących się z opaską, oprowadzoną na około tułowia choréj ponad biodrami. Z tą rurką wypuszczając chorą z kliniki zaleciliśmy jéj, aby ją nadal ciągle nosiła, a przynajmniej kiedy niekiedy zakładała.

O dalszym losie choréj żadna mnie nie doszła wiadomość. (*Dalszy ciąg nast.*)

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ NIEMIECKIÉJ.

#### Opatrunki nieprzemakające.

Przez Dr. Wszeborą.

Dr. Mitscherlich, lekarz asystent Królewskiej Kliniki w Berlinie, powziął myśl użycia roztworów żywicznych do nadania własności nieprzemakania w wodzie zwykłym opatrunkom gipsowym. Ważność praktyczna nieprzemakających opatrunków dla złamań powikłanych, po



wypłowaniami kości i w ogóle wszędzie tam, gdzie jednocześnie z unieruchomieniem członka użycie przeciągłych kąpielii jest pożądanem, najzupełniej ocenioną została w klinice chirurgicznej prof. Langenbecka. Stosowane tam opatrunki były dwojakie: gipsowe przesiąknięte roztworami żywicznymi i cementowe.

Napawanie opatrunków gipsowych olejem, pomalowanie ich farbą olejną, dodatek kleju, dextryny, alunu lub szkła płynnego (roztwór krzemianu sody w wodzie), nieprowadzi do zamierzonego celu. Inne stałe opatrunki jak: papierowe, watowe, krochmalowe lub dekstrynowe, wreszcie guttaperkowe, długo w wodzie ciepłej trzymane, mięknią lub rozchodzą się, a tem samem przestają utrzymywać położenie odłamków.

Dr. Mitscherlich, robiąc doświadczenia z różnemi nierozpuszczalnemi w wodzie ciałami, znalazł, że roztwory wyskokowe szellaku, żywicy kopalowej i żywicy dammar, najprędzej i najzupełniej wsiąkają w gips czyniąc opatrunek nieprzemakalnym.

Szellak jako najtańszy i najłatwiejszy do nabycia, najczęściej był używany. Nasycony jego wyskokowy roztwór, znany w handlu pod nazwą politory, rozcieńczony równą ilością czystego wyskoku, najzupełniej przydaje się do użycia. Tanięj jeszcze roztwór ten można przygotować, nalewając funt jeden rektyfikowanego wyskoku na 1 do 1 $\frac{1}{2}$  uncji sproszkowanego szellaku, a pozostawiając do wytrawienia przez 24 godzin, klócić mięszaninę od czasu do czasu.

Opatrunek gipsowy nakłada się jak zwyczajnie na całą kończynę, po przykryciu rany płatkami nasmarowanym cerato simplici. Ponieważ nie tylko okolica rany, ale najczęściej cała kończyna w dalszym przebiegu choroby obrzmiewa, należy równo lecz nie zbyt silnie okryć opaską, aby zasznurowania w jakimkolwiek punkcie uniknąć; gdyby jednak takowe pomimo ostrożności tej miało się okazać, zdradzi się ono obrzmieniem części nieobandażowanych i silnym bólem w częściach zaciśniętych; w takim razie potrzeba opatrunek natychmiast zmienić. W miejscu gdzie później ma być wykrojone okienko, nie należy nakładać gipsu, albo przynajmniej ograniczyć się do najcieńszej jego warstwy. Już w kilka godzin po nałożeniu opatrunku można wyciąć okienko niewiele co większe od obszerności samej rany. Brzegi jego powinny być starannie zaokrąglone i cokolwiek na zewnątrz wywinięte, dla uniknięcia nacisku ostrymi krawędziami.

Oddalwszy płatek znajdujący się na ranie, przykrywa się ją potarganą skubanką. Gdy opatrunek gipsowy zupełnie wyschnie, na co zwykle 24 godzin czekać potrzeba, można przystąpić do napojenia go roztworem żywicznym. Zupełne wyschnięcie opatrunku ułatwia wsiąkanie płynu i zapobiega osadzaniu się żywicy z roztworu w wyskokowe, o działaniem wody. Umaczawszy pędzelek skubankowy w roztworze szellaku, posuwa się nim powierzchnie opatrunku tak długo, dopóki płyn wsiąka. Po kilku godzinach, gdy wyskok w większej części się ulotni, próbuje się czy opatrunek cokolwiek jeszcze płynu przyjąć może i na zakończenie powleka się go bardziej stężonym roztworem, przez co powstaje świetna żółto-złota powłoka na całym opatrunku. Jak skoro po tej ostatniej manipulacji bandaż zupełnie wyschnie, można zanurzyć kończynę w kąpiel ciepłą przez kilka tygodni ciągle trwającą, bez obawy rozmięknienia.

Opatrunek gipsowy napojony szellakiem przedstawia tę niedogodność, że zwykle 48 godzin przeczekać trzeba, nim kąpiel zastosowaną być może. W większej liczbie przypadków niema to tak wielkiego znaczenia, bo ropienie po świeżych obrażeniach nie tak prędko się rozpoczyna a tymczasowe przykładanie na ranę pęcherza z lodem doskonale zimną kąpiel zastąpić może. Jednakże i tej niedogodności można zaradzić, używając zamiast szellaku rozpuszczonego w wyskoku, roztworu żywicy dammar w eterze, (eter posledniego gatunku do tego dostateczny, kosztuje w Prussach 7 $\frac{1}{2}$  srebr. groszy za funt), do czego na 1 funt eteru bierze się 3 uncje żywicy. Roztwór ten przy większem nawet nasyceniu łatwiej wsiąka od wyskokowego i w jedną godzinę zupełnie wysycha.

W złamaniach uda u małych dzieci, nałożony opatrunek gipsowy w skutek działania moczku, w ciągu już pierwszego dnia tyle traci na swęj spojności, że do utrzymywania odłamków w należytem stosunku staje się niesposobnym. Nadto, napojenie podobnego opatrunku roztworem żywicznym w skutek ciągłej jego wilgoci jest zupełnie niemożliwem. Dla tego w takich



razach opatrunek cementowy, pomimo swych zkadinał niedogodności, staje się koniecznym. Cement z wodą zmieszany nadzwyczaj wolno twardnieje, tak że dopiero po 24 godzinach, a nieraz i dłużej, tyle tężości nabiera, że opatrunek sam siebie i kończynę może podpierać. Dla przyspieszenia stwardnienia, Dr. Mitscherlich zamiast wody zwyczajnej używa szkła płynnego, w każdej znaczniejszej fabryce wyrobów chemicznych wyrabianego. Opatrunek cementowy na jedną kończynę jest o blisko 3 srebr. grosze droższy od odpowiedniego gipsowego. Opaski muślinowe tu nie są przydatne z powodu miękkości cementu i lepiej jest używać jakiej ściślejszej i grubszej tkaniny lnianej lub bawełnianej. Po obwinieciu członka flanelą lub watą, nakłada się opaska nacementowana na sucho, i dopiero po nałożeniu zlewa się szkłem płynnym c. g. 1,370, a dla nadania większej mocy, powleka się z wierzchu warstwą cementu w tymże płynie rozrobionego. Bandaże cementowe mogą być cieńsze od gipsowych, pomimo tego są znacznie od nich twardsze i dla tego trudniej jest w nich wykroić okienko a w końcu i odjąć. Nożyce do tego używane muszą być o krótszych ostrzach i dłuższych ramionach.

Jak długo nietkniętym ma pozostawać opatrunek, zależy od każdego szczególnego wypadku i w ogóle powiedzieć można tylko, że powinien być zachowanym tak długo, dopóki celu swego nie osiągnie. W każdym razie powinien być zmienianym przynajmniej co 4 tygodnie, bo przez ten czas, przy ciągłej kąpeli utracić coś może ze swój trwałości, a przytém i sama kończyzna potrzebuje być obmytą z łuszczącego się naskórka i nieczystości. Po wypiłowaniu stawu łokciowego, rana w miesiąc już jest zwykle zagojoną i bandaż nie potrzebuje być odnawianym, przeciwnie ruchy bierne należy już zacząć wykonywać. Po wypiłowaniu stawu kolanowego, jeśli zamierzona jest ankylosis, tak długo co 4 tygodnie potrzeba odnawiać opatrunek, dopóki się kości nie zrosną; — jeśli zaś chodzi o staw fałszywy (pseudo-arthrosis) przestaje się odnawiać opatrunek, jak tylko bierne ruchy nie sprawiają już bólu.

Kąpiel przeciągła na klinice Langenbecka zastosowaną była przez cały dzień, na noc zaś obkładano członki ciepłym kataplazmem. Dla kończyny dolnej nie mamy oddzielnego naczynia, któreby dozwalało zanurzenia w wodzie samej tylko kończyny, dla tego w tych razach chorego trzymano przez kilka godzin dziennie w kąpeli ogólnej, a przez resztę czasu przykładano kataplazm.

Kąpiel przeciągła uspakaja ból po wypiłowaniach i złamaniach, zapewnia sen spokojny, usuwa ropę, i inne wydzieliny, któreby przesiąkając części opatrunku, mogły się rozkładać i drażnić ranę. Dokładne jednoczesne unieruchomienie ułatwia prędsze zagojenie rany, i zmniejsza niebezpieczeństwo phlegmone, róży, pyemii; opatrywanie rany jest niebolesne, gorączka przy ranach jest stosunkowo nieznaczna, apetyt prędszej się przywraca.

Opatrunki nieprzemakające korzystnymi się okazały nietylko po wypiłowaniach stawu łokciowego, kolanowego, biodrowego i stępowego, po złamaniach powikłanych, ale nadto i w tych wypadkach, gdzie ciągłość kości nie uległa przerwaniu, przy obrażeniach głębokich samych miękkich części. I tak przy rozciętych lub przerwanych ścięgnach, opatrunek nieprzemakający zapewnia zbliżenie końców przeciętego ścięgna, przez utrwalenie położenia członka; po obszernych uszkodzeniach skóry i powięzi, opiera się kontrakturam, które w skutek ściągania się blizny nastąpiłyby niezawodnie. — W zapaleniach stawów, gdzie oprócz unieruchomienia wskazane są kąpiele, oddaje także ważne przysługi.

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

(Dokończenie).

Rzućmy teraz okiem na pojedyncze okresy wieku zmarłych.

W tym roku życia umarło 511, z których przypada 365 na chrześcian, 146 na starozakonnych. Liczba ta 511 stanowi więcej niż połowę całej śmiertelności tego miesiąca, t. j. 100 dzieci umarło na 185 wypadków śmierci w ogóle, czyli 55 : 100. — W stosunku do nowonarodzonych umarło 10 : 19 nowonarodzonych, czyli 52. 6 : 100 dzieci, a zatem więcej niż połowa. Śmiertelność większa, aniżeli istnieje w Birmingham i Sheffield w Anglii, gdzie dotąd jako największa uważaną była. Wprawdzie w tej liczbie dzieci zmarłych jest 133 podrzutków, która to śmiertelność wynika z właściwych sobie przyczyn, tak, żeby ją od ogólnej śmiertelności snadnie odtrącić można. Pozostanie zatem liczba zmarłych dzieci 378. czyli 50 : 100 zmarłych



w ogóle, a 485 : 1000 nowonarodzonych w tym miesiącu; stosunek zawsze nadzwyczaj wielki. Opuściwszy podrzutki z obrachunku, okazuje się, że chrześcian dzieci umarło 232, a starozakonnych 146. Ten stosunek jest w porównaniu ze stosunkiem obu ludności do siebie o wiele niekorzystniejszy dla ostatnich. Wynosi on bowiem tutaj 10 : 26 dzieci, gdy tymczasem co do ludności wynosi on 10 : 29 a w ogólnej śmiertelności zaś 10 : 43 zmarłych, czyli u starozakonnych zmarło 62 : 100 nowonarodzonych, gdy tymczasem u chrześcian tylko 435 : 1000, chociaż i ta liczba nawet należy do najniepomyślniejszych. Widocznym jest przeto, że śmiertelność pomiędzy dziećmi nowonarodzonymi u starozakonnych była w tym miesiącu nierównie większa jak u chrześcian. Jakie są przyczyny tego objawu? Czém się to dzieje, że w Warszawie panuje w ogóle taka wielka śmiertelność dzieci? Czy w skutek nędzy matek, złego pokarmu, niewłaściwego utrzymania, braku stosownej pomocy lekarskiej lub jakich innych przyczyn? na to powinnyby dać odpowiedź służba zdrowia miasta Warszawy. Gdybyśmy mieli statystykę miejscową, umiejętnie prowadzoną, wykaz, w jakich warstwach społecznych najwięcej zmarło dzieci, przyczyniłby się niemało do wyświecenia tej kwestyi i pozwoliłby obmyśleć stosowne przeciwko temu środki.

Pomiędzy zmarłemi dziećmi w 1ym roku życia jest 43 wypadków dzieci nieżywo narodzonych, z których 29 przypada na starozakonnych a 19 tylko na chrześcian. U starozakonnych rodzi się przeto nieżywo 1 : 5, u chrześcian 1 : 19. Zdaje nam się, że przyczyny tej różnicy szukać trzeba poniekąd w zbytnej młodości dziewcząt, idących za mąż, nim jeszcze miednica dojdzie do należytego rozwoju. Jak dalece inne przyczyny, mianowicie nieumiejętna pomoc w tej mierze, są winne, trudno nam tutaj rozstrzygnąć. W okresie drugim t. j. od 1—7 roku życia przedstawia śmiertelność stosunek odpowiedni do stosunku ludności. Na 143 wypadków śmierci było między chrześcianami 99, między starozakonniemi zaś 44, a zatem jak 1 : 2. Zato w okresach następnych stawiają się te stosunki jak najkorzystniej dla ludności starozakonnej. Na 292 wypadków śmierci przypada tylko 311, a zatem  $\frac{10}{94}$  na ludność starozakonną, co głównie przypisać należy jej wstrzemięźliwości w jadłach i napojach, a mianowicie w używaniu trunków a także regularniejszemu może życiu i mniejszej rozpuście.

Co do chorób, kontyngens największy śmierci dostarczyły suchoty t. j. 114 wypadków, z których  $\frac{1}{3}$ , bo 98 na chrześcian przypada. Na tyfus umarło 80 osób, z których tylko  $\frac{3}{4}$  przypada na chrześcian. Na zapalenie różnego rodzaju umarło również 63 osób, z których cokolwiek mniej, niż  $\frac{3}{4}$  bo 45 chrześcian. Wreszcie, i na wysypki umarło 41 osób, z których 33 chrześcian. Wypadków nagłej i gwałtownej śmierci było 27. Ze starości umarło osób 18, między temi jeden starozakonny, mający lat 90 i 6 chrześcian między 80 a 85 latami. Dowód niezaprzeczonej zdrowości miasta.

Co do warstw społecznych, największy kontyngens dostarczyła śmierci klasa robocza i zarobkująca. Na rzemieślników przypada bowiem 220, a na wyrobników 260, razem 480 wypadków, a zatem więcej niż połowę śmiertelności z wykluczeniem podrzutków. Zdaje się nawet, że do tych klas wtaśnić potrzeba większą ilość zmarłych dzieci. Również i sług jest stosunek dość znaczny, bo wynosi 92 osób; na stan kupiecki i handlujących przypada 67, a na urzędników 57 wypadków. Gdybyśmy posiadali pewne liczby ludności tych klas, obliczenie procentu śmiertelności dostarczyłoby bardzo ciekawych wskazówek do osądzenia społecznych stosunków pojedynczych warstw, mogących administracyi kraju ważne oddać usługi.

Prof. Dr. Wisłocki.

## RUCH CHORYCH W SZPITALACH WARSZAWSKICH

od dnia 8—14 Sierpnia (włącznie) 1866 r.

|                                       | Chorych<br>było. | Przybyło. | Wyzdro. | Umarło. | Pozostało. |
|---------------------------------------|------------------|-----------|---------|---------|------------|
| W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . . | 518              | 143       | 99      | 14      | 518        |
| „ Śgo Ducha . . . . .                 | 94               | 32        | 16      | 3       | 107        |
| „ Ewangelickim . . . . .              | 49               | 13        | 13      | —       | 49         |
| „ Śgo Rocha . . . . .                 | 78               | 29        | 26      | 4       | 77         |
| „ Śgo Jana Bożego . . . . .           | 139              | 7         | 2       | 1       | 143        |
| „ Śgo Łazarza . . . . .               | 311              | 48        | 64      | 3       | 292        |
| „ Starozakonnych . . . . .            | 359              | 88        | 79      | 9       | 359        |
| Ogółem:                               | 1548             | 360       | 299     | 34      | 1575       |

Wypadki cholery. Ponieważ chorzy na cholere wyłączeni są z wykazu chorych w szpitalu Śgo Łazarza, więc dla uzupełnienia obrazu podawać będziemy osobno tygodniowy wykaz choleerycznych w szpitalu Śgo Łazarza:

Od 8 sierpnia do 14 (włącznie) chorych na cholere w szpitalu:

|  | Było | Przybyło | Wyzdrowiało | Umarło | Pozostało |
|--|------|----------|-------------|--------|-----------|
| Śgo Łazarza . . . . .                  | 8    | 15       | 11          | 4      | 8         |
| W innych szpitalach i na mieście . . . | 9    | 27       | 6           | 16     | 14        |
| Razem . . . . .                        | 17   | 42       | 17          | 20     | 22        |

Na choleryę pozostało chorych z d. 7 sierpnia 25; przybyło od 8 do 14 sierpnia włącznie 50. Wyzdrowiało 26. Umarło —. Pozostało więc 49 chorych.



## Wiadomości bieżące.

— W d. 14 b. m. odbyło się *ogólne posiedzenie Tow. lek. Warsz.*, na którym: 1) Dr. Braun, doroczny sekretarz tow. odczytał list Prof. Girsztowta do Prezesa t. tow. Prof. Le Brun'a proponujący zwołanie kongresu lekarskiego z lekarzy krajowych do m. Warszawy w celach czysto naukowo- i praktyczno lekarskich; 2) Prof. Szokalski, sekr. stały tow. odczytał część rozprawy p. n. „Rys historyczny tow. lek. Warsz.,” 3) Dr. Dorantowicz złożył sprawozdanie z pracy Dr. Dudrewicza napisanej celem pozyskania godności członka towarzystwa.

— W d. 29 czerwca (11 lipca) 1864 r. ustanowiony był *Komitet celem położenia tamy krzewieniu się chorób wenerycznych w Warszawie i okolicach*; komitet ten w ciągu swego istnienia (do 10/22 stycznia 1866 r.) odbył 10 posiedzeń; protokoły prac komitetu zawierają ważne materiały do dziejów prostytucji w naszej stolicy. Z raportów służby policyjno-lekarskiej dowiadujemy się, że w obecnej chwili jest w Warszawie domów schadzek 22; domów publicznych 21, w których stale przebywających publ. kobiet jest 233; na mieście zaś tolerowanych jest 293.

— Podanie należytej pomocy ranionym i chorym w czasie wojny należy do najtrudniejszych zadań służby polowej zdrowia. W ostatnich czasach *Siostry miłosierdzia* okazały pod tym względem znakomite usługi; imię znaniej filantropki angielskiej Miss Florence Nightingale zawsze z wdziężnością wspominać będzie. Po wojnie włoskiej (1859) obywatel genewski Henryk Dunant powziął myśl utworzenia *Konferencji międzynarodowej* celem obmyślenia środków skutecznego niesienia pomocy ranionym i chorym na polu bitwy; rządy, które wzięły udział w tej konferencji. w dniu 14 lipca 1865 r. zawarły *konwencję*, stanowiącą oddzielną międzynarodową służbę zdrowia na warunkach bezwzględnej neutralności. Dowiadujemy się obecnie, że i Austria z Bawaryą przyjęły nareszcie uchwały konwencji, pierwsza w dniu 21 lipca b. r., druga zaś w d. 23 t. m. i r.

— Prof. Bouillaud (Paryż) w liście z d. 1 czerwca r. b. do redaktorów pism lekarskich zawiadamia, że z okazji *powszechnego wystawy* w Paryżu w r. 1867 zbierze się w stolicy Francji równocześnie *międzynarodowy kongres powszechny lekarski*. Organizacją kongresu zajmuje się osobna kommissya złożona z 19 członków, którzy w d. 7 grudnia 1865 r. ustanowili osobne biuro, do składu którego weszli: Bouillaud, w charakterze prezesa; Denonvilliers, Gavaret, Tardieu w charakterze vice-prezesów; Jacoud, sekretarz naczelny; Vidal sekr. płatnik. Minister oświecenia narodowego pożyteczne to dzieło wziął pod wysoką swą opiekę, a minister spraw zagranicznych za pośrednictwem reprezentantów Francji polecając kongres ten innym mocarstwom, wezwał je do współdziałania. Zaczynając od końca XVIII wieku mieliśmy już kilkadziesiąt kongresów lekarskich, ale wszystkie one zamykały się w granicach krajowych (nacyonalne); powszechny międzynarodowy zaś będzie to kongres pierwszy w Europie; ztąd wyjątkowa jego doniosłość: przedstawiać on będzie naukowy ruch lekarski naszej epoki w całym świecie, a zatem będzie to pierwszy akt dotykający umysłowej spójni, jednoczącej pracowników wszystkich krajów na niwie medycyny.

— W Anglii wszystkie prawie zakłady naukowe, lekarskie i dobroczynne zawdzięczają swój początek inicjatywie prywatnej. Każdy z nich przy swoim zawiązku nakreślił sobie prawa, któremi się rządził wieki całe. Ustawy tych instytucji z dzisiejszego punktu widzenia rzeczy wiele zostawiają do życzenia, pomimo to, każdemu wiadomo, że zakłady te wydają ludzi gruntownie wykształconych w każdej gałęzi wiedzy ludzkiej. • Nauka lekarska jednakże uczuła niedostatek jednostajnych przepisów odnośnie do wychowania lekarskiego i wykonywania praktyki lekarskiej. *Medical act* wydany w r. 1858 był punktem wyjścia pierwszego prawodawstwa lekarskiego w Anglii. Aktem tym ustanowioną została *Rada Główna Lekarska* (the general medical Council) złożona z 25 członków wybieranych przez lekarzy. Rada ta jest ciałem obradującym i decydującym w ostatniej instancji; jej poruczone w zasadzie ogólny kierunek nad częścią medyczną. Rada zbiera się raz do roku na *publiczną sessję*, która trwa dni dziewięć, czyli odbywa dziewięć publicznych posiedzeń. Decyzje Rady uskutecznia *komitet wykonawczy*. Sessya tegoroczna odbyła się w z. maju (od 17—20) pod prezydencją Dr. Burrows, który w mowie inauguracyjnej wykazał przedmioty mające podlegać dyskusji; dotyczą one: 1) sposobu wykładu nauki lekarskiej; 2) wykonywania praktyki lek.; 3) rewizji i ogłoszenia drukiem farmakopei. Mają one interes czysto miejscowy, co nas uwalnia, na teraz przynajmniej, od szczegółowego ich rozbioru, jedno tylko nadmienić musimy, że dyplom lekarzy zagranicznych chcących osiąść i praktykować w Anglii, Rada uznaje za dostateczny do odbywania praktyki, wymaga tylko najprzód, aby imiona i nazwiska ich były wykazane na liście lekarzy krajowych (*medical registration*) w ciągu przynajmniej 12 miesięcy.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz**.

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycja i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —  
„ półrocznie „ 2 „ 50  
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:  
„ „ rocznie . . . Rs. 6.  
„ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ: Przyczynek do Kazuistyki nowotworów gałki ocznej, podał Prof. *Brodowski*.— Nowy sposób leczenia pęsnicy z otępieniem (*Melancholia attonita*), za pomocą elektryczności indukcyjnej (prądów przerywanych), napisał St. Chomętowski.— Kazuistyka. Postrzeżenie dotyczące nauki o zarosnięciu pochwy macicznej, napisał Dr. L. A. Neugebauer.— Kronika zagraniczna: Przegląd literatury chirurgicznej niemieckiej.— Opatrunki nieprzemakające, przez Dra. Wszebora.— Część statystyczna (dokończenie).— Wiadomości bieżące.

## Przyczynek do kazuistyki nowotworów gałki ocznej.

Podał Prof. *Brodowski*.

Ostatnich dni kwietnia roku przeszłego, na posiedzeniu Wydziału anatomii, fizjologii i nauk przyrodzonych Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Dr. *Narkiewicz-Jodko* przedstawił 4 letnią dziewczynkę, bardzo dobrze zbudowaną i również dobrze odżywianą, która miała na twarzy guz wielkości blisko pięści, wyrastający z prawego oczodołu. Guz ten miał podstawę dosyć wąską, powierzchnię czerwonawą, dosyć gładką, tu i owdzie zlekka wżgórkwatą; na niej w paru miejscach dawały się spostrzegać powierzchowne owrzodzenia brudno-szaro-zielonawe, sączące w niewielkiej ilości odrażliwej woni płyn posokowaty. Z gałki oka nie pozostało ani śladu. Oko lewe było zmienione w sposób następujący: źrenica mocno rozszerzona; komórka przednia nie istnieje, tęczą bowiem wraz z soczewką dotykają bezpośrednio rogówki; ciało szkliste mętne, cała głąb oka wypełniona masą szarawą; konsystencya jego zwiększona. Wzrok zupełnie stracony. Przyczém Dr. *Jodko* opowiedział co następuje o poprzedzającym stanie małej swój pacjentki:

Po raz pierwszy widział ją przed rokiem z okolic Łowicza przywiezioną. W owym czasie lewe oko zdawało się jeszcze na pozór być normalnem. W prawém, źrenica była mocno rozszerzona, komórka przednia prawidłowej wielkości, soczewka przezroczysta, po za nią nie wielka ilość ciała szklanego również przezroczystego, znajdującego się w lejkowatém zagłębieniu białej jak mléko niepołyskującej massy, wypełniającej resztę gałki ocznej. Przy ukośnem oświetleniu, ściany tego zagłębienia przedstawiały się wżgórkwatemi, po nich przebiegały czerwone naczynka miejscami poprzerywane. Strata wzroku z téj strony zupełna. W lewém oku, pozornie, jak to już wyżej powiedziano, normal-



ném, po rozszerzeniu źrenicy, Dr. Jodko za pośrednictwem wziernika dostrzegł na siatkówce ku górze i na wewnątrz od wzgórka nerwu wzrokowego płaską białawą wyniosłość okrągłą, wielkości  $2\frac{1}{2}$  średnicy wzmiankowanego wzgórka; ku dołowi zaś i także na wewnątrz: drugą podobną wyniosłość, znacznie jednak mniejszą, bo rozmiarami swymi o nie wiele tylko przenoszącą brodawkę nerwu wzrokowego. Obrisy obu tych wyniosłości były niewyraźne i nieregularne, powierzchnia zaś gładka; po mniejszej przebiegało naczynko błony siatkowej, w niczym nie zmienione. Reszta dna oka nie nieprawidłowego nie przedstawiała. Pole widzenia było ograniczone i znajdowało się na zewnątrz. Dziecko tém okiem dość drobne nawet przedmioty rozróżniało; chodziło samo, ale zawadzało dosyć często o przedmioty znajdujące się na drodze, i dla tego właśnie chód był nie pewny. Matka chorego dziecięcia oznajmiła przytém, że pomienionej niepewności chodu dostrzegła dopiero ostatnimi czasy, i to właśnie zmusiło ją do szukania rady. Osłabienie wzroku w oku prawém postrzegala wprawdzie już od kilku miesięcy, nie bardzo wszakże tém się niepokoiła, gdyż dziecko nie cierpiało z tego powodu, a pod każdym innym względem cieszyło się jak najlepszym zdrowiem.

Zestawiwszy te wszystkie dane Dr. Jodko przyszedł ostatecznie do tego wniosku, że najprawdopodobniej ma do czynienia z obustronnym rakiem siatkówki. Zalecił używanie jodku potassu w małych ilościach wewnątrz, morfinę zaś endermatycznie w razie, gdyby dziecko doznawało bólu w oczach.

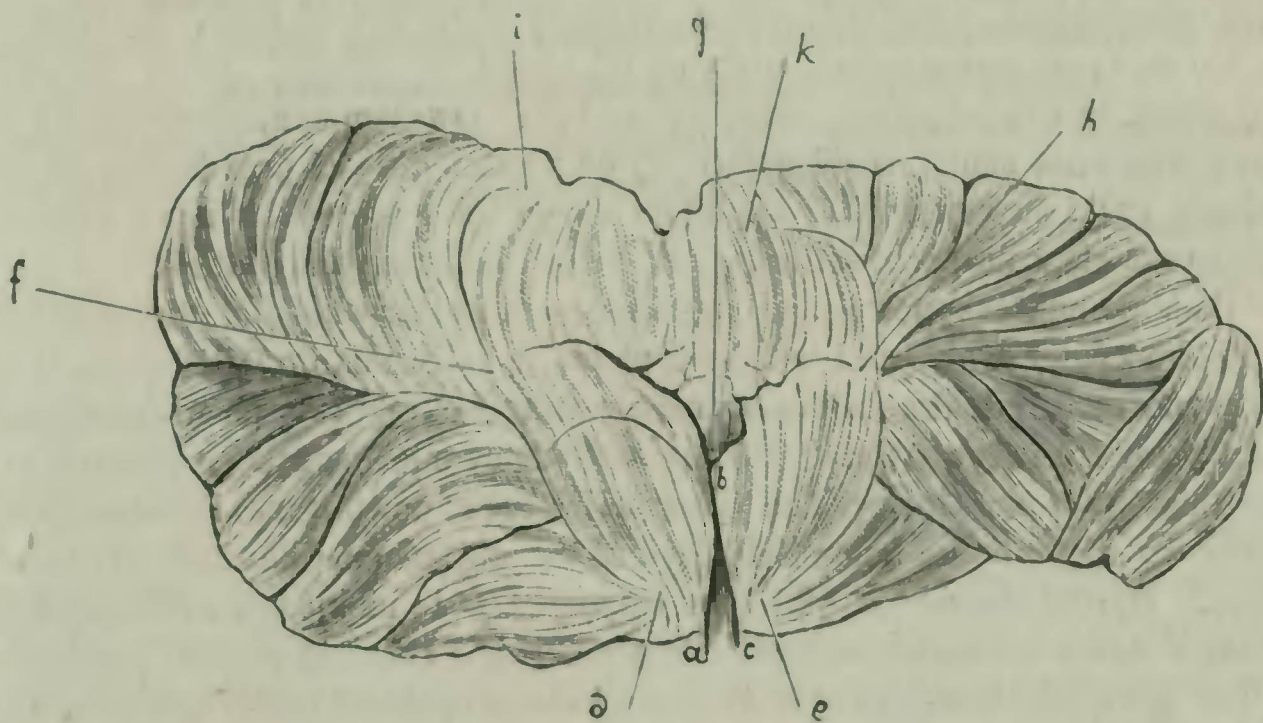
Gdy w jesieni tegoż samego roku po raz drugi to dziecko przywieziono; prawa gałka oczna już była cała nowotworem wypełniona, komórka przednia nie istniała, tęczka prawie zupełnie zanikła, soczewka do rogówki przyciśnięta, ostatnia zaczęła już mętnieć, szczególnie zaś przy brzegu zewnętrznym; naczynia spojówki mocno nastrzykane, rozszerzone, twardówka ścięczała, niebieskawej barwy; konsystencya gałki ocznej znacznie zwiększona, ruchy jej utrudnione, neuralgia rzęskowa w wielkim stopniu. Oko zaś lewe przedstawiało mniej więcej takie same zmiany, jak prawe za pierwszym widzeniem pacjentki. Dr. Jodko radził w owym czasie wyluszczenie przeistoczonej gałki ocznej, głównie celem usunięcia bardzo dolegliwych bólów, których była siedliskiem; na operacyą tę jednak matka przystać nie chciała. Obecnie zgadza się na nią.

Wzmiankowana operacya wykonana została w klinice chirurgicznej przez Prof. Lebrun'a, a guz wyluszczonej przysłano mi do rozpoznania.

Przedstawiał się on w postaci mniej więcej elipsoidy nieregularnej, przybliżonej z jednej strony; był około 10 cent. długi, 7—szeroki, i 4 cent. gruby. Pierwszy z tych wymiarów w stosunku do oczodołu, z którego guz wyrastał, odpowiada poziomój średnicy poprzecznej, drugi—pionowej, trzeci—przednio-tylniej. Wypukła powierzchnia tego guza dosyć nierówna, miejscami wzgórkowata, niezbyt głębokimi rowkami poprzedzielana, jakby płatkowata, po samym prawie środku zakłęsta, jasno-czerwono zabarwiona, z wyjątkiem paru miejsc brudno-szaro-zielonawych, odpowiadających wyżej wzmiankowanemu powierzchownemu owrzodzeniom. Na płaskiej, nierównie bledszej i dosyć gładkiej powierzchni tego nowotworu daje się spostrzegać, po samym niemal środku, koniec (a c) nieco zgrubiałego



nerwu wzrokowego, a nad nim w pobliżu wywrócona, nieco zgrubiała górna powieka. Spojność w ogóle całego nowotworu niewielka, do téjże rdzenia podobna, nie wszędzie wszakże jednostajna: jest on miększym i kruchszym przy powierzchni wypukłej i w ogóle u obwodu, trwarszym nieco przy płaskiej i w ogóle ku środkowi. Powierzchnia rozkroju gładka, połyskująca, biała jak mléko, przy brzegu wypukłym miejscami brunatno-czerwonawa; za pociśnieniem sączy się z niej niewielka ilość przezroczystego płynu, wodnisteo, miejscami nieco krwią zabarwionego. Na środku tylnej połowy nadmienionej powierzchni, odpowiadającej poziomej średnicy tego guza, widać bardzo wyraźnie przecięcie najzupełniej przeistoczonej i znacznie zwiększonej gałki ocznej, ukośnie wyciągniętej w kierunku wewnętrznego



kąta oka. Ze składowych jej części dają się rozpoznać następujące: wzgórek nerwu wzrokowego wyciągnięty w kończasty blisko 4 mm. długi stożek (abc), będący bezpośredniem przedłużeniem zgrubiałego nerwu wzrokowego, po obu jego stronach resztki mocno zcieńczałej i ku przodowi coraz bardziej cieniejącej twardówki, przerwanej z tyłu po obu stronach wzgórka nerwu wzrokowego na przestrzeni 3 milimetrów (d, e) i z przodu, w pobliżu wewnętrznego brzegu rogówki, na przestrzeni około 7 milimetrów (f). Jako przedłużenie twardówki z prawej strony, jakkolwiek z trudnością, daje się wszakże dojrzyć niezmiernie cienka rysa, w postaci krzywej linii bardzo wypukłej (hk), znikającej na przedniej części nowotworu; z drugiej strony po téj większej, wyżej wzmiankowanej przerwie w twardówce, widać także jako dalszy ciąg linii krzywej reprezentującej twardówkę, podobnie bardzo cienką prążkę (fi), również jak i tamta zakrzywioną. I ta także znika w massie nowotworu nie połączywszy się z tamtą. Są to prawdopodobnie szczątki rogówki przerwanej na przestrzeni (i k), przez bujający z wewnątrz gałki ocznej nowotwór. W pośród części nowotworu, wypełniającej wnętrze téj gałki, części, która z wyjątkiem tylko znaczniejszej spoistości, najzupełniej podobną jest do okrywającej zewsząd téż gałkę zewnątrz, znajduje się miejscami szarawa, miejscami zaś czarna nieregularnie wklęsta kresa (fgh), do podłużnego



przecięcia nieregularnego lejka podobna, z której miejscami wybiegają żółtawo zabarwione wyrostki. Podobnież czarniawe smugi, i w podobnymże kierunku przebiegające, dają się spostrzegać i na powierzchni rozkroju prostopadłej do powierzchni poprzedzającej, tak, że rzeczywiście cała ta szaro-czarniawa masa, o której tu mowa, tworzy rodzaj lejka nieregularnego, znajdującego się wewnątrz gałki ocznej, którego wierzchołek zlewa się nieznacznie ze stożkowato wyciągniętym wzgórkem nerwu wzrokowego. Część nowotworu, znajdująca się wewnątrz powyższego lejka jest ciemniejszą od położonej na zewnątrz niego, miejscami szarawa, miejscami czerwona, przy wierzchołku zaś miejscami ciemno-żółta; żółto-szarawo jest zabarwiona tu i owdzie masa nowotworu i zewnątrz lejka, ale tylko tuż w pobliżu niego znajdująca się. Są to bezwątpienia szczątki naczyniówki (chorioidea), oddalonej przez bujający nowotwór od ściany gałki ocznej.

Co się tyczy powierzchni rozkroju tej części nowotworu, która okrywała gałkę oczną, to i ta zupełnie jednolitą nie była. Owszem znajdowały się na niej białawe włókniste smugi, rozbiegające się po większej części promienisto od nadmienionej gałki na zewnątrz. Skutkiem czego cały nowotwór miał wejrzenie składającego się z licznych, ściśle jednak z sobą połączonych płatków.

Badanie mikroskopowe tego nowotworu za świeża okazało, że się składał przeważnie z jąder drobnych i komórek; pierwsze kuliste około 0,010 m. m. w średnicy wynoszące, z lekka drobno-ziarniste; drugie okrągławe, po większej części z lekka kątownate ledwo 0,012-0,015 mm. w średnicy mieć mogące, o pojedynczych jądrach niczym się nieróżniących od jąder nagich tegoż nowotworu, i bardzo nikłym, częstokroć z wielką tylko trudnością dojrzeć się dającym ciałku komórki (protoplasma). Oprócz komórek kulistych napotykały się niekiedy i wrzecionowate, częstokroć nawet o długich wypustkach, a niekiedy i komórki postaci nieregularnej. Tak jądra jak i komórki były nieco większe w większej części nowotworu, tj. w okrywającej przeistoczoną gałkę oczną, a zwłaszcza od przodu; mniejsze zaś nieco, a miejscami i znacznie mniejsze — w zbitych jego części, a przedewszystkiem w tej, która wewnątrz wzmiankowanej gałki wypełniała. Ta nawet ostatnia przeważnie składała się z jąder, zawierała bardzo niewiele komórek kulistych i nieregularnych; wrzecionowatych zaś wcaleśmy w niej nie spotykali. Powyższe pierwiastki anatomiczne leżały kupkami różnej wielkości i postaci, stosownie do rozmaitych części badanego nowotworu: większe i okrągłe kupki znajdowałyśmy w skrawkach branych z pulchniejszych części nowotworu, a więc bliższych wypukłej jego powierzchni; mniejsze zaś, bardziej podługowate, wrzecionowate kupki, a nawet pojedynczymi rzędami równoległymi leżące komórki i jądra spostrzegałyśmy w skrawkach, pochodzących z bardziej zbitych części zajmującego nas guza, przeważnie zaś z położonych tuż przy samej twardówce wewnątrz gałki ocznej. W pulchniejszych częściach tego nowotworu wzmiankowane kupki pierwiastków anatomicznych zlewały się z sobą bez wyraźnych granic, niekiedy wszakże trafiało się już i w tych częściach na znajdujące się pomiędzy pomienionymi kupkami lśniące, cienkie a równe włóknienka, czasem nawet i na złożone z nich cieniutkie pasemka. Pasemka te stawały się coraz wyraźniejszymi, tj. coraz grubszymi, a nawet i z coraz grubszych włóknienek złożonymi, w miarę jak się



zmniejszały i wydłużały poodgraniczane niemi wzmiankowane kupki pierwiastków anatomicznych. Najgrubsze wspomniane pasemka były pomiędzy równoległymi wyżej wspomnianymi rzędami tych pierwiastków. Nadmienić jeszcze należy, że w pulchniejszych częściach nowotworu, zwłaszcza zaś czerwono zabarwionych, znajdowały się dość liczne i dość szerokie naczynka włosowate, gdy tymczasem inne jego części były bardzo skąpo niemi opatrzone. W ostatku dodajemy, że pomiędzy pojedynczymi pierwiastkami anatomicznymi tylko co opisanych kupek, nie byliśmy w stanie dojrzec ani śladu istoty międzykomórkowej czyli zasadniczej.

(Dokończenie nastąpi.)

---

### Nowy sposób leczenia posepnicy z otępieniem (Melancholia attonita), za pomocą elektryczności indukcyjnej (prądów przerywanych).

n a p i s a ł

Stanisław Chomętowski,

Lekarz ordynujący w szpitalu obłąkanych Śgo Jana Bożego w Warszawie.

Już na początku bieżącego stulecia G e o r g e t zwrócił uwagę na oddzielną formę posepnicy, cechującą się przytępieniem (depressio) władz umysłowych w wysokim stopniu. P i n e l uważał ten rodzaj cierpienia za idiotyzm, E s q u i r o l za niedołężność umysłową (Dementia). G u i s l a i n zowie tę formę: *extase*; psychiatrzy francuzcy \*\*): *Stupidité, Stupeur, melancholia attonita*, — niemieccy *Starres Irrfühlen, Melancholia cataleptica*, — *Melancholia hyperphrenica*. W późniejszych czasach F e r r u s i S a u z e wykazali, że ten rodzaj posepnicy daje rokowanie dobre w przeważnej liczbie wypadków, a przy końcu pierwszej połowy bieżącego stulecia B a i l l a r g é podał nietylko dokładny opis rzeczowej formy chorobnej, wymieniając synonimy, jakimi rozmaici autorowie takową oznaczali, ale nadto zwrócił uwagę na znaczny stosunek wyleczalności w tej chorobie.

Najważniejszą cechą psychiczną tego rodzaju posepnicy, jest *przytępienie znaczne w sferze objawów woli*, ztąd wszelkie ruchy dowolne odbywają się nader powolnie.

Chory stoi po kilka godzin w jednym miejscu prawie nieporuszony, siedzi albo leży po całych dniach w łóżku. Dla wysunięcia języka z jamy ustnej, lub podania sobie łyżki pokarmu do ust, potrzebuje niekiedy dwie lub trzy minuty czasu. Mówi cicho i bardzo powoli; na odpowiedzi jak najprostsze, potakujące, po kilka minut oczekiwać potrzeba; czasem zaś pozostaje przez dnie i tygodnie całe w zupełnym milczeniu.

Wyższe stopnie tego cierpienia, przedstawiają niejaki podobieństwo do objawów katalepsyi. Gdy bowiem nadamy ręce lub nodze chorego pewne położenie, wówczas kończyna pozostaje w tém położeniu przez kilka minut i dopiero

\*) Die krankhaften Geschwülste.

\*\*) Patrz dzieło D a g o n e t a, p. t. *Traité des maladies mentales*, Paris. 1863. Rozdział: *Melancholie avec stupeur*.



pod wpływem siły ciężkości opada; brak woli jedynie nie dozwoli choremu nadać dogodniejszego położenia poruszonej części ciała. Obok tego upadku woli, sfera właściwa *intelektualna*, *mniej jest dotknięta*. Czynność pojmowania przedmiotów ze świata otaczającego, nie doznaje zmiany. Chory obejmuje takowe zazwyczaj należycie, jak o tém przekonać się można bądź z odpowiedzi, bądź z opowiadań przy powrocie do zdrowia.

Pod względem *somatycznym*, najbardziej uderzające na pierwszy rzut oka są zboczenia w krążeniu krwi, mianowicie przepętnienie krwią systematu żylnego, odznaczające się *cyanotycznym* stanem rąk, nóg, a czasami i końca nosa.

Griesinger tłumaczył na jednej z lekcyi klinicznych, której byłem obecny w r. z. w Berlinie, przyczynę posępnicy z otępieniem, jako następstwo przepętnienia krwią wielkich zatok mózgu, a ztąd ucisku na substancję szarą (korową) tegoż organu.

Najważniejsze spostrzeżenia nad zboczeniami w sferze oddychania, poczynił już w roku 1855 Professor Marcé w Paryżu (1), którego śmierć przedwczesna w r. z. stanowi bolesną dla psychiatrii stratę.

Uczony ten zauważył, że podczas trwania choroby opisywanej przez nas, klatka piersiowa przy oddychaniu bardzo nieznacznie się podnosi, a *szmer pęcherzykowy słabnie* do tego stopnia, że zaledwie jest słyszany.

W niektórych razach po pięciu lub sześciu wdéhaniach bardzo słabych, następuje jedno wydechanie silniejsze.

W innych razach, wdéchanie odbywa się w sposób przerywany (*saccadé*), tak, jak gdyby ono składało się z kilku wdéchań częściowych.

Nie tylko jednak oddechania tracą na swojej pełności, ale nadto zwalniają się w sposób bardzo charakterystyczny, w stosunku do uderzeń tętna.

W stanie fizyologicznym istnieje stosunek dokładnie oznaczony pomiędzy liczbą pulsacyi, a liczbą respiracyi;—stosunek ten zmienia się odpowiednio do wieku osób badanych i do częstości uderzeń tętna (2). Badając więc u melancholików w stanie otępienia puls i oddychanie, porównywając wzajemny stosu-

(1) Patrz Marcé: Traite des Maladies mentales. Paris 1863. Rozdział o Melancholii.

(2) Patrz artykuł p. Marcé w Archives Gen. de Medecine, za miesiąc Lipiec z r. 1855.

Liczby respiracyi odpowiadają następującym liczbom pulsacyi:

43. uderzeniom tętna odpowiada 16 respiracyi 53. : 19, 70. : 24, 82. : 35, 104. : 42, 142 : 50, 172. : 50.

W stanach zaś posępnicy z otępieniem, stosunek ten zmienia się jak następuje:

Mężczyzna 50 letni (stupor melancholicus) pogarszający się codziennie; 77 pulsacyi odpowiada 14 respiracyom. 78. : 20, 96. : 20.

Mężczyzna 50 letni (melancholia attonita).

106 pulsacyi odpowiada 21 respiracyi, 92 : 26, 102 : 20.

Mężczyzna 17 letni (melan. att.) 106 pulsacyi odpowiada 20 resp.

Mężczyzna 25 letni (stupor et dementia). 48 pulsacyi odpowiada 14 resp.

Mężczyzna 28 letni (melancholia attonita). 116 puls. odpowiada 28 resp. 92. : 17.

Kobieta cierpiąca na stupor melancholicus głęboki: 112 pulsacyi odpowiada 22 resp. 90. : 22, 78. : 21 (lekka excytacya u tejże samej chorój).

Kobieta 35 letnia, naprzemian stupor mel: i excytacya. 75 puls. odpowiada 16 resp. 70. : 13, (stan mel.) 71. : 23, 74. : 20, 78. : 18, (st. ekscytacyi).

Kobieta lat 22 (melancholia attonita) 120 puls. odpowiada 24 resp. 108. : 18.



nek tychże do stosunku normalnego, stwierdzamy i przekonywamy się w sposób najoczywistszy, że gdy otępienie jest w wyższym stopniu, wówczas liczba respiracyi względnie do liczby pulsacyi jest znacznie zmniejszoną, a nawet niższą od średniej fizyologicznej. Gdy otępienie staje się mniej natężone, wówczas stosunki normalne pomiędzy pulsem a respiracją powracają.

W znaczniejszych stanach otępienia umysłowego, prawdopodobnie ma miejsce zmiana, a nawet zniesienie równowagi pomiędzy ilością krwi, którą serce posła do płuc, a ilością powietrza jaka wchodzi w drogi oddechowe. Takie zmniejszenie liczby respiracyi (zniżające się czasami do 15, a nawet 10 na minutę), nie może przejść bezkarnie dla chorego. Utlenienie krwi odbywa się daleko wolniej i niedokładniej, krew żylna podlega zwolnionemu krążeniu w naczyniach swoich, mając utrudniony dostęp do płuc, a stąd naczynia włoskowate zostają przepełnione krwią, zawierającą znaczną ilość kwasu węglowego, stąd sinica (cyanosis) rąk, nóg, nosa i warg dostrzegana, jak to już powyżej wspomnieliśmy u chorych na posepnicę z otępieniem.

Pod względem ciepła powierzchni ciała, to według *Marce'go*, (patrz dzieło powyżej wspomniane), temperatura kończyn staje się niekiedy niższą o 2°, a nawet 3° R, od temperatury innych części ciała.

Skutkiem zwolnionego obiegu krwi, zauważano także obrzmienie twarzy, wreszcie z powodu przepełnienia krwi kwasem węglowym, zdarzały się wypadki zaduszania (asphixyi).

Posępnicą z otępieniem, nie należy bynajmniej do rzadkich form chorób umysłowych w kraju naszym. Spostrzegane przezemnie wypadki tego cierpienia w tutejszym Szpitalu Ś. Jana Bożego, leczone były niejednokrotnie z pomyślnym skutkiem, przez zastosowanie elektro-indukcyjnych prądów.

Na dowód tego, mogę przytoczyć następujące historye choroby.

*Wypadek I.* Wilhelm E. czeladnik stolarski, lat 22 leczący, przybył do Szpitala w dniu 6 Maja 1864 r.

Po raz pierwszy jednak widziałem chorego dopiero w dniu 4 lipca tegoż roku. Z karty wizytowej udzielonej mi przez *Dra. Krysińskiego*, dowiedziałem się, że choroba trwa od trzech miesięcy.

Po przybyciu do Szpitala chory przedstawiał stan następujący: mięśnie dobrze odżywione, zabarwienie błon śluzowych łącznicy i dziąseł, prawidłowe. Oba policzki mocno zaczerwienione. Oczy błyszczące, bystre, ruchliwe, obie źrenice w jednakowym stopniu mocno zwężone; temperatura czoła i uszów wyższa od temperatury otaczających części; język czerwonawy, szorstki, suchy; tętno wynoszące 96 uderzeń na minutę, twarde, pełne; apetyt i pragnienie podwyższone. Badanie innych organów, nie przedstawia żadnych nieprawidłowości. Chory wymawia bez ładu i związku pojedyncze wyrazy lub zdania bezustannie, albo też krzyczy i śpiewa. Na pytania nie odpowiada, lub też odpowiada zupełnie nieдорzecznie. Wykonuje prawie przez dzień cały rozmaite ruchy gwałtowne, skacze, rzuca się na otaczających, wybija szyby u okien, jedném słowem jest rozdrażniony i to nie tylko podczas dnia ale i w nocy, nie śpi bowiem zupełnie, albo też bardzo krótki przeciąg czasu.



Choroba rozpoznana została jako *szaleństwo gwałtowne* (mania furibunda). Przepisano winnik antymonowy (tartarus stibiatus) w pełnej dawce, w celu wywołania wymiotów, później zaś przez dni kilka w mniejszych dawkach. Następnym dni zalecono choremu użycie naparu z liści naparstnicy (*Inf. digitalis*), a w końcu saletran potażu (*Kali nitricum*) i kąpiele letnie przedłużone, po 4 godzin trwające, według metody *Brierre de Boismont*.

12 Maja chory się znacznie uspokoił. Funkcye trawienia i krążenia krwi powróciły do prawidłowego stanu.

23 Maja zaczęło się pojawiać stępienie (*depressio*), tak w czynnościach umysłowych, jak i fizycznych.

W ciągu następnych tygodni stępienie umysłowe, coraz widoczniej się rozwijało. Chory z początku mówił cicho i zwolna, potem zupełnie stał się milczącym i na pytania nie odpowiadał.

Zalecane wówczas kolejno przez Dra. K r y s i Ń s k i e g o: winian antymonowy z korzeniem ipeki w pełnej dawce, wcierania maści krotonowej za uszami i na karku, silnie przeczyszczające środki roślinne, nacieranie całej powierzchni skóry prześcieradłami zmaczanymi w zimnej wodzie, pozostają bez wpływu na przebieg choroby.

Gdy po raz pierwszy ujrzałem chorego na początku lipca, stał on, lub siedział w jednym miejscu nieporuszenie, głowę trzymał ciągle schyloną, prawie zwiśłą na klatce piersiowej. Wyraz twarzy smętny, posępny, czasami płaczący. Czoło ciepłe, nos chłodny, temperatura skóry na rękach i nogach niższa, a skóra w tych miejscach sino zabarwiona od zastoju żylnych, dowodziła wykształconej sinicy.

Wszelkie ruchy od mięśni dowolnych zależne, odbywa chory niestęchanie powoli. Na wydane sobie *np.* polecenie wysunięcia języka z jamy ustnej, potrzebuje kilkunastu sekund, a czasami nawet parę minut czasu. Język wysunięty z ust nie drży, chory zdoła go utrzymać zupełnie prosto. Pytania zadawane pojmuję dokładnie, jak to można wnosić z odpowiedzi przeczących lub twierdzących ruchami głowy i z fizjonomii chorego, który zachowuje jak najzupełniejsze milczenie. Tętno wynosi około 70 i kilku uderzeń na minutę. Oddychanie powierzchowne i zwolnione znacznie; liczba oddechów na minutę wynosi od 10—12 razy. Opukiwanie z obu stron klatki piersiowej, wykazuje odgłos pełny i jasny. Przystuch przekonywa o szmerze pęcherzykowym w obu płucach, ale cichszym niż zwyczajnie. Sen i apetyt prawidłowy. Z powyższych objawów rozpoznałem cierpienie jako *posępnicę z otepieniem* (*Melancholia attonita*). Wszelkie środki tak nazwane intymidacyjne, zalecane przez *Leureta*, jak *np.* polewanie wzdłuż okolicy kręgowej strumieniem zimnej wody (*douches*), pozostają bez wpływu na wywołanie mowy u chorego.

W połowie lipca przystąpiłem do użycia strumieni elektro-indukcyjnych czyli przerywanych (*faradyzacji*). Na konduktorach umieszczone były gąbki zwilżone; jeden biegun przyłożyłem do kręgów szyjnych, drugi przesuwałem po brzegach chrząstki tarczowej. Posiedzenie trwało po minut 10 i powtarzane było co drugi dzień. Elektryczno-mięśniowa czułość okazuje się zmniejszoną, zaś elektryczno-mięśniowa kurczliwość prawidłową.



Po 7miu posiedzeniach, gdy chory mimo stopniowego podwyższania siły strumienia, ciągle zachowywał milczenie, zastosowałem tak zwaną *moce elektryczną*. Jeden konduktor pokryty zwilżoną gąbką, umieściłem na pierwszych kręgach szyjnych, drugi zaś w postaci *pedzla elektrycznego*, z kilkudziesięciu drucików złożonego, na chrząstce tarczowej. Skóra wówczas mocno się zaczerwieniła i chory *przemówił po raz pierwszy*, od czasu jak zacząłem go leczyć. Wy-mówił zaledwie kilka wyrazów cichym głosem.

W ciągu dni następnych, podczas zastosowania prądów indukcyjnych dopiero co wspomnianym sposobem, chory na zadawane sobie pytania: „dla czego nie mówi?” odpowiadał, że mu bardzo trudno mówić. Po ukończeniu faradyzacji wpadał znowu w głębokie milczenie.

Po 20tu kilku posiedzeniach, w skutku rozwijającego się na szyi rumienia (erythema), zaprzestałem elektryzowania téj okolicy.

W pierwszych dniach września przystąpiłem ponownie do faradyzacji, działając pośrednio na nerwy przeponowe (nervi phrenici). Dla wyszukania na skórze miejsce najbliżej od tych nerwów położonych, postąpiłem sposobem wskazanym przez Erdmanna z Drezna (1).

Pociskałem skórę ku wewnątrz dwoma palcami ułożonymi na brzegu zewnętrznym części obojczykowej mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego (pars clavicularis m. sterno-cleido-mastoidei) zalecając jednocześnie choremu głębsze westchnienie. Wówczas uczułem pod palcami przedni brzeg mięśnia dzwigacza przedniego (musculi scaleni antici), jako ciało twarde, wystające. Nie zmniejszając wtedy nacisku, rozsunąłem palce, aby tym sposobem utworzyć przestrzeń wystarczającą do przyłożenia konduktora, powleczonego gąbką zwilżoną. Poleciwszy pomocnikowi trzymać nieporuszenie przyłożony konduktor, w podobny sposób zastosowałem drugi konduktor na stronie przeciwnéj, a tym sposobem zmusiłem chorego do mimowolnego, bardzo głębokiego oddechu.

Oprócz tego, faradyzowałem naprzemian rozmaite mięśnie poruszające klatkę piersiową. Po kilku posiedzeniach chory mówił wprawdzie zwolna i cicho, ale już nie tylko podczas faradyzacji, ale i w ciągu całego dnia. Inne ruchy dowolne, jak podawanie sobie pokarmu, wysuwanie języka z jamy ust, chory również prędzej dokonywał.

W początkach miesiąca października, oprócz dopiero co opisanego leczenia za pomocą elektryczności, zaleciłem choremu codzienne użycie kąpeli gorących (na + 30° do + 32 R), trwających minut kilkanaście. Sposób ten podany przez Dra. Steina, Dyrektora Instytutu prywatnego dla obłąkanych w Petersburgu, przy posepnicy z otępieniem, zmodyfikowałem okładami zimnymi podczas kąpeli na głowę, a to z obawy łatwo mogących się rozwinąć napływów czynnych do mózgu.

Przy połączoneń użyciu faradyzacji i kąpeli gorących w ciągu miesiąca listopada, oddychanie poczęło się przyspieszać, sinica rąk i nóg ustąpiła, *chory*

(1) Claude-Bernard użył po raz pierwszy faradyzacji nerwów przeponowych przy odtru-waniu zwierząt zatrutych K u r a r ą.



mówił powoli wprowadzić ale głośno i zrozumiale, zajmował się pilnie pracą fizyczną, która mu zaleconą została, jako najdziałniejszy środek psychiczny w okresie rekonwalescencji cierpienia umysłowych tego rodzaju. W miesiącu grudniu opuścił szpital, jako zupełnie wyleczony i dotąd cieszy się dobrem zdrowiem zajmując się pilnie obowiązkami swego powołania. (Dok. nastąpi.)

## KAZUISTYKA.

Postrzeżenia dotyczące nauki o zarośnięciu pochwy macicznej.

Napisał Dr. Ludwik A. Neugebauer,

*Docent akuszerji i ginekologii w Szkole Głównej Warszawskiej.*

Jakkolwiek zarośnięcie pochwy jest cierpieniem stosunkowo nie zbyt rzadkiem, jest ono jednak z powodu różnych przykrych i niebezpiecznych następstw, jakie pociągać za sobą może i przez wpływ niepomysłny na organizm i całe życie chorój, a nawet na stanowisko jej w towarzystwie tak ważném, iż każdy pojawiający się przypadek tego rodzaju zasługuje na największą uwagę, a to tém więcej, jeśli tenże ze szczególnych względów indywidualnych posłużyć może za przyczynek do dalszego rozwinięcia i uzasadnienia nauki o tém cierpieniu, która to nauka, wyznajmy otwarcie, co do naukowego rozwoju obecnie dużo jeszcze pozostawia do życzenia. Takim zaś przyczynkiem będą, zdaje się, następujące przykłady zupełnego zarośnięcia pochwy, w ciągu dwudziestoletniej praktyki ginekologicznej przezemnie postrzegane.

### I.

Hanna R..... żona handlarza starozakonnego z Królestwa Polskiego, lat wieku 41 licząca, niskiego wzrostu, silnej budowy ciała, leczona była w klinice akuszerji uniwersytetu Wrocławskiego, kiedy pełniłem tamże obowiązki lekarza pomocniczego, dwoma powrotami, na *zarośnięcie pochwy i powstrzymanie się z powodu tegoż odpływów miesięcznych w kanale płciowym*. W 20stym roku życia swego odbyła poród nie zbyt trudny, po którym jednak przez długi czas doznawała odpływu ropiastego z pochwy i bólu w dole brzucha. W niejaki czas po połogu okazał się być odpływ miesięczny, który od téj chwili już w nieregularnych tylko przestankach się powtarzał i któremu odtąd zawsze towarzyszyły mocne bóleści w dole brzucha, przyczém niedługo po porodzie dostrzegła chora, że pochwa jej uległa ścieśnieniu. To ścieśnienie pochwy wzmagalo się coraz więcej i w końcu kanał pochwy w zupełności zarósł. Od tego czasu chora już nie miała odchodu miesięczkowego, ale za to od tegoż czasu wspomniony wyżej ból w brzuchu stał się ciągłym. Obok tego poczęła chora doznawać parcia na mocz i na stolec, oddawała tak mocz, jak stolec z pewną tylko jeszcze trudnością, miała często nudności i czuła rodzaj ogólnego osłabienia i znużenia.



Wszystkie te dolegliwości od czasu do czasu w przestankach odpowiadających mniej więcej przestankom miesięczkowym, wzmagaly się na kilka dni i potem znowu się uśmierzały. Całe to cierpienie trwało bez przerwy aż do roku 1848, w którym chora zdecydowała się szukać pomocy w powyż wymienionej klinice.

Przyjęta do tejże kliniki w d. 6. lutego rzonego roku, przedstawiała obok powyżej wymienionych dolegliwości, co do samego przyrzędu płciowego stan następujący: części płciowe zewnętrzne, tudzież ujście pochwy zachowały się prawidłowo. Sama pochwa zaś była w wysokości cała ponad jej ujściem zarosnięta. W głębi niezarostej części jej ujściowej błona śluzowa ułożoną była w drobne fałdy, które na sposób promieni schodziły się w środku ślepej tejże części pochwy. Palcem wprowadzonym w kışkę stolcową czuć można było zarosłą pochwę w kształcie powrózka twardawego, grubości kilku linii. Ten powrózek, od ślepego dna niezarostej dolnej części pochwy ciągnął się w długości około półtora cała wzdłuż linii kierunkowej miednicy w górę i łączył się górnym swoim końcem z dużym, kulistym, trudno dosięgnąć się dającym guzem, prawie w zupełności wypełniającym górną połowę kanału miednicy, który jak o tém przekonać się można było ręką przyłożoną do ściany brzusznej, z onegoż kanału ciągnął się do właściwej jamy brzusznej i w tejże jamie wznosił się aż prawie do wysokości pępka. Guz ten był okrągławy, postaci i wielkości macicy ciężarnej w szóstym miesiącu. Proste dotykane nie sprawiało chorój bólu, który jednak zaraz się odzywał, jeśli guz ten mocniej ściskano. Naciskając na niego ręką przyłożoną do ściany brzusznej, po wprowadzeniu poprzednio palca wskazującego drugiej ręki do kışki stolcowej, czuć się dało wyraźne chęłbotanie.

Te objawy pokazywały, iż guz opisany był *macicą rozdętą przez krew miesięczkową wstrzymaną w niej w skutek zarosnięcia pochwy*, powstałego po odbytych porodzie. Czy to rozdęcie ograniczało się na samą tylko macicę, czy też prócz macicy jeszcze i górna część pochwy była niem dotkniętą, o tém przez same śledzenie pomocą palca nie można było nabyć pewności.

Ponieważ chora od cierpienia swego uwolnioną być mogła jedynie tylko przez *operacyę*, zawiadujący kliniką professor B e t s c h l e r, wykonał ją przy mojej asystencji.

Chora została ułożona na stole operacyjnym na grzbiecie, przy silném zgięciu nóg w stawach biodrowym i kolanowym; dwaj pomocnicy po prawej i lewej stronie chorój stojący, utrzymywali palcami swemi otwór jej sromowy otwartym.

Operujący wziąwszy w rękę skalpel, wykonał nim cięcie poprzeczne w dnie ślepego worka powstałego przez niezarostłą dolną część pochwy, i rozprowadziwszy ściany dna już to cięciami ostrożnemi również w kierunku poprzecznym prowadzonymi, już to za pomocą trzonka skalpela i palcy, torował sobie przez twardą i niepodatną tkankę łączną zarosniętej części pochwy i tkankę otaczającą, drogę do siedliska zatrzymanej krwi. Tak postępując doszedł zwolna do worka zawierającego też krew i przekłuł jego ścianę końcem skalpela. Z utworzonego worka ulał się niebawem przez kanałową ranę gruby strumień czarno-brunatno-czerwonej krwi, gęstości nieomal świeżej płynnej smoły, a woni nadzwyczaj nie przyjemnej.



Chora uczuła natychmiast wielką ulgę. W miarę wypływania krwi, macica zwolna się zmniejszała i opadając ku jamie miednicy się opuściła. Ilość wypłynionej krwi wynosiła około pół kwarty miary berlińskiej.

Śledząc jamę otworzonego guza przekonać się można było, iż guz ten składał się nie tylko z macicy, ale także z końcowej części czyli dna pochwy, które wraz z macicą przez wstrzymany odpływ miesięczkowy było rozdęte. Po operacyi starano się sztucznie zrobiony kanał pochwowy utrzymać otwartym przez codzienne wkładanie w niego walczków z gąbki ściśniętej.

Po upływie 4 tygodni ukazał się odpływ miesięczny zwyczajny, a ponieważ w tym przeciągu czasu zabił się zrobiony sztucznie kanał pochwowy,— chora wypisaną została z zakładu.

Tymczasem pomoc udzielona choréj w powyższy sposób, miała się okazać tylko chwilową. Już bowiem ku końcowi miesiąca maja rzeczzonego roku przybyła ona na nowo do tejże kliniki, z pochwą w takiż sam sposób zarośniętą, jak przy pierwszém jéj do tego zakładu przybyciu. Znowu krew miesięczkowa była wstrzymana i znowu macica i koniec pochwy przez tę krew były rozdęte. Chora skarżyła się na zupełnie też same dolegliwości co przed wyżej opisaną operacją.

W takim położeniu rzeczy, gdy powtórzenie operacyi okazywało się wskazaném, wykonaną powtórnie została przezemnie w d. 9 czerwca.— Trzymałem się przy niém mniej więcej tegoż samego sposobu, którego professor Betschler przy pierwszój operacyi użył, i starałem się tą samą, co on drogą dostać do jamy krew zawierającą.

Jakoż i tym razem wypłynęła wielka ilość krwi miesięczkowej. Sama krew jednak była teraz mniej ciemno-zabarwiona i nieco mniej gęsta, jak przy pierwszój operacyi.

Sztucznie zrobiony kanał mniejszą w ogólności okazał teraz skłonność do zwężenia się na nowo, a gdy chora w dniu 15 lipca wyszła z kliniki, kanał ten tyle zawsze miał obszerności, iż przezeń wygodnie przesunąć można było palec wskazujący.

W czasie pomiędzy drugą operacją a wyjściem choréj z kliniki, chora miała dwa czyszczenia miesięczne. Krótco przed wyjściem założyłem w pochwę rurkę z nowego srebra, lekko skrzywioną, półtora cala długą i pół cala grubą, a opatrzoną na tym końcu, który po założeniu pozostawał w otworze sromowym, dwoma uszkami umożliwiającemi utwierdzenie rurki w pochwie, za pomocą dwóch tasiemek łączących się z opaską, oprowadzoną na około tułowia choréj ponad biodrami. Z tą rurką wypuszczając chorą z kliniki zaleciliśmy jéj, aby ją nadal ciągle nosiła, a przynajmniej kiedy niekiedy zakładała.

O dalszym losie choréj żadna mnie nie doszła wiadomość. (*Dalszy ciąg nast.*)

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### PRZEGLĄD LITERATURY CHIRURGICZNEJ NIEMIECKIEJ.

#### Opatrunki nieprzemakające.

Przez Dr. Wszeborą.

Dr. Mitscherlich, lekarz asystent Królewskiej Kliniki w Berlinie, powziął myśl użycia roztworów żywicznych do nadania własności nieprzemakania w wodzie zwykłym opatrunkom gipsowym. Ważność praktyczna nieprzemakających opatrunków dla złamań powikłanych, po



wypłowaniami kości i w ogóle wszędzie tam, gdzie jednocześnie z unieruchomieniem członka użycie przeciągłych kąpielii jest pożądanem, najzupełniej ocenioną została w klinice chirurgicznej prof. Langenbecka. Stosowane tam opatrunki były dwojakie: gipsowe przesiąknięte roztworami żywicznymi i cementowe.

Napawanie opatrunków gipsowych olejem, pomalowanie ich farbą olejną, dodatek kleju, dextryny, alunu lub szkła płynnego (roztwór krzemianu sody w wodzie), nieprowadzi do zamierzonego celu. Inne stałe opatrunki jak: papierowe, watowe, krochmalowe lub dekstrynowe, wreszcie guttaperkowe, długo w wodzie ciepłej trzymane, mięknią lub rozehodzą się, a tém samém przestają utrzymywać położenie odłamków.

Dr. Mitscherlich, robiąc doświadczenia z różnemi nierozpuszczalnemi w wodzie ciałami, znalazł, że roztwory wyskokowe szellaku, żywicy kopalowej i żywicy dammar, najprędzej i najzupełniej wsiąkają w gips czyniąc opatrunek nieprzemakalnym.

Szellak jako najtańszy i najłatwiejszy do nabycia, najczęściej był używany. Nasycony jego wyskokowy roztwór, znany w handlu pod nazwą politory, rozcieńczony równą ilością czystego wyskoku, najzupełniej przydaje się do użycia. Tanięj jeszcze roztwór ten można przygotować, nalewając funt jeden rektyfikowanego wyskoku na 1 do 1½ uncji sproszkowanego szellaku, a pozostawiając do wytrawienia przez 24 godzin, klócić mięszaninę od czasu do czasu.

Opatrunek gipsowy nakłada się jak zwyczajnie na całą kończynę, po przykryciu rany płatkami nasmarowanym cerato simplici. Ponieważ nie tylko okolica rany, ale najczęściej cała kończyna w dalszym przebiegu choroby obrzmiewa, należy równo lecz nie zbyt silnie okryć opaską, aby zasznurowania w jakimkolwiek punkcie uniknąć; gdyby jednak takowe pomimo ostrożności téj miało się okazać, zdradzi się ono obrzmieniem części nieobandażowanych i silnym bólem w częściach zaciśniętych; w takim razie potrzeba opatrunek natychmiast zmienić. W miejscu gdzie później ma być wykrojone okienko, nie należy nakładać gipsu, albo przynajmniej ograniczyć się do najcieńszej jego warstwy. Już w kilka godzin po nałożeniu opatrunku można wyciąć okienko niewiele co większe od obszerności samej rany. Brzegi jego powinny być starannie zaokrąglone i cokolwiek na zewnątrz wywinięte, dla uniknięcia nacisku ostrymi krawędziami.

Oddalwszy płatek znajdujący się na ranie, przykrywa się ją potarganą skubanką. Gdy opatrunek gipsowy zupełnie wyschnie, na co zwykle 24 godzin czekać potrzeba, można przystąpić do napojenia go roztworem żywicznym. Zupełne wyschnięcie opatrunku ułatwia wsiąkanie płynu i zapobiega osadzaniu się żywicy z roztworu w wyskokowe, o działaniem wody. Umaczawszy pędzelek skubankowy w roztworze szellaku, posuwa się nim powierzchnie opatrunku tak długo, dopóki płyn wsiąka. Po kilku godzinach, gdy wyskok w większej części się ulotni, próbuje się czy opatrunek cokolwiek jeszcze płynu przyjąć może i na zakończenie powleka się go bardziej stężonym roztworem, przez co powstaje świetna żółto-złota powłoka na całym opatrunku. Jak skoro po téj ostatniej manipulacji bandaż zupełnie wyschnie, można zanurzyć kończynę w kąpiel ciepłą przez kilka tygodni ciągle trwającą, bez obawy rozmięknienia.

Opatrunek gipsowy napojony szellakiem przedstawia tę niedogodność, że zwykle 48 godzin przeczekać trzeba, nim kąpiel zastosowaną być może. W większej liczbie przypadków niema to tak wielkiego znaczenia, bo ropienie po świeżych obrażeniach nie tak prędko się rozpoczyna a tymczasowe przykładanie na ranę pęcherza z lodem doskonale zimną kąpiel zastąpić może. Jednakże i téj niedogodności można zaradzić, używając zamiast szellaku rozpuszczonego w wyskoku, roztworu żywicy dammar w eterze, (eter posledniego gatunku do tego dostateczny, kosztuje w Prussach 7½ srebr. groszy za funt), do czego na 1 funt eteru bierze się 3 uncye żywicy. Roztwór ten przy większem nawet nasyceniu łatwiej wsiąka od wyskokowego i w jedną godzinę zupełnie wysycha.

W złamaniach uda u małych dzieci, nałożony opatrunek gipsowy w skutek działania moczku, w ciągu już pierwszego dnia tyle traci na swęj spojności, że do utrzymywania odłamków w należytem stosunku staje się niesposobnym. Nadto, napojenie podobnego opatrunku roztworem żywicznym w skutek ciągłej jego wilgoci jest zupełnie niemożliwem. Dla tego w takich



razach opatrunek cementowy, pomimo swych zkadinał niedogodności, staje się koniecznym. Cement z wodą zmieszany nadzwyczaj wolno twardnieje, tak że dopiero po 24 godzinach, a nieraz i dłużej, tyle tężości nabiera, że opatrunek sam siebie i kończynę może podpierać. Dla przyspieszenia stwardnienia, Dr. Mitscherlich zamiast wody zwyczajnej używa szkła płynnego, w każdej znaczniejszej fabryce wyrobów chemicznych wyrabianego. Opatrunek cementowy na jedną kończynę jest o blisko 3 srebr. grosze droższy od odpowiedniego gipsowego. Opaski muślinowe tu nie są przydatne z powodu miękkości cementu i lepiej jest używać jakiej ściślejszej i grubszej tkaniny lnianej lub bawełnianej. Po obwinieciu członka flanelą lub watą, nakłada się opaska nacementowana na sucho, i dopiero po nałożeniu zlewa się szkłem płynnym c. g. 1,370, a dla nadania większej mocy, powleka się z wierzchu warstwą cementu w tymże płynie rozrobionego. Bandaże cementowe mogą być cieńsze od gipsowych, pomimo tego są znacznie od nich twardsze i dla tego trudniej jest w nich wykroić okienko a w końcu i odjąć. Nożyce do tego używane muszą być o krótszych ostrzach i dłuższych ramionach.

Jak długo nietkniętym ma pozostawać opatrunek, zależy od każdego szczególnego wypadku i w ogóle powiedzieć można tylko, że powinien być zachowanym tak długo, dopóki celu swego nie osiągnie. W każdym razie powinien być zmienianym przynajmniej co 4 tygodnie, bo przez ten czas, przy ciągłej kąpeli utracić coś może ze swój trwałości, a przytém i sama kończyna potrzebuje być obmytą z łuszczącego się naskórka i nieczystości. Po wypiłowaniu stawu łokciowego, rana w miesiąc już jest zwykle zagojoną i bandaż nie potrzebuje być odnawianym, przeciwnie ruchy bierne należy już zacząć wykonywać. Po wypiłowaniu stawu kolanowego, jeśli zamierzona jest ankylosis, tak długo co 4 tygodnie potrzeba odnawiać opatrunek, dopóki się kości nie zrosną; — jeśli zaś chodzi o staw fałszywy (pseudo-arthrosis) przestaje się odnawiać opatrunek, jak tylko bierne ruchy nie sprawiają już bólu.

Kąpiel przeciągła na klinice Langenbecka zastosowaną była przez cały dzień, na noc zaś obkładano członki ciepłym kataplazmem. Dla kończyny dolnej nie mamy oddzielnego naczynia, któreby dozwalało zanurzenia w wodzie samej tylko kończyny, dla tego w tych razach chorego trzymano przez kilka godzin dziennie w kąpeli ogólnej, a przez resztę czasu przykładano kataplazm.

Kąpiel przeciągła uspakaja ból po wypiłowaniach i złamaniach, zapewnia sen spokojny, usuwa ropę, i inne wydzieliny, któreby przesiąkając części opatrunku, mogły się rozkładać i drażnić ranę. Dokładne jednoczesne unieruchomienie ułatwia prędsze zagojenie rany, i zmniejsza niebezpieczeństwo phlegmone, róży, pyemii; opatrywanie rany jest niebolesne, gorączka przy ranach jest stosunkowo nieznaczna, apetyt prędszej się przywraca.

Opatrunki nieprzemakające korzystnymi się okazały nietylko po wypiłowaniach stawu łokciowego, kolanowego, biodrowego i stępowego, po złamaniach powikłanych, ale nadto i w tych wypadkach, gdzie ciągłość kości nie uległa przerwaniu, przy obrażeniach głębokich samych miękkich części. I tak przy rozciętych lub przerwanych ścięgnach, opatrunek nieprzemakający zapewnia zbliżenie końców przeciętego ścięgna, przez utrwalenie położenia członka; po obszernych uszkodzeniach skóry i powięzi, opiera się kontrakturam, które w skutek ściągania się blizny nastąpiłyby niezawodnie. — W zapaleniach stawów, gdzie oprócz unieruchomienia wskazane są kąpiele, oddaje także ważne przysługi.

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

(Dokończenie).

Rzucmy teraz okiem na pojedyncze okresy wieku zmarłych.

W tym roku życia umarło 511, z których przypada 365 na chrześcian, 146 na starozakonnych. Liczba ta 511 stanowi więcej niż połowę całej śmiertelności tego miesiąca, t. j. 100 dzieci umarło na 185 wypadków śmierci w ogóle, czyli 55 : 100. — W stosunku do nowonarodzonych umarło 10 : 19 nowonarodzonych, czyli 52. 6 : 100 dzieci, a zatem więcej niż połowa. Śmiertelność większa, aniżeli istnieje w Birmingham i Sheffield w Anglii, gdzie dotąd jako największa uważaną była. Wprawdzie w tej liczbie dzieci zmarłych jest 133 podrzutków, która to śmiertelność wynika z właściwych sobie przyczyn, tak, żeby ją od ogólnej śmiertelności snadnie odtrącić można. Pozostanie zatem liczba zmarłych dzieci 378. czyli 50 : 100 zmarłych



w ogóle, a 485 : 1000 nowonarodzonych w tym miesiącu; stosunek zawsze nadzwyczaj wielki. Opuściwszy podrzutki z obrachunku, okazuje się, że chrześcian dzieci umarło 232, a starozakonnych 146. Ten stosunek jest w porównaniu ze stosunkiem obu ludności do siebie o wiele niekorzystniejszy dla ostatnich. Wynosi on bowiem tutaj 10 : 26 dzieci, gdy tymczasem co do ludności wynosi on 10 : 29 a w ogólnej śmiertelności zaś 10 : 43 zmarłych, czyli u starozakonnych zmarło 62 : 100 nowonarodzonych, gdy tymczasem u chrześcian tylko 435 : 1000, chociaż i ta liczba nawet należy do najniepomyślniejszych. Widocznym jest przeto, że śmiertelność pomiędzy dziećmi nowonarodzonymi u starozakonnych była w tym miesiącu nierównie większa jak u chrześcian. Jakie są przyczyny tego objawu? Czém się to dzieje, że w Warszawie panuje w ogóle taka wielka śmiertelność dzieci? Czy w skutek nędzy matek, złego pokarmu, niewłaściwego utrzymania, braku stosownej pomocy lekarskiej lub jakich innych przyczyn? na to powinnyby dać odpowiedź służba zdrowia miasta Warszawy. Gdybyśmy mieli statystykę miejscową, umiejętnie prowadzoną, wykaz, w jakich warstwach społecznych najwięcej zmarło dzieci, przyczyniłby się niemało do wyświecenia tej kwestyi i pozwoliłby obmyśleć stosowne przeciwko temu środki.

Pomiędzy zmarłemi dziećmi w 1ym roku życia jest 43 wypadków dzieci nieżywo narodzonych, z których 29 przypada na starozakonnych a 19 tylko na chrześcian. U starozakonnych rodzi się przeto nieżywo 1 : 5, u chrześcian 1 : 19. Zdaje nam się, że przyczyny tej różnicy szukać trzeba poniekąd w zbytnej młodości dziewcząt, idących za mąż, nim jeszcze miednica dojdzie do należytego rozwoju. Jak dalece inne przyczyny, mianowicie nieumiejętna pomoc w tej mierze, są winne, trudno nam tutaj rozstrzygnąć. W okresie drugim t. j. od 1—7 roku życia przedstawia śmiertelność stosunek odpowiedni do stosunku ludności. Na 143 wypadków śmierci było między chrześcianami 99, między starozakonniemi zaś 44, a zatem jak 1 : 2. Zato w okresach następnych stawiają się te stosunki jak najkorzystniej dla ludności starozakonnej. Na 292 wypadków śmierci przypada tylko 311, a zatem  $\frac{10}{94}$  na ludność starozakonną, co głównie przypisać należy jej wstrzemięźliwości w jadłach i napojach, a mianowicie w używaniu trunków a także regularniejszemu może życiu i mniejszej rozpuście.

Co do chorób, kontyngens największy śmierci dostarczyły suchoty t. j. 114 wypadków, z których  $\frac{1}{3}$ , bo 98 na chrześcian przypada. Na tyfus umarło 80 osób, z których tylko  $\frac{3}{4}$  przypada na chrześcian. Na zapalenie różnego rodzaju umarło również 63 osób, z których cokolwiek mniej, niż  $\frac{3}{4}$  bo 45 chrześcian. Wreszcie, i na wysypki umarło 41 osób, z których 33 chrześcian. Wypadków nagłej i gwałtownej śmierci było 27. Ze starości umarło osób 18, między temi jeden starozakonny, mający lat 90 i 6 chrześcian między 80 a 85 latami. Dowód niezaprzeczonej zdrowości miasta.

Co do warstw społecznych, największy kontyngens dostarczyła śmierci klasa robocza i zarobkująca. Na rzemieślników przypada bowiem 220, a na wyrobników 260, razem 480 wypadków, a zatem więcej niż połowę śmiertelności z wykluczeniem podrzutków. Zdaje się nawet, że do tych klas wtaśnić potrzeba większą ilość zmarłych dzieci. Również i sług jest stosunek dość znaczny, bo wynosi 92 osób; na stan kupiecki i handlujących przypada 67, a na urzędników 57 wypadków. Gdybyśmy posiadali pewne liczby ludności tych klas, obliczenie procentu śmiertelności dostarczyłoby bardzo ciekawych wskazówek do osądzenia społecznych stosunków pojedynczych warstw, mogących administracyi kraju ważne oddać usługi.

Prof. Dr. Wisłocki.

## RUCH CHORYCH W SZPITALACH WARSZAWSKICH

od dnia 8—14 Sierpnia (włącznie) 1866 r.

|                                       | Chorych<br>było. | Przybyło. | Wyzdro. | Umarło. | Pozostało. |
|---------------------------------------|------------------|-----------|---------|---------|------------|
| W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . . | 518              | 143       | 99      | 14      | 518        |
| „ Śgo Ducha . . . . .                 | 94               | 32        | 16      | 3       | 107        |
| „ Ewangelickim . . . . .              | 49               | 13        | 13      | —       | 49         |
| „ Śgo Rocha . . . . .                 | 78               | 29        | 26      | 4       | 77         |
| „ Śgo Jana Bożego . . . . .           | 139              | 7         | 2       | 1       | 143        |
| „ Śgo Łazarza . . . . .               | 311              | 48        | 64      | 3       | 292        |
| „ Starozakonnych . . . . .            | 359              | 88        | 79      | 9       | 359        |
| Ogółem:                               | 1548             | 360       | 299     | 34      | 1575       |

Wypadki cholery. Ponieważ chorzy na cholere wyłączeni są z wykazu chorych w szpitalu Śgo Łazarza, więc dla uzupełnienia obrazu podawać będziemy osobno tygodniowy wykaz choleerycznych w szpitalu Śgo Łazarza:

Od 8 sierpnia do 14 (włącznie) chorych na cholere w szpitalu:

|  | Było | Przybyło | Wyzdrowiało | Umarło | Pozostało |
|--|------|----------|-------------|--------|-----------|
| Śgo Łazarza . . . . .                      | 8    | 15       | 11          | 4      | 8         |
| W innych szpitalach i na mieście . . . . . | 9    | 27       | 6           | 16     | 14        |
| Razem . . . . .                            | 17   | 42       | 17          | 20     | 22        |

Na choleryę pozostało chorych z d. 7 sierpnia 25; przybyło od 8 do 14 sierpnia włącznie 50. Wyzdrowiało 26. Umarło —. Pozostało więc 49 chorych.



## Wiadomości bieżące.

— W d. 14 b. m. odbyło się *ogólne posiedzenie Tow. lek. Warsz.*, na którym: 1) Dr. Braun, doroczny sekretarz tow. odczytał list Prof. Girsztowta do Prezesa t. tow. Prof. Le Brun'a proponujący zwołanie kongresu lekarskiego z lekarzy krajowych do m. Warszawy w celach czysto naukowo- i praktyczno lekarskich; 2) Prof. Szokalski, sekr. stały tow. odczytał część rozprawy p. n. „Rys historyczny tow. lek. Warsz.”; 3) Dr. Dorantowicz złożył sprawozdanie z pracy Dr. Dudrewicza napisanej celem pozyskania godności członka towarzystwa.

— W d. 29 czerwca (11 lipca) 1864 r. ustanowiony był *Komitet celem położenia tamy krzewieniu się chorób wenerycznych w Warszawie i okolicach*; komitet ten w ciągu swego istnienia (do 10/22 stycznia 1866 r.) odbył 10 posiedzeń; protokoły prac komitetu zawierają ważne materiały do dziejów prostytucji w naszej stolicy. Z raportów służby policyjno-lekarskiej dowiadujemy się, że w obecnej chwili jest w Warszawie domów schadzek 22; domów publicznych 21, w których stale przebywających publ. kobiet jest 233; na mieście zaś tolerowanych jest 293.

— Podanie należytej pomocy ranionym i chorym w czasie wojny należy do najtrudniejszych zadań służby polowej zdrowia. W ostatnich czasach *Siostry miłosierdzia* okazały pod tym względem znakomite usługi; imię znaniej filantropki angielskiej Miss Florence Nightingale zawsze z wdziężnością wspomинane będzie. Po wojnie włoskiej (1859) obywatel genewski Henryk Dunant powziął myśl utworzenia *Konferencji międzynarodowej* celem obmyślenia środków skutecznego niesienia pomocy ranionym i chorym na polu bitwy; rządy, które wzięły udział w tej konferencji. w dniu 14 lipca 1865 r. zawarły *konwencję*, stanowiącą oddzielną międzynarodową służbę zdrowia na warunkach bezwzględnej neutralności. Dowiadujemy się obecnie, że i Austria z Bawaryą przyjęły nareszcie uchwały konwencji, pierwsza w dniu 21 lipca b. r., druga zaś w d. 23 t. m. i r.

— Prof. Bouillaud (Paryż) w liście z d. 1 czerwca r. b. do redaktorów pism lekarskich zawiadamia, że z okazji *powszechnego wystawy* w Paryżu w r. 1867 zbierze się w stolicy Francji równocześnie *międzynarodowy kongres powszechny lekarski*. Organizacją kongresu zajmuje się osobna kommissya złożona z 19 członków, którzy w d. 7 grudnia 1865 r. ustanowili osobne biuro, do składu którego weszli: Bouillaud, w charakterze prezesa; Denonvilliers, Gavaret, Tardieu w charakterze vice-prezesów; Jacoud, sekretarz naczelny; Vidal sekr. płatnik. Minister oświecenia narodowego pożyteczne to dzieło wziął pod wysoką swą opiekę, a minister spraw zagranicznych za pośrednictwem reprezentantów Francji polecając kongres ten innym mocarstwom, wezwał je do współdziałania. Zaczynając od końca XVIII wieku mieliśmy już kilkadziesiąt kongresów lekarskich, ale wszystkie one zamykały się w granicach krajowych (nacyonalne); powszechny międzynarodowy zaś będzie to kongres pierwszy w Europie; ztąd wyjątkowa jego doniosłość: przedstawiać on będzie naukowy ruch lekarski naszej epoki w całym świecie, a zatem będzie to pierwszy akt dotykający umysłowej spójni, jednoczącej pracowników wszystkich krajów na niwie medycyny.

— W Anglii wszystkie prawie zakłady naukowe, lekarskie i dobroczynne zawdzięczają swój początek inicjatywie prywatnej. Każdy z nich przy swoim zawiązku nakreślił sobie prawa, któremi się rządził wieki całe. Ustawy tych instytucji z dzisiejszego punktu widzenia rzeczy wiele zostawiają do życzenia, pomimo to, każdemu wiadomo, że zakłady te wydają ludzi gruntownie wykształconych w każdej gałęzi wiedzy ludzkiej. • Nauka lekarska jednakże uczuła niedostatek jednostajnych przepisów odnośnie do wychowania lekarskiego i wykonywania praktyki lekarskiej. *Medical act* wydany w r. 1858 był punktem wyjścia pierwszego prawodawstwa lekarskiego w Anglii. Aktem tym ustanowioną została *Rada Główna Lekarska* (the general medical Council) złożona z 25 członków wybieranych przez lekarzy. Rada ta jest ciałem obradującym i decydującym w ostatniej instancji; jej poruczone w zasadzie ogólny kierunek nad częścią medyczną. Rada zbiera się raz do roku na *publiczną sessję*, która trwa dni dziewięć, czyli odbywa dziewięć publicznych posiedzeń. Decyzje Rady uskutecznia *komitet wykonawczy*. Sessya tegoroczna odbyła się w z. maju (od 17—20) pod prezydencją Dr. Burrows, który w mowie inauguracyjnej wykazał przedmioty mające podlegać dyskusji; dotyczą one: 1) sposobu wykładu nauki lekarskiej; 2) wykonywania praktyki lek.; 3) rewizji i ogłoszenia drukiem farmakopei. Mają one interes czysto miejscowy, co nas uwalnia, na teraz przynajmniej, od szczegółowego ich rozbioru, jedno tylko nadmienić musimy, że dyplom lekarzy zagranicznych chcących osiąść i praktykować w Anglii, Rada uznaje za dostateczny do odbywania praktyki, wymaga tylko najprzód, aby imiona i nazwiska ich były wykazane na liście lekarzy krajowych (*medical registration*) w ciągu przynajmniej 12 miesięcy.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz**.

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycja i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.