

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1868 r.) r. sr. 8; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1868 r. sr. 18.

TRESC: Prace oryginalne. Trzy wypadki krwotoków po operacyach chirurgicznych w bliskości jam ustroju wykonanych. Przez Dra Jana Kwaśnickiego, lek. ordyn. w szpitalu Ewangelickim. — Kronika Zagraniczna. O wydzielaniu lez. Dr. Ulrich Herzenstein. Prof. F. Nawrocki. — Do patologii i terapii znamion wrodzonych (Naevi), przez Dra Tomasza Smith'a z Londynu. (Dokończenie). M. Gruell. — Przegląd psychiatryczny przez Dra St. Chomętowskiego. — Część statystyczna. Ruch chorych w szpitalach warszawskich. — Wiadomości bieżące. Prof. Serres. streszczył Wojtasiewicz.

Trzy wypadki krwotoków po operacyach chirurgicznych w bliskości jam ustroju wykonanych.

Przez Dra Jana Kwaśnickiego, lek. ord. w szpitalu Ewangelickim.

Krwotoki po operacyach chirurgicznych w ogóle stanowią powikłania z którymi nie raz wypada walczyć w okresie po-operacyjnym. Wszelkie wynaczynienia krwi przychodzące we wspomnianym okresie nazywamy następczymi (*haemorrhagia secundaria*). Lubo krwotoki następcze bardzo rzadko pociągają śmierć chorych, których wytrzymałość pod tym względem jest nieraz zadziwiająca, niemniej jednak bywają one przyczyną długiego gojenia się ran po operacyach, a to w skutku niedokrewności (*anaemia*), wywołanej znaczną krwi utratą. Niedokrewność pochodząca w skutek krwotoków wyrównywa się bez porównania prędzej niż wykształcająca się w skutek upadku odżywienia, wywołanego zboczeniami w organach wewnętrznych, lub też innych wpływów chorobnych, a przedstawiająca się zwykle w postaci przewlekłego charłactwa (*cachexia chronica*). Pomimo jednak łagodnego przebiegu niedokrewności po utracie krwi, powikłanie to winno być uważane, z przyczyn wyżej przytoczonych, jako ciężkie, a to tém bardziej, że nie jesteśmy pewni, czy opanowane krwawienie więcej się nie powtórzy. Każdy z chirurgów bez wątpienia spostrzegął, że w kilka godzin po podwiązaniu naczyń i po ustąpieniu krwawienia z drobnych tętnic, w chwili wykształcania się gorączki przyrannój (*febris traumatica*), nieraz przychodzi większy lub mniejszy krwotok, pomimo że sączenie się krwi przed opa-

trunkiem wcale już nie miało miejsca. Jaka jest przyczyna tych krwotoków, w pierwszych chwilach okresu po-operacyjnego? Wedle dzisiaj panujących teoryj w medycynie niepodobna je niczém inném wyjaśnić, jak tylko działaniem nerwów naczynio-ruchowych (*n. n. vasomotorii*); działanie to polega na ich pobudzeniu, już to bezpośredniem przez zadrażnienie nożem, już też pośredniem na drodze odruchu w sferze nerwu sympatycznego. Pod wpływem pobudzonych nerwów naczynio-ruchowych w czasie operacyi ściągają się ściany naczyń, w skutku czego znacznie się zmniejsza ich światło; powstające więc pod wpływem powietrza i zimna skrzepy krwi w końcach przeciętych naczyń dobrze zatykają ich otwory, zatrzymując w ten sposób krwawienie. Po ustąpieniu spazmatycznego stanu ścian tętniczych pod wpływem rozpoczynającego się nawału krwi do rany, jako też gorączki przyrannój, następuje stan przeciwny, t. j. ściany naczyń wolnieją, światło się ich powiększa, a przy podniesionym krwi obiegu, łatwo występują skrzepy z wylotu tętnic, czego koniecznym następstwem jest nowy krwotok. Źródłem tych następczych krwotoków są tętnice małego kalibru, których zwykle nie podwiązujemy, gdyż strumień krwi z nich wytryskający prędko zostaje przerwany przez skrzepy formujące się pod wpływem powietrza i niższej temperatury, w skutku czego potem nie dają się odszukać. Zapobieganie jednak następczemu krwawieniu powinno być zadaniem chirurga. Należy więc przy każdej operacyi mieć pod ręką kilka kleszczyków do chwytania małych naczyń w pierwszej chwili ich przecięcia, kiedy jeszcze wytryska strumień krwi, a następnie je podwiązać, lub skrócić (*torsio*). Gdy naczynka nie dały się ująć, najlepiej na powierzchnię rany zastosować półtorochlorek żelaza, jeżeli rana po operacyi jest niewielką, lub też tylko w pewnych podejrzanym punktach przy znacznej rozległości rany. Jeżeli takie postępowanie uważam za właściwe w niektórych wypadkach, gdzie rany po operacyi są zewnętrzne i łatwo krwotok dostrzeżonym być może, to tém bardziej przemawiam za niem przy operacyach w jamach ustroju, lub też w ich sąsiedztwie wykonywanych. Do takiego postępowania upowazniają mnie trzy wypadki, które niżej opiszę o tyle tylko, o ile tego wymaga objaśnienie rzeczy w mowie będącej.

W y p a d e k I.

Przed trzema laty assistowałem Prof. Girsztowtowi przy wyluszczeniu mięsaka (*sarcoma*) szczęki górnej ze strony lewej. Indywiduum dotknięte tém cierpieniem było panną lat 12 wieku liczącą, budowy ciała wątłej, skóry bladej, przezroczystej. Pierwsze objawy cierpienia spostrzegła przed trzema laty. Nowotwór przedstawiał się na zewnątrz jako guz miernie wypukły, wielkością małej pięści wyrównywający; linia nosa w skutku rozrostu guza skierowana ku stronie prawej; przy dotknięciu konsystencya guza bardzo trwarda, nieruchomość jego zupełna; skóra nowotwór pokrywająca mało ruchoma, miernie napięta; bólów żadnych; przejście powietrza przez lewy otwór nosowy przerwany; rozrost guza stopniowo postępował naprzód. Co do rozpoznania, to się chwiało między chrzęstniakiem (*enchondroma*) i mięsakiem (*sarcoma*). Ponieważ cała lewa poło-

wa szczęki górnej zdawała się być zajęta, przeto przygotowano na wszelki wypadek narzędzia do jej wypiłowania (*resectio*). Po zachloroformowaniu chorej cięcie skórne poprowadzono od punktu leżącego nieco ku wewnątrz od kąta lewego ust w kierunku do ucha. Po przecięciu skóry i po oddzieleniu jej ku dołowi i ku tyłowi z jednej strony, a ku górze i ku przodowi z drugiej, obnażony został guz ograniczony od góry brzegiem dolnym oczodołu i kością jarzmową, od dołu wyrostkiem zębodołowym, od przodu czyli od wewnątrz kością nosową, od tyłu zaś prawie się opierał o gałąź wstępującą szczęki dolnej. Na obnażonej przedniej powierzchni guza tu i owdzie znajdowały się nader cienkie blaszki kostne, przy nacisku palcem bardzo łatwo pękające, wydając chrzęst do krepitacyi zbliżony; blaszki te były jeszcze niezupełnie zużyte szczątkami przedniej ściany jamy II i g h m o r'a. Widząc ograniczenie guza, który tylko rozpełchnął kości go ograniczające bez żadnego przeistoczenia takowych, postanowiono zaniechać wypiłowanie szczęki, ograniczając się na wyłuszczeniu guza za pomocą wydłutowania; przy pierwszych działaniach dłuta od strony wyrostka zębodołowego i następnem podważaniu guza, takowy w zupełności się wyłuszczył na całej powierzchni tak, że z wielką łatwością dał się wydobyć na zewnątrz: miejsce, w którym spoczywał było regularnym odcinkiem trzech czwartych koła trzymającego w średnicy około 4 cali; ściany tego zagłębienia ze wszystkich stron stanowiły rozepchane kości, pozbawione okostnej. Powierzchnia ich gładka, tu i owdzie małe otworki przedstawiająca; ku tyłowi i ku wewnątrz zużycie zupełne kości na przestrzeni wyrównywającej pięciozłotówce, w skutku czego powstał otwór okrągły, prowadzący bezpośrednio do gardzieli. Ze wspomnianych otworów kostnych sączyła się krew w miernej ilości; po użyciu jednak gąbek w zimnej wodzie zmaczanych krwawienie prędko ustąpiło, po czem poczekano jeszcze kilka minut dla przeświadczenia się o zupełnem zatamowaniu krwotoku, a następnie zestawiono brzegi rany skórnej i zeszyto je za pomocą szpilek i szwu okręcanego. Chora w czasie zszywania rany przebudziła się nie doświadczając wielkiego bólu, mówiła jednak niechętnie i niezbyt zrozumiale z powodu odurzenia chloroformem; podano jej nieco wina, a potem ułożono do łóżka.

Następnie przystąpiliśmy do badania guza, którego powierzchnia przednia, jakśmy wyżej powiedzieli, była pokryta tu i owdzie blaszkami kostnymi nader cienkimi; reszta zaś jego powierzchnia była gładka, regularnie zaokrąglona odpowiednio zagłębieniu, w którym guz spoczywał; postać więc prawidłowo kulista, konsystencya twarda, chrząstkowata, wielkość jaja gęsiego; przy rozkrawywaniu chrzęst; powierzchnia rozkroju koloru białawego, bardzo do koloru chrząstek zbliżonego. Wszystkie te własności makroskopijne zdawały się przemawiać za tem, że nowotwór w mowie będący, jest chrzęstniakiem (*enchondroma*): badanie jednak przez Prof. B r o d o w s k i e g o dokonane, wykazało, że guz ten był mięsakiem, którego podścielisko stanowiła nader zbita tkanka łączna, że ta właśnie zbitość nadawała nowotworowi badanemu makroskopijnie własności chrzęstniaka.

Badając stosunki guza do części go otaczających, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że punktem jego wyjścia była okostna przedniej ściany jamy Highmora, której szczątki w formie cienkich blaszek tu i owdzie pokrywały przednią powierzchnię nowotworu; w miarę jego wzrostu, coraz się bardziej wypełniała wspomniana jama, a następnie ściany jej były rozpychane we wszystkich kierunkach tak, że zamiast *antri Highmori* wykształciło się zagłębienie wyżej opisane. Za punktem wyjścia nowotworu ze ściany przedniej przemawia i ta okoliczność, że wspomniane blaszki i części miękkie policzka były ściśle zrosnięte z przednią powierzchnią nowotworu, gdy we wszystkich innych kierunkach guz zdawał się tylko przylegać do ścian swego łożyska, będąc z niemi w ściślejszym stosunku tylko za pomocą małych naczyń. Te anatomiczne warunki dobrze wyjaśniają łatwość, z jaką guz został wyważony z zagłębienia, w którym spoczywał.

Po ułożeniu chorej na łóżku, ta prędko usnęła, a przekonawszy się raz jeszcze o jej dobrym stanie, opuściliśmy operowaną z zamiarem odwiedzenia jej wieczorem.

O godzinie 4 po południu dano znać, że chora jest umierającą. Po przybyciu do niej natychmiastowem, znaleźliśmy stan następujący: bladłość twarzy nadzwyczajna, powieki nasunięte na gałki oczne, puls nadzwyczaj mały i drobny, omdlenie, cała postać chorej bardzo przypominała figurę woskową. Rzecz naturalna, że mieliśmy do czynienia z krwotokiem, labo na zewnątrz i przez jamę ust nie wyszła ani jedna kropla, gdyż cała krew, która przez otwór powstały w skutku zużycia kości (*usura os.*), od tyłu i od wewnątrz dostawała się do gardzieli, następnie w czasie snu była połykaną. Przy używaniu środków otrzeźwiających, odjęto zaraz szwy, a po bliższem rozpatrzeniu się dostrzeżono, że tylko z jednego otworu, będącego na tylnej ścianie jamy, sączyła się krew, spływając przez wyżej opisany otwór do jamy gardzieli; kolor krwi i lekkie jej falowanie przy samym otworze dowodziły, że mamy do czynienia z krwotokiem tętnicznym. Po użyciu rozpalonego druta, krwawienie zaraz ustąpiło, poczem w toż samo miejsce położono małą kulkę skubanki, zmaczaną w półtorochlorku żelaza. Następnie podano chorą wino, bulion, a także przepisano wewnątrz żelazo. Wyżej wzmiankowany otwór, z którego krew sączyła, był wylotem kanału kościanego, zawierającego tętnicę kość żywiącą (*art. nutriens*), kilka takich małych tętniczek wnikało z kości do guza, po wyważeniu którego uległy rozerwaniu.

W godzinę po użyciu bulionu, nastąpiły obfite wymioty zawierające znaczną ilość skrzepów krwi, którą chora połykała w czasie snu po operacji. Następnie z biegiem czasu przy stosownej diecie, żelazie i środkach wzmacniających zabliznienie się rany postępowało lubo powoli, lecz już nie było przerywane żadnymi nowymi powikłaniami. W 3 miesiące po operacji jama łożyskiem guza będąca w zupełności się wypełniła, a stan ogólny operowanej nie do życzenia nie pozostawiał.

W y p a d e k II.

W r. 1864 byłem wezwany do starozakonnój zamężnój lat 42 wieku mającój, budowyciała miernój, nieźle odżywianój. Chora ta od lat kilku spostrzegła u wejścia do pochwy wyrośl podługowatą, grubością i długością wielkiemu palcowi ręki wyrównywającą; wyrośl ta zwrócona końcem swym wolnym ku dołowi wystawała po za wargi wielkie sromu, osadzoną zaś była w miejscu łechtaczki za pomocą podstawy rozszerzającój się na górne końce warg mniejszych i na trójkąt zawarty między wargami małemi, łechtaczką i cewką moczową od dołu. Powierzchnię guza stanowiła błona śluzowa niczém się nie różniąca od takowój pokrywającój wargi mniejsze, a którój była tylko dalszym ciągiem; przy dotknięciu nowotwór niezbyt miękki przy podstawie wcale niebolesny, przy końcu zaś wolnym zaczerwieniony, bolesny i wyraźne przelewanie przedstawiający; ta właśnie bolesność połączona z lekkim stopniem gorączki zmusiła chorą do szukania pomocy lekarskiej; chora przytém oświadczyła, że taka bolesność i obrzmienie przychodzi od czasu do czasu, że po kilku dniach z końca wyrośli wylewa się ropa, poczém zdrowie znowu wraca i że wtenczas w zupełności zapomina o nowotworze. Rzecz jasna, że mieliśmy i teraz do czynienia z ropniem, który niezwłocznie otworzyłem za pomocą lanceta. Co się zaś tyczy samego nowotworu, to zdawało się nie ulegać żadnój wątpliwości, że ten był niczém inném jak rozrostem łechtaczki (*hypertrophia clitoridis*). Powstawanie zaś ropni na końcu wolnym łatwo się daje wytłumaczyć drażnieniem w czasie chodzenia przy jednoczesnem działaniu rozkładającego się moczu i wypływów maciczno-pochwowych. W celu zupełnego uleczenia tego cierpienia przedstawiłem chorój potrzebę odjęcia rozrostłej łechtaczki, na co się téż chętnie zgodziła. Operacyę wykonałem po kilku dniach za pomocą odgniatacza (*écraseur*), którego łańcuszek założyłem przy samej podstawie wyrośli; chora była zachloroformowaną; po odpadnięciu nowotworu nie było najmniejszego krwotoku a powierzchnia odgniecenia w skutku zaciśnienia była mniejszą od przecznicy wyrośli; błona śluzowa cewki od góry była wyciągniętą nieco na zewnątrz; dolny brzeg rany po odgnieceniu przechodził tuż po nad cewką (1 1/2 millim). Po przyłożeniu skubanki na ranę, utrzymywałem ją w miejscu za pomocą opaski w postaci litery T. Chorój zaleciłem niewstawanie z łóżka i zupełny spokój.

Odwiedzając chorą dnia następnego, znalazłem ją bardzo bladą, osłabioną; puls był dość mały i prędko. Pytana o przyczynę tych objawów uskarżała się tylko na trudność oddawania moczu. Widocznem jednak było, że utrata krwi musiała mieć miejsce. Po odjęciu szarpi z rany znalazłem na niej małą ilość krwi skrzepłej; sama zaś rana przedstawiała się znacznie większą niż w pierwszych chwilach po operacyi; brzeg jój dolny na małej przestrzeni wchodził w samą cewkę, i tu właśnie spostrzegłem lekkie sączenie się krwi; przy braku jój jednak na zewnątrz i przy objawach niedokrewności chorój wpadłem na myśl o sączeniu się krwi do pęcherza, który przy opukiwaniu rzeczywiście przedstawiał tępość na przestrzeni rozleglejszój niż w stanie prawidłowym, wprowadziłem więc do pęcherza cewnik, przez który wypłynęło nieco płynu krwistego, a po

wyciągnięciu znalazłem jego otwór zatkany skrzepem włókniaka czerwono zabarwionym. Widząc więc że mam do czynienia z krwotokiem do pęcherza, postanowiłem wydobyć skrzepy za pomocą szprycy do enem, rozdzielając je poprzednio za pomocą cewnika poruszanego w najrozmaitszych kierunkach przy zastrzyknięciu poprzedałem wody ciepłej do pęcherza. Postępując w ten sposób w czasie pierwszego posiedzenia wydobyłem przeszło pół szklanki drobnych skrzepów. W celu zapobieżenia powtórzeniu się krwawienia pociągnąłem powierzchnię rany półtorochlorkiem żelaza; część małą rany wchodzącą w cewkę moczową wysunąłem na zewnątrz za pomocą odciągania przyległej błony śluzowej ku górze i ku zewnątrz. Wewnątrz dałem chorój żelazo, wino i pożywną dyetę.

Dnia następnego znowu powtórzyłem wyciąganie skrzepów za pomocą dużej strzykawki do enem. Reszta skrzepów odeszła z moczem w ciągu dwóch dni następnych.

Lubo ten krwotok nie był tak wielkim, by mógł opóźnić ozdrowienie chorój, albowiem dnia czternastego po operacyi już wstała z łóżka, niemniej jednak nie przestaje on być nauczającym.

Przyczyną krwawienia do pęcherza moczowego było wejście pewnej części dolnego brzegu rany do cewki moczowej. W skutku czego to mogło nastąpić? Zdaje się, że niżej podane tłómaczenie wyjaśni tę rzecz w zupełności. Nie ulega wątpliwości, że już sam rozrost łechtaczki spowodził naprężenie błony śluzowej w częściach okolicznych, w skutku czego błona śluzowa cewki była nieco wywinięta ku górze; założenie zaś łańcuszka odgniatacza u podstawy wyrosła, i następne jego zaciskanie powiększyło jeszcze bardziej wywinięcie się błony śluzowej cewki ku górze. W pierwszej chwili po odgnieceniu błona śluzowa ściągnięta ze wszystkich stron ku środkowi, t. j. ku ranie utrzymywała się przez pewien czas w tém położeniu, a następnie przy rozwijającym się przekrwieniu do rany zaczęła przychodzić w swoje normalne położenie, w skutku czego pewna mała część powierzchni rany weszła do cewki moczowej.

W y p a d e k III.

W początku roku zeszłego przybyła do szpitala Ewangelickiego, kobieta lat 45 wieku licząca, budowy ciała dobrej, miernie odżywiona, uskarżając się na mocny ból w częściach rodnych zewnętrznych, pochodzący w skutku owrzodzenia trwającego już od lat paru. Przy badaniu chorój znalazłem następujące zmiany: warga większa lewa znacznie zgrubiała, większa od prawej, na 2 centymetry bardziej wysunięta ku przodowi niż prawa. Na stronie jej wewnętrznej, czyli pokrytej błoną śluzową, owrzodzenie dość głębokie, 4 centymetry długości a 3 szerokości mające; owrzodzenie to zniszczyło wargę lewą mniejszą, sięgając aż do pochwy; brzegi wrzodu nierówne, bardzo twarde, po nad linią otaczających części zdrowych wystające, dno także twarde, grubą warstwą masy gęstej i nader cuchnącej pokryte. Gruźzoły pachwinowe nie obrzmiące. Po wycięciu małej

części brzegów tego wrzodu, zbadalem je pod mikroskopem, który mnie przekonał, że miałem do czynienia z rakowcem (*canceroid*). Natura nowotworu, którego znaczna część była w rozpadzie, jako też niezajęcie gruczołów chłonnych pachwinowych, obiecywały dobre zejście choroby po usunięciu guza. Operację tę wykonałem bez zachloroformowania choréj; odjęcie polegało na obejściu w około nowotworu za pomocą nożyka z brzuscem i następném jego oddzieleniu od tkanin pod nim będących; po oddaleniu nowotworu, jedna tylko mała tętnica, mianowicie sromna zewnętrzna (*art. pudenda externa*) rzuciła cienki strumień krwi, to też zaraz została ujęta i podwiązana; puszczonej następnie strumień zimnej wody na powierzchnię rany zatrzymał w zupełności krwawienie z naczyń włosowatych i bardzo drobnych tętniczek. Po oczyszczeniu rany, opatrzone ją skubanką zmaczaną w oliwie i położono chorą do łóżka. Odchodząc ze szpitala poleciłem, by ta chora była ściśle obserwowaną, a to z obawy krwawienia następczego. Chora pod wieczór usnęła, a będąca przy niej Siostra miłosierdzia, lubo spostrzegła znaczną bladość choréj, nie chciała jéj jednak budzić, a to tém bardziej, że oglądając od zewnątrz ranę, nie widziała żadnego krwawienia. W tym stanie przeszła cała godzina. Przybyły felezer, otwierając szeroko wargi sromne wielkie, dostrzegł krwawienie, zatrzymując je przyłożeniem półtorochlorku żelaza. Zawiadomiony o tym wypadku, przybyłem zaraz do choréj, a wprowadzając rękę do pochwy, wydobyłem znaczną ilość skrzepów krwi, które rozszerzyły jéj jamę we wszystkich kierunkach. Utrata krwi była tu znacznie większą niż w wypadku II, to też wszystkie objawy niedokrewności były tu wybitniejsze. Pożywna dyeta, wino, żelazo, jak w poprzedzających tak i w tym wypadku znakomicie wpływały na podniesienie hematozy. Chora po 5 tygodniach opuściła szpital, pozbywszy się w zupełności swego cierpienia.

Lubo wszystkie powyższe wypadki zakończyły się pomyślnie, to jednak zabliznianie się ran odbywało się powoli, a to z przyczyny upadku odżywiania utratą krwi spowodowanego. Brodawki (*granulationes*) były blade, mało unaczynione i jakby edematyczne.

Z powyższych wypadków także widzimy, że operacye wykonywane w bliskości jam, lub też w miejscach mających z niemi stosunek pośredni, wymagają umiejętnéj pilności około chorego, gdyż krwotok, jak to miało miejsce w przytoczonych wypadkach, będąc niewidzialnym, wcale nie jest podejrzany przez osoby nielekarskie, zwykle chorego otaczające. Lubo krwotoki następcze nie są zbyt częste, nie są jednak tak rzadkiemi, by nie wymagały wielkiéj uwagi ze strony lekarza.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O wydzielaniu łez.

Dr. Ulrich Herzenstein.

(Archiv Reicherta 1867 pag. 651—667).

Gruczoł łzowy przytyka swą powierzchnią górną wypukłą do dołka łzowego na wyrostku jarzmowym kości czołowej a zatém do górnej zewnętrznej ściany oczodołu, i przycze-

pionym jest do niej za pomocą krótkiego więzadła ku tyłowi się udającego od Fascia tarso-orbitalis (Lig. Soemmeringii), swą dolną zaś wklęsłą powierzchnią do gałki ocznej. Przewody gruczołu tego, których ujścia znajdują się na łącznicy, są tak delikatne, że ich gołym okiem ujrzyć nie możemy; liczba ich jest zmienną (4—12). Sappey podaje średnicę przewodu nastrzykniętego na 0,45 mm; ciężar gruczołu wynosi wedle Krausego 11 granów.

Tętnica udająca się do gruczołu, Art. lacrymalis jest gałązką Art. ophtalmicae; przebiega między m. prostym górnym a zewnętrznym, wzdłuż zewnętrznej ściany oczodołowej. Niekiedy odchodzi ta tętnica wyłącznie od Art. meningeae media, lub Art. temporalis profunda. Żyła łzowa przebiega tą samą drogą, co tętnica i kończy się w żyłę ocznej (v. ophtalmica).

Co do nerwów idących do gruczołu łzowego, zdania anatomów różnią się między sobą. Hyrtl powątpiewa, czy N. łzowy przechodzi w substancję gruczołu. Wedle Luschki dzieli się N. łzowy na 2 gałązki: wewnętrzną i zewnętrzną. Zewnętrzna łączy się z gałęzią górną N. subcutanei malae, i nie wchodząc w gruczoł łzowy kończy się kilku gałązkami na zewnętrznej połowie górnej powieki. Wewnętrzna udaje się do gruczołu i do łącznicy górnej powieki.

Longet podaje również, że N. łzowy dzieli się na dwie części: R. lacrymo-palpebralis i R. temporo-malaire. Także i N. subcutaneus malae rozpada wedle podań tego anatomia na dwie następujące gałązki: R. inf. s. lacrymo-palpebralis i R. sup. s. temporo-malaire. Przyrząd łzowy wszystkich zwierząt ssących nie wiele się różni od opisanego przyrządu ludzkiego; ta okoliczność, że u niektórych zwierząt oczodoł nie ze wszystkich stron ścianami kostnymi jest otoczony, że właśnie gruczoł łzowy leży po stronie z miękkich części złożonej, ułatwia niezmiernie badaczowi przystęp do samego gruczołu łzowego.

Gruczoł łzowy należy do gruczołów gronkowatych, i co do budowy histologicznej zbliżonym jest do gruczołów ślinnych. Autor badał zakończenia nerwu łzowego wedle metody przez Pflugera użytej przy śliniankach. Spostrzegł kilka razy na delikatnych skrawkach i drobinach substancji gruczołu łzowego rozdzierganych, że rdzenne cewki nerwowe przedbijają osłonkę alveoli; lecz nigdy nie zauważał przejścia wymienionych nerwów w komórki zwojowe.

Autor odsłoniwszy N. łzowy, przecinał go i drażnił strumieniami elektrycznymi przerywanymi. Dla odsłonięcia nerwu łzowego u królików otwierał czaszkę i zdejmował część oczodołową kości czołowej lub wycinał z boku część ściany oczodołowej. Lubo te doświadczenia mozolne z powodu zbytecznego krwotoku w krótkim czasie zwierzę o śmierć przyprawiały, to w kilku razach zauważał autor, że w skutek podrażnienia części ośrodkowej nerwu łzowego, łzy w znacznej ilości na łącznicy się zebrały. U psów, u których oczodoł na zewnętrznej stronie li częściami miękkimi jest odgraniczony, opisane doświadczenie łatwiej wykonać możemy. Podczas drażnienia N. łzowego autor otrzymywał znacznie zwiększone wydzielanie łez, chociaż poprzednio dla ułatwienia sobie operacji, uspił psa wstrzyknięciem odpowiedniej ilości morfiny w żyłę szyjną. Autor drażniąc również N. subcutaneus malae lub gałązkę tegoż udającą się do gruczołu łzowego, spostrzegł również zwiększenie wydzielania łez, lecz nie tak znaczne, jak podczas drażnienia N. lacrymalis rami ophtalmici quinti. U owiec, u których jeszcze łatwiej niż u psa, można odkryć N. lacrymalis rami ophtalmici, autor wykazał, że podrażnienie wymienionego nerwu sprowadza obfitą wydzielinę łez.

Nawet wtedy, gdy przez zamknięcie T. szyjowej wspólnej odciał przyływ krwi do gruczołu łzowego, H. spostrzegł wypływ łez w skutek podrażnienia N. łzowego; wypływ ten łez (łatwo zrozumiemy) nie mógł być tak obfitym, jak wtedy, gdy przyływ krwi do gruczołu nie był wstrzymanym.

Z tych doświadczeń wynika, że N. łzowy (i subcutaneus malae u psów) służy do wydzielania łez, tém więcej, że nawet podczas wstrzymania przyływu krwi do gruczołu podrażnienie wymienionego nerwu okazało się skutecznym.

Wiadomo, że podrażnienie periferycznych kończyn nerwu trójdzielnego (podrażnienie błony śluzowej nosa, ból zębów, neuralgie, podrażnienie łącznicy i t. d.) i podrażnienie nerwu wzrokowego (silnym światłem) sprowadza wydzielanie łez. Dla zbadania tej kwestyi H. wykonał następujące doświadczenia. U psów odkrył jużto N. frontalis już też N. infraorbitalis;

podrażnienie części dośrodkowej obydwóch nerwów wywołało zwiększenie wydzielania łez po stronie, po której nerw podrażniony się znajdował. U psa H. przeciął n. łzowy prawej strony i szczelnie watą zatkał odpowiedni otwór nosa; gdy wprowadził w lewy otwór nosa kawałek waty namoczony w ammonijaku gryzącym, łzy popłynęły z oka tejże strony; gdy zaś tym sposobem podrażnił prawy otwór nosa, (gdzie n. łzowy był przecięty), ani z prawej ani z lewej strony nie zauważał wydzielania łez. To samo doświadczenie wykonał H. również u człowieka. Zatkawszy jeden otwór nosa szczelnie watą i zawiązawszy oczy chustką, wdmuchnął za pomocą rurki szklanej tabakę delikatnie sproszkowaną w drugi otwór nosa; po zdjęciu natychmiastowém chustki spostrzegł wypływ łez tylko po tej stronie, po której błona śluzowa nosa została podrażniona.

Dla zbadania reflektorycznego wpływu silnego światła na wydzielanie łez, postąpił H. w sposób następujący: Podczas, gdy słońce świeciło, zasłonił oczy badanej osoby szklami ciemno-zabarwionemi; gdy osoba skierowała swój wzrok na punkt silnie oświetlony, H. powoli od jednego oka odsuwał szkło ciemne, tak że oko coraz więcej wystawioném zostało na wpływ światła słonecznego; skoro jedno oko pozbawione było zasłaniającego go szkła, łzy popłynęły z obydwóch oczu.

Z tych doświadczeń możemy wnosić, że podrażnienie czulnych gałązek Rami primi et secundi Trigemini, sprowadza drogą reflektoryczną wydzielanie łez; że po przecięciu n. łzowego ten wpływ ustaje, czyli że to wydzielanie łez przychodzi do skutku za pośrednictwem nerwu łzowego; że przez podrażnienie gałązek czulnych nerwu trójdzielnego tylko po stronie, gdzie się znajdują nerwy podrażnione, wypływ łez się zwiększa; że wreszcie podrażnienie jednostronne nerwu wzrokowego silném światłem sprowadza zwiększone wydzielanie łez po obydwóch stronach (w odpowiedni sposób po podrażnieniu jednego nerwu wzrokowego, obie źrenice się zewężają).

U dwóch psów, H. przeciął n. łzowy i ranę zaszył, u jednego z nich zauważał po kilku dniach bezustanne wydzielanie łez, u drugiego zaś, u którego się rozwinęło silne zapalenie łącznicy oka, zmian znaczniejszych w wydzielaniu łez nie widział; mechaniczne drażnienie oka operowanego nie wywołało zwiększonego wypływu łez, podczas gdy zdrowe wśród tych warunków wraz się pokryło płynem. Trzeciego psa z przeciętym prawym n. łzowym H. otrul curarą, i gdy pobudził sztuczne oddychanie, spostrzegł wydzielanie łez po obydwu stronach; oko prawe mniej łez wydzielalo. Wreszcie H. przecinał i drażnił nerw sympatyczny na szyi u królików, psów i owiec; przecięcie tego nerwu nie miało żadnego wpływu na wydzielanie łez, podrażnienie zaś, albo wcale nie zwiększało wydzielania tego płynu, albo tylko w sposób nieznaczny.

Autor z wymienionych doświadczeń wyprowadza wniosek, że wydzielanie łez jest zależném od wpływu nerwów i że je reflektorycznie wywołać możemy przez podrażnienie części centralnej gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego.

Ilość kwasu węglowego w powietrzu.

T. E. Thorpe. (Annalen der Chemie 1868 Heft 1, pg. 94 sq.)

W 10,000 vol. powietrza nad morzem Iryjskiem znajdują się 3,082 vol., nad oceanem Atlantyckim 2,953 vol. $C O_2$. Taż sama ilość powietrza zawiera w Paryżu wedle Boussingault 3,97 vol.; w Groningea wedle Verrer 4,20 vol; w Londynie i Manchester wedle Roscoe 3,95 vol. CO_2 . Względnie do położenia, temperatury, mgły, deszczu i t. d., ilość kwasu węglowego może wynosić 2,5—8 vol., w 10,000 vol. powietrza. Wedle podań Saussur'a i Boussingaulta powietrze lądowe zawiera (w stosunku 100:92) więcej kwasu węglowego w nocy, niż w dzień. Powietrze zaś morskie zawiera mniej więcej tę samą ilość pod różnemi stopniami szerokości i w rozmaitych porach roku; również nie zachodzi żadna różnica pomiędzy dniem i nocą.

Autor oznaczył ilość CO_2 w powietrzu lądowém w mieście Para w Brazylii. W miesiącu kwietniu, gdy najwięcej deszczów w Brazylii pada, 10,000 vol. powietrza zawierało 3,28 vol CO_2 , a zatem znacznie mniej, niż powietrze lądowe w Europie. F. N.

Do patologii i terapii znamion wrodzonych (*Naevi*).

przez Dra Tomasza Smith'a z Londynu.

(Mediz—chir. Rundshaü III Bd. 3 Hft. 1867.).

(Dokończenie). 1)

Co się tyczy *l e e z e n i a* takich tworów, to wypada zauważyć że pewne odmiany znamion okazują dążność do dobrowolnego leczenia się; stosuje się to osobliwie do wielkich i obszernych znamion umieszczonych w okolo dołu pachowego, i w tkance tłuszczowej piersi i brzucha, a także do znamion mieszanych bujających niekiedy w okolicy ślinianki przyusznej (*parotis*) i w okolicy podżuchwowej.

Weczesnemi objawami prawdopodobnego zniknięcia choroby są: powstrzymanie wzrostu, powiększenie zbitości (w razie umieszczenia podskórnego) i zmniejszenie zbyt żywego zabarwienia. Podczas przebiegu tego wstecznego processu, widzieć można światłe i białe plamy na powierzchni, podobne do blizn powstałych po zastosowaniu niektórych środków żrących. Wystąpienie dobrowolne owrzodzenia na powierzchni znamienia skórniego, każe oczekiwać uleczenia i wydalenia narośli.

Ze względu na leczenie chirurgiczne, *S m i t h* rozróżnia znamiona skórne na wystające, płaskie i szypalkowate.

Z n a m i o n a *s k ó r n e* *w y s t a j ą c e*, są zwykle bardzo silnie rozwinięte i w całości z naczyń złożone, tak że właściwa tkanka skórna prawie jest zniszczoną; tkanka patologiczna często posiada znaczną grubość, jeżeli także nie zajmuje warstw podskórnych. Zniszczenie jej może być dopełnionem zapomocą potażu gryzącego, ciasta żrącego wiedeńskiego, silnego kwasu saletrzanego, wreszcie za pomocą podwiązania. Najlepiej jest obrać w celu leczniczym taki sposób, któryby był w stanie zniszczyć narośl o ile można najzupełniej, przy *j e d n o r a z o w é m* zastosowaniu.

Jeżeli tedy jest ona ograniczona, okrągła lub owalna i umieszczona powierzchownie na którejś okolicy ciała z wyjątkiem niektórych części twarzy, to podwiązanie jest środkiem najszybszym i najpewniejszym. Jeżeli znamię nie jest zbyt wielkiem, to *S m i t h* doprowadza pod nie dwie szpilki prostopadle jedna do drugiej, i to w ten sposób, aby otwory ich wejścia i wyjścia leżały w tém miejscu gdzie znamię przechodzi w tkankę normalną. Użyta do podwiązania nitka dobrze nawoskowana i mocna, tak silnie zaciska się aby powierzchnia znamienia się przybrała barwę. Po oddaleniu końców szpilek cała narośl pokrywa się materyą welnianną i pozostawia swemu losowi, dopóki nie odpadnie razem ze szpilkami, co zdarza się pospolicie po upływie tygodnia. Przy większych naroślach, użyć można 2, 4, i w ogóle tyle ligatur, ile ich potrzeba do skutecznego przerwania krążenia. Inna metoda, podana przez *G a y'a* polega na tém, że szpilki zostają przeprowadzone pod naroślą, przez zdrową skórę, wskutek czego narośl bywa prawie zupełnie wyrznięta; gdy ponad końcami szpilek nałożymy szew krwawy, wtedy i rana zostanie zamknięta i krwawienie powstrzymane. Metoda ta ma mieć tę złą stronę, iż brzegi pozostałej rany nie przylegają do siebie ściśle i gładko.

Znamiona wystające, mające postać nieregularną, lub nie wyraźnie odgraniczone najstosowniej traktować kwasem saletrzanym, zachowując tę ostrożność aby ani kropla jego na zdrowe ciało nie dostała się. Używane przez niektórych ciasto wiedeńskie i potaż gryzący, z powodu nieregularności brzegów znamion mają być trudniejszymi w zastosowaniu.

Znamiona skórne płaskie, t. j. ani wystające nad powierzchnię skóry ani zagłębiające się, gdy są ograniczone, mogą być zniszczonemi przez zaszczepienie na nich ospy, a także kwasem saletrzanym, ciastem wiedeńskim, lub żelazem rozpalonem. Jeżeli dziecko nie miało jeszcze szczepionej ospy, to *S.* szczepi ją w kilku miejscach na znamieniu, lub naokoło tegoż. Przeciwnie środek ten jest niepewny, i dla tego *S.* przekłada nadeń kwas saletrzanym, który stawia wyżej nad wszystkie inne środki żrące, nie wyłączając rozpalonego żelaza. Tego ostatniego *S m i t h* nigdy nie używa, częścią z powodu woni jaką wywołuje i trwogi jaką sieje, częścią

1) Patrz N. 33 Gaz. Lek

dla tego, że działanie jego niszczące nie jest większe niż innych środków żrących, gdy tymczasem zapalenie jakie sprowadza nabiera znacznie większego natężenia.

Znamiona skórne płaskie znacznie się między sobą różnią, ze względu na moc utkania i siłę zabarwienia. Często zajmują one tylko najpowierzchniejszą warstwę skóry nie przenikając całej jej substancji; te mogą być nazwane znamionami czerwieniowemi (*N. erythematosi*) i zajmują często znaczną powierzchnię skóry. Mają one dążność do znikania z rozwojem organizmu. *Paul de Sandan* zaleca przeciwko nim tatuowanie, t. j. robienie w napiętej skórze, za pomocą zwyczajnej igły mnóstwa nakłuć, i zacieranie ich tlenkiem cynku lub węglanem magnezyi,—która to manipulacya powtarza się dopóty, dopóki skóra normalnej nie przybierze barwy. *Smith* jednak, metody podanej jeszcze nie próbował.

Znamiona rozlane, plamiste i punktowate najlepiej traktować zastosowaniem na dane miejsce skóry, kwasu saletrzanego.

Bardzo małe znamiona skórne, mogą być usunięte, przez krzyżowe ich przecięcie i przyżeganie saletrzanem srebra.

Znamiona podskórne, jak już wspomnieliśmy, mogą być ograniczone albo rozlane. Przy leczeniu pierwszej formy cierpienia, gdy narosl umieszczona jest pod skórą, ważnem jest zachowanie całości tej ostatniej i w tym celu zalecają się następujące środki: nastrzykiwania środków wywołujących krzepnięcie krwi, jak roztworu półtorochlorku żelaza, kwasu garbnikowego, przeprowadzenie zawłoki namaczanej w półtorochlorku żelaza, zastosowanie saletranu srebra zapomocą wprowadzonego zgłębnika, wreszcie zupełnie wycięcie. Najlepszą metodą jest nastrzykiwanie roztworu półtorochlorku żelaza, gdyż do tego wystarcza proste przekłucie. Przecież trudno jest przytém ocenić, czy płyn rzeczywiście do wnętrza znamienia wnika, jako też uregulować jego ilość. Metoda ta tam powinna mieć zastosowanie, gdzie wiele na tém zależy, aby żaden ślad leczenia nie pozostał.

Z większą pewnością, chociaż może większe zostawiając ślady, działa ta metoda w której zawłoki namaczone w roztworze półtorochlorku żelaza przeprowadzają się przez znamię, i to w rozmaitej liczbie, stosownie do wielkości jego i postaci. *Smith* pozostawia je przez 6—7 dni.

Godną zalecenia metodą leczenia znamion podskórnych, jest ich podskórne przecięcie, a lepiej jeszcze wprowadzenie zaraz po przecięciu saletranu srebra, przez co znamię zamienia się w ropień. Jeżeli saletran srebra nie ma być użyty, to przynajmniej, po przecięciu zapomocą tenotomu, zaleca się wykonanie nacisku na odpowiednie miejsce za pośrednictwem peloty i stosownej opaski.

Zupełne operacyjne usunięcie znamienia podskórnego, byłoby możebnym, i nie więcej niebezpiecznym, niż także usunięcie każdego innego guza, — lecz znamiona tego rodzaju, kwalifikujące się do działania operacyjnego zdarzają się rzadko.

Znamiona podskórne rozlane, są trudnymi do leczenia; niekiedy znikają dobrowolnie.

Znamiona mięszone, jako forma najczęstsza, już z tego względu przedstawiają większe trudności w leczeniu, że otrzymują krew z kilku źródeł: tak z naczyń głębszych jak i skórnych. Są one umieszczone w tkance podskórnej, z kąd wystają po nad skórę.

Podobnie jak znamiona skórne i podskórne, i te także są albo ograniczone albo rozlane, a z tych pierwsze znowu są łatwiejsze do leczenia. Jeżeli tedy są one ograniczone, i w szczupłej tylko części usadowione w tkance podskórnej, to zastosować można w celu leczniczym podwiązanie, zapomocą jednej, 2ch 4 i więcej ligatur. W razie gdy znamię takie sięga głęboko pod skórę, wtedy część podskórna traktowana być musi tak jak prawdziwe znamię podskórne t. j. musi być oddzieloną zapomocą noża i niszczoną zapomocą nacisku, saletranu srebra i t. p. Jeżeli po uleczeniu części podskórnej, część skórna pozostała, to traktować ją trzeba silnym kwasem saletrzanym. Ten rodzaj znamion dochodzi niekiedy nadmierniej wielkości, szczególniej w okolicy slinianki przyusznej i podszczękowej. Znamiona mięszone rozlane są nader trudnymi do usunięcia; część ich skórną można zniszczyć kwasem saletrzanym lub innymi środkami żrącymi, części podskórnej najlepiej nietykać.

Znamiona szypułkowate są rzadkie; są one bardzo niebezpieczne, łatwo krwawią i wiszą pośpicie na długiej szypule, która łatwo podwiązać się daje.

Ze względu na miejscowości, w których znamiona w tej lub owej formie pojawić się mogą, Smith przytacza kilka momentów godnych uwagi i tak:

W celu leczenia znamion na głowie i skroniach zaleca się użycie stałego nacisku zapomocą kawałka metalu, monety i t. p. Metal powinien być odpowiednio obsyty, i utrzymywany w danym miejscu o ile można nieruchomo. Szczególniej pieczołowitości wymagają przy leczeniu znamiona umieszczone ponad ciemączkami; to też pewniej jest wstrzymać się z ich leczeniem do czasu w którym albo ciemączka zupełnie się zamkna, albo przynajmniej skostnienie pod znamieniem będzie miało miejsce.

Przy leczeniu znamion umiejscowionych na twarzy, trzeba zawsze mieć w pamięci, że nie w jednym już wypadku, nastrzykanie półtorochlorku żelaza, natychmiastową śmierć za sobą pociągnęło. Tak np. Page przytacza w „London Medical Gazette” 1837 r. następujący wypadek: Dwuletnie dziecko miało po nad prawą szczęką górną znamię wielkości pół pomarańczy, umieszczone przeważnie pod skórą. Dwukrotnie nakłuwano je lancetem i nastrzykiwano mieszaninę 1 kropli eteru saletrzanego z 15 kroplami kwasu saletrzanego. Gdy to nie pomagało, za następnym razem wstrzykano małą ilość nader rozcieńczonego roztworu amonii. W tej chwili dziecko dostało lekkich drgawek i w krótko życie przestało. Carter w 1863 r. podaje wypadek następującej osnowy: Dziecko 7io tygodniowe miało obok nosa znamię mięszone, które szybko rosło. Różnych środków używano bezskutecznie. W 11m. tygodniu życia dziecka nastrzykano małą ilość półtorochlorku żelaza, i powtarzano to przez kilka dni. Ostatni raz wstrzykano od razu 5 kropli, poczem w miejscu wstrzykania powstała mała odbarwiona plamka, dziecko miało jednorazowe drgawki i umarło.

W jednym wypadku, który Smith leczył nastrzykaniem tegoż samego środka, w 1—2 dni potem wystąpiło utrudnienie oddechu, i dziecko umarło z objawami zrazikowego zapalenia płuc co i sekcya stwierdziła. Mniema on, że nieco tego płynu dostało się do ogólnego obiegu krwi; za mało wprowadzić by sprowadzić skrzepnienie wszystkiej krwi prawego serca, ale dosyć by spowodować zatory naczyń włosowatych płuc. Dla tego też S. radzi przedsiębrać nastrzykanie półtorochlorku żelaza w tej okolicy, w takim tylko razie, gdy przy pomocy nacisku lub odpowiedniego przyrządu, krążenie krwi w znamieniu będzie powstrzymane.

Dla znamion na powiekach zaleca S., osobny przyrząd (*ring forceps*) ażeby powiekę uchwycić i obieg krwi w niej powstrzymać. Wtedy można zrobić nastrzykanie lub leczyć w inny sposób,—podwiązanie tylko nie jest tu właściwem.

Na wargach a szczególniej na ich błonie sluzowej często też znamiona znajdujemy. Tu także, przy zastosowywaniu odpowiednich środków, obieg krwi łatwo może być powstrzymanym zapomocą wspomnianego wyżej przyrządu.

Uchłoni są miejscowościami bardzo niewdzięcznymi we względzie leczenia usadowionych na nich znamion. Skoro cierpienie zajmuje całą grubość chrząstki, jak się to często zdarza, wtedy według Smith'a pedzłowanie kwasem saletrzanym, najlepsze jeszcze dawalo rezultaty. Jeżeli znamie ma postać guza, wtedy podwiązanie może być skutecznie zastosowanem.

Znamiona na błonach sluzowych,—jak na dziąsłach, w pochwie i odbytnicy są zwykle skórne, i leczą się zapomocą ksu. saletrzanego. Znamiona w odbytnicy wskutek swój obecności często wywołują krwawienia i inne dolegliwości; w tych wypadkach radzi S. śmiało użycie ksu. saletrzanego; w innych razach zachowuje się biernie.

Inne środki tu używane jak olej krotonowy, weierania maści emetykowej, zastosowanie zwyczajnej zawłoki, okrężne nacięcia i nakłuwanie igiel, okazały się albo zupełnie bezskutecznymi, albo skutek ich był niedostatecznym, zwłaszcza przy znamionach głębiej sięgających.

M. G.

PRZEGLĄD PSYCHIATRYCZNY.

W końcu zeszłego roku pojawiły się na widnokręgu psychiatrycznym dwa nowe czasopisma, jedno w Berlinie pod redakcją prof. G r i e s i n g e r a, drugie w Wiedniu wydawane przez prof. L e i d e s d o r f a i Docenta M e y n e r t a. O drugim z tych wydawnictw które nosi napis „*Vierteljahrsschrift für Psychiatrie, in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Central—Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin. Herausgegeben von Professor Dr. Max Leidesdorf und Docent Dr. Theodor Meynert. — 1867 1 Heft Neuwid et Leipzig,*—zamierzamy pomówić w dzisiejszym sprawozdaniu zostawiając rozbiór pierwszego do następnych naszych przeglądów.

Zanim przystąpimy do rozbioru nowego kwartalnika, wypada nam choć pokrótce wspomnieć o stanowisku naukowym głównego Redaktora, które miałem sposobność poznać, słuchając wykładu jego o chorobach umysłowych na wszechnicy Wiedeńskiej. Za naszych czasów ze wszystkich działów terapii i patologii szczegółowej, psychiatrya przedstawia największą liczbę zadań do rozwiązania, szczególnież też jej anatomia patologiczna mnóstwo zawiera pytań dotąd nierozjaśnionych. Ta trudność w dochodzeniu drogą czysto fizyologiczną do wykrycia podstaw chorób umysłowych zwróciła wielu badaczy, bądź do częściowego posilkowania się nabytkami psychologicznymi, bądź do zwrócenia się wyłącznego na drogę psychologii abstrakcyjnej.

Pierwsza z tych szkół, mająca po dziś dzień licznych zwolenników we Francji, stara się uzupełnić nabytki otrzymane na drodze badania anatomicznego i fizyologicznego, wiadomościami zaczerpniętymi z psychologii. Gdy wszakże daleko łatwiej przyszło notować objawy psychiczne i obszernie nad nimi czynić uwagi niż na drodze ścisłej a mozolnej pracy na stole sekcyjnym i pod mikroskopem rozjaśniać zmiany patologiczne odpowiadające pewnym formom chorób umysłowych, ztąd też w pracach większej liczby psychiatrów francuzkich przeważa głównie kierunek symptomatyczny. Szkoła czysto idealna, posilkująca się wyłącznie wiadomościami zaczerpniętymi z psychologii abstrakcyjnej, miała przed laty, wielu zwolenników, w Niemczech głównymi jej przedstawicielami byli Hejnroth i Jacler. Obecnie szkoła ta uległa zupełnemu prawie upadkowi. Wieloletnia a ścisła obserwacja kliniczna chorób umysłowych wykazała ten pewnik, że zbożeniom chorobliwym umysłu stale towarzyszą mniej lub więcej wydatne cierpienia fizyczne, na czym opierając się powstał dzisiejszy kierunek w psychiatryi materialny czyli somatyczny, dążący do poznania zmian anatomicznych w organizmie przy rozmaitych formach zbożeń umysłowych. Trudności wszakże w badaniach tego rodzaju pochodzą naprzód z tego powodu, że sam przebieg chorób umysłowych jako zazwyczaj chroniczny nie dozwala odbywać oglądu pośmiertnego w świeżych wypadkach obłąkania, z wyjątkiem tych nielicznych wydarzeń, gdy chorzy tego rodzaju umierają wskutek chorób wypadkowych (*Morbi intercurrentes*) powstałych podczas przebiegu cierpienia psychicznego. Powtóre w wielu razach przy autopsyi obłąkanych nie znaleziono żadnych zmian makroskopowych w samém mózgowiu.

Wśród tak utrudnionego badania podstawy chorób umysłowych na drodze anatomicznej zwrócono się w ostatnich czasach ku studjom mikroskopowym, a do najgorliwszych badaczy na tém polu należy prof. L e i d e s d o r f, którego poszukiwania czynione wspólnie z Drem M e y n e r t e m uwieńczone zostały pewnymi rezultatami *). We wstępnych wyrazach podaje redakcja swoje pojęcia o dzisiejszym stanowisku psychiatryi. „Pod względem lekarsko-naukowym główne zadanie psychiatryi polega na rozwoju patologii mózgowia.” Odpowiadając temu założeniu znajdujemy już w pierwszym zeszycie początek obszernej rozprawy: O budowie substancji korowej mózgu przez Dra M e y n e r t a (Prosektora przy Wiedeńskim zakładzie krajowym dla obłąkanych), treści anatomiczno-fizyologicznej, wraz z odpowiednimi uwagami anatomiczno-patologicznymi.

*) Niektóre szczegóły w tym względzie znajdzie czytelnik w artykule moim p. t. Kilka słów o postępie psychiatryi, umieszczonym w pamiętniku Tow. Lek. Warsz. 1865. Tom VII Poszyt 3 i 4 Str. 161—163.

Na początku rozprawy autor powiada, że ktokolwiek ma zamiar dokładniej zbadać tak zawiłą budowę i czynności ośrodków nerwowych w stanie zdrowia i choroby umysłu, ten powinien przede wszystkim zająć się badaniem tych części mózgu (lecz nie całego mózgowia) które czynnościom psychicznym przewodniczą. Z tego względu autor podaje studia nad budową istoty korowej obu półkul mózgowych rozważanej tak w stanie fizyologicznym jak i patologicznym.

Nie możemy obecnie podać bliższych szczegółów tej zajmującej rozprawy, ponieważ w pierwszym zeszycie, który wyszedł przed niedawnemi czasy na widok publiczny, dopiero jej początek znajdujemy.

Artykuł dopiero co wspomniany aczkolwiek najważniejszy pod względem treści, mieści się w pośrodku zeszytu. Na początku zaś nowego czasopisma znajdujemy rozprawę Dra M e s c h e d e, lekarza najbliższego od nas zakładu dla obłąkanych w Swieciu (Schwetz) w Prussach zachodnich. Autor podaje w niej dokładną obserwację ciekawego wypadku *Meningitis cerebro-spinalis epidemica intermittens*, powikłanego na krótki czas przed zgonem, wystąpieniem plam na skórze podobnych do szkarlatyny oraz cierpieniem zapalnym nerek. W tytule wszakże zapowiada autor wykazanie różnic pomiędzy zboczeniami funkcyi psychicznych w opisywanej przez siebie chorobie, w porównaniu do podobnychże zboczeń w bezwładzie postępowym u obłąkanych. W opisie zaś samej historii choroby nadmienia że pod względem stanu psychicznego w danym wypadku w okresie przestanków wolnych chora była zupełnie na umyśle przytomną, zaś w napadach gorączki niekiedy zdarzały się lekkie bredzenia (*deliria*), wszakże zazwyczaj i podczas tych napadów asocjacya idei była zupełnie prawidłową, władza sądenia dokładną, sfera uczucia ani przytępioną ani rozdrażnioną, i t. d.

Ze zdziwieniem odczytaliśmy rzeczoną rozprawę, która sprawiła podobne wrażenie jak gdyby ktokolwiek począł obszernie wykazywać że rozedma płuc (*emphysema pulmonum*) a zapalenie tegoż organu stanowią zupełnie odmienne processa chorobne, których w żaden sposób nie można uważać za jedno i to samo cierpienie, aczkolwiek obie zmiany patologiczne odbywają się w organie oddechowym.

Gdyby autor ograniczył się wyłącznie na opisie wypadku chorobnego, z dołączeniem jak to uczynił, szczegółowego oglądu pośmiertnego, i epikryzy, artykuł jego byłby wprawdzie utracił na oryginalnym tytule, ale pozostałby zajmującym przyczynek do tak licznych spostrzeżeń nad *Meningitis cerebrospinalis epidemica*.

Jako ważny przyczynek do kazaistyki psychiatrycznej zaliczamy umieszczoną w tymże samym zeszycie nowego czasopisma historię choroby napisaną przez Dra J o f f e starszego lekarza oddziału niewyleczalnych w zakładzie Wiedeńskim. Autor opisuje wypadek obłąkania występujący pod postacią szaleństwa ogólnego (*Mania generalis*) z popędami chorobliwemi do samobójstwa, które po trzechletniem trwaniu przeszło w niedołączliwość umysłową (*Dementia*). Chora mająca wówczas lat 46 wieku przeżyła zaledwie rok jeden w stanie osłabienia władz umysłowych i po upływie tego czasu zmarła. Za życia obserwowano od początku cierpienia umysłowego niedomykalność zastawki dwudzielnej (*Insufficiencia valvulae mitralis*). Ogląd pośmiertny wykazał zator (*Embolus*) w naczyniach mózgowych, jako następstwo dopiero wzmiankowanej wady serca, co bezwątpienia było główną przyczyną kilkoletniego cierpienia umysłowego.

Sprawozdanie z rozpraw: Dra W u n d t a: "O postępach psychologii i fizyologicznej," oraz Prof. L e i d e s d o r f a i Dra S t r i c k e r a: O N a s t r z y k i w a n i u n a c z y n ń m ó z g o w y c h u z w i e r z a t ź y j ą c y c h, jako odnoszące się do postępu nauki o chorobach umysłowych odkładamy do następnej Kroniki Psychiatrycznej.

Ostatnią z pomienionych w nowym czasopiśmie prac oryginalnych jest rozprawa Dra I. B. U l l e r s p e r g e r a z Monachium: O odjęciu *clitoris* jako środka leczniczym przeciw Histeryi, Epilepsyi, i chorobom umysłowym, o ile takowe spowodowane zostały *per masturbationem*. Autor przytacza walkę literacką dwóch zaciętych przeciwników pomieszczoną w dzienniku *The Lancet* (za listopad i grudzień 1866.). Jako obrońca *Clitoridectomii*

w co dopiero wzmiankowanych wypadkach, występuje powszechnie znany I. Baker Brown, jako jego przeciwnik słynny gynecolog i pediatra Dr. Charles West. Przytoczywszy zdanie obu stron za i przeciw operacyi, autor wyraża niemożliwość wydania własnej stanowczej opinii z powodu braku dostatecznej Kazyistyki, zwracając wszakże uwagę tak psychiatrów jak i chirurgów na ten ważny przedmiot.

W dziale drobnych wiadomości i literatury zagranicznej zwraca uwagę artykuł Dra L a u r e n t:— O użyciu ogólnych kąpeli gorzycowych. Autor zaleca użycie tych kąpeli jako środka uspakajającego w okresie rozdrażnienia władz umysłowych, w manii chronicznej, w obłąkaniach wydarzających się u histeryczek a poprzedzonych gwałtownymi bólami neuralgicznymi, wreszcie w czasie excytacji psychicznych w początkowych okresach bezwładu postępowego (*Paralysis progressiva*). W tym ostatnim razie, to jest podczas stanu rozdrażnienia umysłowego przy poczynającym bezwładzie ogólnym zalecił te kąpiele choremu w oddziale moim, w tutejszym Szpitalu Jana Bożego. Do jednorazowej kąpeli letniej na + 25 R. dodaje się według Laurenta pół funta czarnej gorzycy. Kąpiel trwać powinna od minut 15 do 20. Środek ten wszakże po kilkakrotném użyciu pozostał bez skutku na uspokojenie chorego.

Oto treść pierwszego zeszytu nowego czasopisma poświęconego chorobom umysłowym. O ważniejszych pracach zamieszczonych w następnych zeszytach nie zaniedbamy powiadomić czytelników naszych, łącząc je z uzupełnioném sprawozdaniem z pierwszego zeszytu.

Stanisław Chomętowski.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 5 do 11 Lutego. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	897	258	215	31	901
„ Śgo Ducha	164	31	30	3	162
„ Ewangielickim	87	13	10	3	87
„ Śgo Rocha	105	36	28	1	112
„ Śgo Jana Bożego	185	2	5	—	182
„ Śgo Łazarza	283	76	42	3	314
„ Starozakonnych	397	129	107	7	412
Ogółem:	2118	545	437	56	2170

Wiadomości bieżące.

— † Dr. Serres, słynny naturalista i lekarz zakończył życie we wtorek 22 z. m., w podeszłym wieku ośmdziesięciu dwóch lat. Urodził się w Clairac, małym miasteczku w południowej Francyi, a nauki lekarskie rozpoczął w pierwszych latach naszego stulecia. Gdy utworzono internat w szpitalach paryzkich, professor Serres był jednym z najpierwszych mianowanych kandydatów. W 1810 roku uzyskał stopień Doktora. Podczas dwóch, wkrótce po sobie następujących oblężeń Paryża 1814 i 1815go roku, był czynnie zajęty ratowaniem ranionych, i nawet sam wypadkowo postrzałem w nogę miał być dotknięty. Pomysłne rezultata jego czynności zwróciły na niego uwagę osób dostojnych. W 1822 roku został lekarzem w La Pitié. Mianowano go członkiem Akademii medycznej; w 1828 roku poświęciwszy się specjalnie anatomii porównawczej, został następcą Chaussier'a w Akademii nauk; i nareszcie w 1839 r. został professorem w Muzeum (Jardin des Plantes), dla objęcia katedry Anatomii człowieka, wakującej po śmierci Fryderyka Cuvier. Prace Serres'a odnoszą się głównie do historii naturalnej. W zakresie medycyny najważniejsze jego odkrycie dotyczyło się gorączki tyfoidalnej. Przed nim różne postacie

tęj choroby oznaczano nazwami „zgnilłej gorączki” „żółciowej gorączki” i t. d., a związek tej choroby ze szczególną zmianą w gruczołach Peyera nie był dokładniej poznany. Petit i Serres, w 1813 r. opisali inny rodzaj gorączki, który nazwali eutero-mesenteric, a który charakteryzuje się anatomicznie nabrzmieniem i owrzodzeniem gruczołów Peyera i przerostem gruczołów krezkowych. Ta nowa opisana choroba pomieszczona została w patologii obok zgnilłej, żółciowej i śluzowej gorączki dawniejszych autorów. Zasługa wykazania, że wszystkie te choroby są tylko stopniami jednej, i wszystkie wiążą się z temi samymi zmianami chorobowymi pozostała dla Dr. Louisa. Chociaż odkrycie Petit i Serres nie wyjaśniło kwestyi całkowicie, jednak zawsze jest ważnym postępem w nauce lekarskiej. Serres otrzymał wielką nagrodę Akademii nauk, i położył podstawę swęj przyszłej wielkości, przez swój traktat „O budowie mózgu” dzieło wysoko cenione w swym czasie, lecz dzisiaj mało ważności przedstawiające. Dotkliwa sprzeczka powstała między Serres'em i Tiedemanem co do tego traktatu — niemiecki bowiem anatom oskarżał swego francuzkiego współzawodnika o kradzież literacką. Serres wiele pracował nad badaniem rozwoju kości, i podał ogólne prawa ich tworzenia się. Był także głównym krzewicielem teoryi, uważającej budowę ciała ludzkiego za najdokładniej symetryczną, i mówi, że człowiek jest połwojnym, gdyż ciało jego składa się z dwóch połów, każdy organ w jednej połowie ma odpowiedni sobie organ w drugiej połowie, a wiele z nich łatwo uwydatnia nawet swe ułożenie się z dwóch symetrycznych części. Nawet utrzymywał, że i kręgi są podwojne i przedstawił niektóre anatomiczne preparata, przemawiające za tym poglądem, który jednak dziś całkiem z nauki został usunięty. W licznych swych publikacyach, Serres z całą swobodą posługiwał się pracami swych podwładnych i daleko posunął przykład Leverrier'a, co do obserwacyj astronomicznych tegoż, w pomijaniu wszystkich nazwisk z wyjątkiem swego własnego. Do skrzywdzonych w ten sposób należała nie sama tylko młodzież bez powagi i uznanych zasług. Wielu z nich było znakomitymi ludźmi, między któremi słusznie możnaby wymienić nieszczęśliwego Gratiolet, którego wielkie zdolności jak najdłużej pozostawały w ciemności i którego oceniono zaledwie na kilka lat przed śmiercią przedwczesną. O tej stronie charakteru i sposobu postępowania Serres'a nie potrzeba sądzić za zbyt surowo, i chociaż wielu ze znakomitości naukowych jego własnego kraju może usiłować przyćmić jego sławę, wytykaniem postępowania, któremu sami podpadali, powszechne jednak uznanie i zdrowe poczucie publiki mało tylko przywiąże wartości do ich dowodzeń. Jako profesor, Serres w pełni rozwoju swego życia, miał być jasniejącym wymową, bystrym w poglądach i zajmującym w wykładzie. Być może, że dla tych, którzy go widzieli w czasie, gdy umysłowe jego siły przez wiek nieco przyćmione były, zdanie powyższe za zbyt się pochlebnem wydaje. Serres do najpóźniejszego swego wieku zachował całą swoją działalność i znaczną krzepkość zdrowia. Pełnił on pilnie i nieprzerwanie rozliczne swe obowiązki i gdy rząd wyznaczył komisję dla zbadania administracyi Muzeum, surowo ganionej przez publiczną prasę, wystąpił z całą godnością w obronie tej instytucyi. Długie życie Serres'a, zaledwie kiedykolwiek zakłócone chorobą, zostało szybko przerwane napadem nieżytności wąsowatych oskrzeli, po kilkodniowej niemocy. Testamentem przeznaczył 75,000 franków dla Akademii Nauk, a 60,000 franków dla Muzeum. (Medical Times and Gazette Nr. 918).

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Chirurgii operacyjnej ark. 14y. Chirurgii teoretycznej ark. 8y. Patologii i terapii specjalnej ark. 1y.*

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1868 r.) r. sr. 8; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1868 r. sr. 18.

TRESC: Prace oryginalne. Trzy wypadki krwotoków po operacyach chirurgicznych w bliskości jam ustroju wykonanych. Przez Dra Jana Kwaśnickiego, lek. ordyn. w szpitalu Ewangelickim. — Kronika Zagraniczna. O wydzielaniu lez. Dr. Ulrich Herzenstein. Prof. F. Nawrocki. — Do patologii i terapii znamion wrodzonych (Naevi), przez Dra Tomasza Smith'a z Londynu. (Dokończenie). M. Gruell. — Przegląd psychiatryczny przez Dra St. Chomętowskiego. — Część statystyczna. Ruch chorych w szpitalach warszawskich. — Wiadomości bieżące. Prof. Serres. streszczył Wojtasiewicz.

Trzy wypadki krwotoków po operacyach chirurgicznych w bliskości jam ustroju wykonanych.

Przez Dra Jana Kwaśnickiego, lek. ord. w szpitalu Ewangelickim.

Krwotoki po operacyach chirurgicznych w ogóle stanowią powikłania z którymi nie raz wypada walczyć w okresie po-operacyjnym. Wszelkie wynaczynienia krwi przychodzące we wspomnianym okresie nazywamy następczymi (*haemorrhagia secundaria*). Lubo krwotoki następcze bardzo rzadko pociągają śmierć chorych, których wytrzymałość pod tym względem jest nieraz zadziwiająca, niemniej jednak bywają one przyczyną długiego gojenia się ran po operacyach, a to w skutku niedokrewności (*anaemia*), wywołanej znaczną krwi utratą. Niedokrewność pochodząca w skutek krwotoków wyrównywa się bez porównania prędzej niż wykształcająca się w skutek upadku odżywienia, wywołanego zboczeniami w organach wewnętrznych, lub też innych wpływów chorobnych, a przedstawiająca się zwykle w postaci przewlekłego charłactwa (*cachexia chronica*). Pomimo jednak łagodnego przebiegu niedokrewności po utracie krwi, powikłanie to winno być uważane, z przyczyn wyżej przytoczonych, jako ciężkie, a to tém bardziej, że nie jesteśmy pewni, czy opanowane krwawienie więcej się nie powtórzy. Każdy z chirurgów bez wątpienia spostrzegął, że w kilka godzin po podwiązaniu naczyń i po ustąpieniu krwawienia z drobnych tętnic, w chwili wykształcania się gorączki przyrannój (*febris traumatica*), nieraz przychodzi większy lub mniejszy krwotok, pomimo że sączenie się krwi przed opa-

trunkiem wcale już nie miało miejsca. Jaka jest przyczyna tych krwotoków, w pierwszych chwilach okresu po-operacyjnego? Wedle dzisiaj panujących teoryj w medycynie niepodobna je niczém inném wyjaśnić, jak tylko działaniem nerwów naczynio-ruchowych (*n. n. vasomotorii*); działanie to polega na ich pobudzeniu, już to bezpośredniem przez zadrażnienie nożem, już też pośredniem na drodze odruchu w sferze nerwu sympatycznego. Pod wpływem pobudzonych nerwów naczynio-ruchowych w czasie operacyi ściągają się ściany naczyń, w skutku czego znacznie się zmniejsza ich światło; powstające więc pod wpływem powietrza i zimna skrzepy krwi w końcach przeciętych naczyń dobrze zatykają ich otwory, zatrzymując w ten sposób krwawienie. Po ustąpieniu spazmatycznego stanu ścian tętniczych pod wpływem rozpoczynającego się nawału krwi do rany, jako też gorączki przyrannój, następuje stan przeciwny, t. j. ściany naczyń wolnieją, światło się ich powiększa, a przy podniesionym krwi obiegu, łatwo występują skrzepy z wylotu tętnic, czego koniecznym następstwem jest nowy krwotok. Źródłem tych następczych krwotoków są tętnice małego kalibru, których zwykle nie podwiązujemy, gdyż strumień krwi z nich wytryskający prędko zostaje przerwany przez skrzepy formujące się pod wpływem powietrza i niższej temperatury, w skutku czego potem nie dają się odszukać. Zapobieganie jednak następczemu krwawieniu powinno być zadaniem chirurga. Należy więc przy każdej operacyi mieć pod ręką kilka kleszczyków do chwytania małych naczyń w pierwszej chwili ich przecięcia, kiedy jeszcze wytryska strumień krwi, a następnie je podwiązać, lub skrócić (*torsio*). Gdy naczynka nie dały się ująć, najlepiej na powierzchnię rany zastosować półtorochlorek żelaza, jeżeli rana po operacyi jest niewielką, lub też tylko w pewnych podejrzanym punktach przy znacznej rozległości rany. Jeżeli takie postępowanie uważam za właściwe w niektórych wypadkach, gdzie rany po operacyi są zewnętrzne i łatwo krwotok dostrzeżonym być może, to tém bardziej przemawiam za niem przy operacyach w jamach ustroju, lub też w ich sąsiedztwie wykonywanych. Do takiego postępowania upowazniają mnie trzy wypadki, które niżej opiszę o tyle tylko, o ile tego wymaga objaśnienie rzeczy w mowie będącej.

W y p a d e k I.

Przed trzema laty assistowałem Prof. Girsztowtowi przy wyluszczeniu mięsaka (*sarcoma*) szczęki górnej ze strony lewej. Indywiduum dotknięte tém cierpieniem było panną lat 12 wieku liczącą, budowy ciała wątłej, skóry bladej, przezroczystej. Pierwsze objawy cierpienia spostrzegła przed trzema laty. Nowotwór przedstawiał się na zewnątrz jako guz miernie wypukły, wielkością małej pięści wyrównywający; linia nosa w skutku rozrostu guza skierowana ku stronie prawej; przy dotknięciu konsystencya guza bardzo trwarda, nieruchomość jego zupełna; skóra nowotwór pokrywająca mało ruchoma, miernie napięta; bólów żadnych; przejście powietrza przez lewy otwór nosowy przerwany; rozrost guza stopniowo postępował naprzód. Co do rozpoznania, to się chwiało między chrzęstniakiem (*enchondroma*) i mięsakiem (*sarcoma*). Ponieważ cała lewa poło-

wa szczęki górnej zdawała się być zajęta, przeto przygotowano na wszelki wypadek narzędzia do jej wypiłowania (*resectio*). Po zachloroformowaniu chorej cięcie skórne poprowadzono od punktu leżącego nieco ku wewnątrz od kąta lewego ust w kierunku do ucha. Po przecięciu skóry i po oddzieleniu jej ku dołowi i ku tyłowi z jednej strony, a ku górze i ku przodowi z drugiej, obnażony został guz ograniczony od góry brzegiem dolnym oczodołu i kością jarzmową, od dołu wyrostkiem zębodołowym, od przodu czyli od wewnątrz kością nosową, od tyłu zaś prawie się opierał o gałąź wstępującą szczęki dolnej. Na obnażonej przedniej powierzchni guza tu i owdzie znajdowały się nader cienkie blaszki kostne, przy nacisku palcem bardzo łatwo pękające, wydając chrzęst do krepitacyi zbliżony; blaszki te były jeszcze niezupełnie zużytymi szczątkami przedniej ściany jamy II i g h m o r'a. Widząc ograniczenie guza, który tylko rozpełchnął kości go ograniczające bez żadnego przeistoczenia takowych, postanowiono zaniechać wypiłowanie szczęki, ograniczając się na wyłuszczeniu guza za pomocą wydłutowania; przy pierwszych działaniach dłuta od strony wyrostka zębodołowego i następnym podważaniu guza, takowy w zupełności się wyłuszczył na całej powierzchni tak, że z wielką łatwością dał się wydobyć na zewnątrz: miejsce, w którym spoczywał było regularnym odcinkiem trzech czwartych koła trzymającego w średnicy około 4 cali; ściany tego zagłębienia ze wszystkich stron stanowiły rozepchane kości, pozbawione okostnej. Powierzchnia ich gładka, tu i owdzie małe otworki przedstawiająca; ku tyłowi i ku wewnątrz zużycie zupełne kości na przestrzeni wyrównywającej pięcioletowce, w skutku czego powstał otwór okrągły, prowadzący bezpośrednio do gardzieli. Ze wspomnianych otworów kostnych sączyła się krew w mierniej ilości; po użyciu jednak gąbek w zimnej wodzie zmaczanych krwawienie prędko ustąpiło, po czem poczekano jeszcze kilka minut dla przeświadczenia się o zupełnym zatamowaniu krwotoku, a następnie zestawiono brzegi rany skórnej i zeszyto je za pomocą szpilek i szwu okręcanego. Chora w czasie zszywania rany przebudziła się nie doświadczając wielkiego bólu, mówiła jednak niechętnie i niezbyt zrozumiale z powodu odurzenia chloroformem; podano jej nieco wina, a potem ułożono do łóżka.

Następnie przystąpiliśmy do badania guza, którego powierzchnia przednia, jakśmy wyżej powiedzieli, była pokryta tu i owdzie blaszkami kostnymi nader cienkimi; reszta zaś jego powierzchnia była gładka, regularnie zaokrąglona odpowiednio zagłębieniu, w którym guz spoczywał; postać więc prawidłowo kulista, konsystencya twarda, chrząstkowata, wielkość jaja gęsiego; przy rozkrawywaniu chrzęst; powierzchnia rozkroju koloru białawego, bardzo do koloru chrząstek zbliżonego. Wszystkie te własności makroskopijne zdawały się przemawiać za tem, że nowotwór w mowie będący, jest chrzęstniakiem (*enchondroma*): badanie jednak przez Prof. B r o d o w s k i e g o dokonane, wykazało, że guz ten był mięsakiem, którego podścielisko stanowiła nader zbita tkanka łączna, że ta właśnie zbitość nadawała nowotworowi badanemu makroskopijnie własności chrzęstniaka.

Badając stosunki guza do części go otaczających, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że punktem jego wyjścia była okostna przedniej ściany jamy Highmora, której szczątki w formie cienkich blaszek tu i owdzie pokrywały przednią powierzchnię nowotworu; w miarę jego wzrostu, coraz się bardziej wypełniała wspomniana jama, a następnie ściany jej były rozpychane we wszystkich kierunkach tak, że zamiast *antri Highmori* wykształciło się zagłębienie wyżej opisane. Za punktem wyjścia nowotworu ze ściany przedniej przemawia i ta okoliczność, że wspomniane blaszki i części miękkie policzka były ściśle zrosnięte z przednią powierzchnią nowotworu, gdy we wszystkich innych kierunkach guz zdawał się tylko przylegać do ścian swego łożyska, będąc z niemi w ściślejszym stosunku tylko za pomocą małych naczyń. Te anatomiczne warunki dobrze wyjaśniają łatwość, z jaką guz został wyważony z zagłębienia, w którym spoczywał.

Po ułożeniu chorej na łóżku, ta prędko usnęła, a przekonawszy się raz jeszcze o jej dobrym stanie, opuściliśmy operowaną z zamiarem odwiedzenia jej wieczorem.

O godzinie 4 po południu dano znać, że chora jest umierającą. Po przybyciu do niej natychmiastowem, znaleźliśmy stan następujący: bladłość twarzy nadzwyczajna, powieki nasunięte na gałki oczne, puls nadzwyczaj mały i drobny, omdlenie, cała postać chorej bardzo przypominała figurę woskową. Rzecz naturalna, że mieliśmy do czynienia z krwotokiem, labo na zewnątrz i przez jamę ust nie wyszła ani jedna kropla, gdyż cała krew, która przez otwór powstały w skutku zużycia kości (*usura os.*), od tyłu i od wewnątrz dostawała się do gardzieli, następnie w czasie snu była połykaną. Przy używaniu środków otrzeźwiających, odjęto zaraz szwy, a po bliższem rozpatrzeniu się dostrzeżono, że tylko z jednego otworu, będącego na tylnej ścianie jamy, sączyła się krew, spływając przez wyżej opisany otwór do jamy gardzieli; kolor krwi i lekkie jej falowanie przy samym otworze dowodziły, że mamy do czynienia z krwotokiem tętnicznym. Po użyciu rozpalonego druta, krwawienie zaraz ustąpiło, poczem w toż samo miejsce położono małą kulkę skubanki, zmaczaną w półtorochlorku żelaza. Następnie podano chorą wino, bulion, a także przepisano wewnątrz żelazo. Wyżej wzmiankowany otwór, z którego krew sączyła, był wylotem kanału kościanego, zawierającego tętnicę kość żywiącą (*art. nutriens*), kilka takich małych tętniczek wnikało z kości do guza, po wyważeniu którego uległy rozerwaniu.

W godzinę po użyciu bulionu, nastąpiły obfite wymioty zawierające znaczną ilość skrzepów krwi, którą chora połykała w czasie snu po operacji. Następnie z biegiem czasu przy stosownej diecie, żelazie i środkach wzmacniających zabliznienie się rany postępowało lubo powoli, lecz już nie było przerywane żadnymi nowymi powikłaniami. W 3 miesiące po operacji jama łożyskiem guza będąca w zupełności się wypełniła, a stan ogólny operowanej nie do życzenia nie pozostawiał.

W y p a d e k II.

W r. 1864 byłem wezwany do starozakonnój zamężnój lat 42 wieku mającój, budowyciała miernój, nieźle odżywianój. Chora ta od lat kilku spostrzegła u wejścia do pochwy wyrośl podługowatą, grubością i długością wielkiemu palcowi ręki wyrównywającą; wyrośl ta zwrócona końcem swym wolnym ku dołowi wystawała po za wargi wielkie sromu, osadzoną zaś była w miejscu łechtaczki za pomocą podstawy rozszerzającój się na górne końce warg mniejszych i na trójkąt zawarty między wargami małemi, łechtaczką i cewką moczową od dołu. Powierzchnię guza stanowiła błona śluzowa niczém się nie różniąca od takowój pokrywającój wargi mniejsze, a którój była tylko dalszym ciągiem; przy dotknięciu nowotwór niezbyt miękki przy podstawie wcale niebolesny, przy końcu zaś wolnym zaczerwieniony, bolesny i wyraźne przelewanie przedstawiający; ta właśnie bolesność połączona z lekkim stopniem gorączki zmusiła chorą do szukania pomocy lekarskiej; chora przytém oświadczyła, że taka bolesność i obrzmienie przychodzi od czasu do czasu, że po kilku dniach z końca wyrośli wylewa się ropa, poczém zdrowie znowu wraca i że wtenczas w zupełności zapomina o nowotworze. Rzecz jasna, że mieliśmy i teraz do czynienia z ropniem, który niezwłocznie otworzyłem za pomocą lanceta. Co się zaś tyczy samego nowotworu, to zdawało się nie ulegać żadnój wątpliwości, że ten był niczém inném jak rozrostem łechtaczki (*hypertrophiea clitoridis*). Powstawanie zaś ropni na końcu wolnym łatwo się daje wytłumaczyć drażnieniem w czasie chodzenia przy jednoczesnem działaniu rozkładającego się moczu i wypływów maciczno-pochwowych. W celu zupełnego uleczenia tego cierpienia przedstawiłem chorój potrzebę odjęcia rozrostłej łechtaczki, na co się téż chętnie zgodziła. Operacyę wykonałem po kilku dniach za pomocą odgniatacza (*écraseur*), którego łańcuszek założyłem przy samej podstawie wyrośli; chora była zachloroformowana; po odpadnięciu nowotworu nie było najmniejszego krwotoku a powierzchnia odgniecenia w skutku zaciśnienia była mniejszą od przecznicy wyrośli; błona śluzowa cewki od góry była wyciągniętą nieco na zewnątrz; dolny brzeg rany po odgnieceniu przechodził tuż po nad cewką (1 1/2 millim). Po przyłożeniu skubanki na ranę, utrzymywałem ją w miejscu za pomocą opaski w postaci litery T. Chorój zaleciłem niewstawanie z łóżka i zupełny spokój.

Odwiedzając chorą dnia następnego, znalazłem ją bardzo bladą, osłabioną; puls był dość mały i prędko. Pytana o przyczynę tych objawów uskarżała się tylko na trudność oddawania moczu. Widocznem jednak było, że utrata krwi musiała mieć miejsce. Po odjęciu szarpi z rany znalazłem na niej małą ilość krwi skrzepłej; sama zaś rana przedstawiała się znacznie większą niż w pierwszych chwilach po operacyi; brzeg jój dolny na małej przestrzeni wchodził w samą cewkę, i tu właśnie spostrzegłem lekkie sączenie się krwi; przy braku jój jednak na zewnątrz i przy objawach niedokrewności chorój wpadłem na myśl o sączeniu się krwi do pęcherza, który przy opukiwaniu rzeczywiście przedstawiał tępość na przestrzeni rozleglejszój niż w stanie prawidłowym, wprowadziłem więc do pęcherza cewnik, przez który wypłynęło nieco płynu krwistego, a po

wyciągnięciu znalazłem jego otwór zatkany skrzepem włókniaka czerwono zabarwionym. Widząc więc że mam do czynienia z krwotokiem do pęcherza, postanowiłem wydobyć skrzepy za pomocą szprycy do enem, rozdzielając je poprzednio za pomocą cewnika poruszanego w najrozmaitszych kierunkach przy zastrzyknięciu poprzedałem wody ciepłej do pęcherza. Postępując w ten sposób w czasie pierwszego posiedzenia wydobyłem przeszło pół szklanki drobnych skrzepów. W celu zapobieżenia powtórzeniu się krwawienia pociągnąłem powierzchnię rany półtorochlorkiem żelaza; część małą rany wchodzącą w cewkę moczową wysunąłem na zewnątrz za pomocą odciągania przyległej błony śluzowej ku górze i ku zewnątrz. Wewnątrz dałem chorój żelazo, wino i pożywną dyetę.

Dnia następnego znowu powtórzyłem wyciąganie skrzepów za pomocą dużej strzykawki do enem. Reszta skrzepów odeszła z moczem w ciągu dwóch dni następnych.

Lubo ten krwotok nie był tak wielkim, by mógł opóźnić ozdrowienie chorój, albowiem dnia czternastego po operacyi już wstała z łóżka, niemniej jednak nie przestaje on być nauczającym.

Przyczyną krwawienia do pęcherza moczowego było wejście pewnej części dolnego brzegu rany do cewki moczowej. W skutku czego to mogło nastąpić? Zdaje się, że niżej podane tłumaczenie wyjaśni tę rzecz w zupełności. Nie ulega wątpliwości, że już sam rozrost łechtaczki spowodził naprężenie błony śluzowej w częściach okolicznych, w skutku czego błona śluzowa cewki była nieco wywiniętą ku górze; założenie zaś łańcuszka odgniatacza u podstawy wyrosła, i następne jego zaciskanie powiększyło jeszcze bardziej wywinięcie się błony śluzowej cewki ku górze. W pierwszej chwili po odgnieceniu błona śluzowa ściągnięta ze wszystkich stron ku środkowi, t. j. ku ranie utrzymywała się przez pewien czas w tém położeniu, a następnie przy rozwijającym się przekrwieniu do rany zaczęła przychodzić w swoje normalne położenie, w skutku czego pewna mała część powierzchni rany weszła do cewki moczowej.

W y p a d e k III.

W początku roku zeszłego przybyła do szpitala Ewangelickiego, kobieta lat 45 wieku licząca, budowy ciała dobrej, miernie odżywiona, uskarżając się na mocny ból w częściach rodnych zewnętrznych, pochodzący w skutku owrzodzenia trwającego już od lat paru. Przy badaniu chorój znalazłem następujące zmiany: warga większa lewa znacznie zgrubiała, większa od prawej, na 2 centymetry bardziej wysunięta ku przodowi niż prawa. Na stronie jej wewnętrznej, czyli pokrytej błoną śluzową, owrzodzenie dość głębokie, 4 centymetry długości a 3 szerokości mające; owrzodzenie to zniszczyło wargę lewą mniejszą, sięgając aż do pochwy; brzegi wrzodu nierówne, bardzo twarde, po nad linią otaczających części zdrowych wystające, dno także twarde, grubą warstwą masy gęstej i nader cuchnącej pokryte. Gruźzoły pachwinowe nie obrzmiały. Po wycięciu małej

części brzegów tego wrzodu, zbadałem je pod mikroskopem, który mnie przekonał, że miałem do czynienia z rakowcem (*canceroid*). Natura nowotworu, którego znaczna część była w rozpadzie, jako też niezajęcie gruczołów chłonnych pachwinowych, obiecywały dobre zejście choroby po usunięciu guza. Operację tę wykonałem bez zachloroformowania choréj; odjęcie polegało na obejściu w około nowotworu za pomocą nożyka z brzuscem i następném jego oddzieleniu od tkanin pod nim będących; po oddaleniu nowotworu, jedna tylko mała tętnica, mianowicie sromna zewnętrzna (*art. pudenda externa*) rzuciła cienki strumień krwi, to też zaraz została ujęta i podwiązana; puszczony następnie strumień zimnej wody na powierzchnię rany zatrzymał w zupełności krwawienie z naczyń włosowatych i bardzo drobnych tętniczek. Po oczyszczeniu rany, opatrzone ją skubanką zmaczaną w oliwie i położono chorą do łóżka. Odchodząc ze szpitala poleciłem, by ta chora była ściśle obserwowaną, a to z obawy krwawienia następczego. Chora pod wieczór usnęła, a będąca przy niej Siostra miłosierdzia, lubo spostrzegła znaczną bladość choréj, nie chciała jéj jednak budzić, a to tém bardziej, że oglądając od zewnątrz ranę, nie widziała żadnego krwawienia. W tym stanie przeszła cała godzina. Przybyły felezer, otwierając szeroko wargi sromne wielkie, dostrzegł krwawienie, zatrzymując je przyłożeniem półtorochlorku żelaza. Zawiadomiony o tym wypadku, przybyłem zaraz do choréj, a wprowadzając rękę do pochwy, wydobyłem znaczną ilość skrzepów krwi, które rozszerzyły jéj jamę we wszystkich kierunkach. Utrata krwi była tu znacznie większą niż w wypadku II, to też wszystkie objawy niedokrewności były tu wybitniejsze. Pożywna dyeta, wino, żelazo, jak w poprzedzających tak i w tym wypadku znakomicie wpływały na podniesienie hematozy. Chora po 5 tygodniach opuściła szpital, pozbywszy się w zupełności swego cierpienia.

Lubo wszystkie powyższe wypadki zakończyły się pomyślnie, to jednak zabliznianie się ran odbywało się powoli, a to z przyczyny upadku odżywiania utratą krwi spowodowanego. Brodawki (*granulationes*) były blade, mało unaczynione i jakby edematyczne.

Z powyższych wypadków także widzimy, że operacye wykonywane w bliskości jam, lub też w miejscach mających z niemi stosunek pośredni, wymagają umiejętnój pilności około chorego, gdyż krwotok, jak to miało miejsce w przytoczonych wypadkach, będąc niewidzialnym, wcale nie jest podejrzany przez osoby nielekarskie, zwykle chorego otaczające. Lubo krwotoki następcze nie są zbyt częste, nie są jednak tak rzadkiemi, by nie wymagały wielkiej uwagi ze strony lekarza.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O wydzielaniu łez.

Dr. Ulrich Herzenstein.

(Archiv Reicherta 1867 pag. 651—667).

Gruczoł łzowy przytyka swą powierzchnią górną wypukłą do dołka łzowego na wyrostku jarzmowym kości czołowej a zatém do górnej zewnętrznej ściany oczodołu, i przycze-

pionym jest do niej za pomocą krótkiego więzadła ku tyłowi się udającego od Fascia tarso-orbitalis (Lig. Soemmeringii), swą dolną zaś wklęsłą powierzchnią do gałki ocznej. Przewody gruczołu tego, których ujścia znajdują się na łącznicy, są tak delikatne, że ich gołym okiem ujrzyć nie możemy; liczba ich jest zmienną (4—12). Sappey poleja średnicę przewodu nastrzykniętego na 0,45 mm; ciężar gruczołu wynosi wedle Krausego 11 granów.

Tętnica udająca się do gruczołu, Art. lacrymalis jest gałązką Art. ophtalmicae; przebiega między m. prostym górnym a zewnętrznym, wzdłuż zewnętrznej ściany oczodołowej. Niekiedy odchodzi ta tętnica wyłącznie od Art. meningeae media, lub Art. temporalis profunda. Żyła łzowa przebiega tą samą drogą, co tętnica i kończy się w żyłę ocznej (v. ophtalmica).

Co do nerwów idących do gruczołu łzowego, zdania anatomów różnią się między sobą. Hyrtl powątpiewa, czy N. łzowy przechodzi w substancję gruczołu. Wedle Luschki dzieli się N. łzowy na 2 gałązki: wewnętrzną i zewnętrzną. Zewnętrzna łączy się z gałęzią górną N. subcutanei malae, i nie wchodząc w gruczoł łzowy kończy się kilku gałązkami na zewnętrznej połowie górnej powieki. Wewnętrzna udaje się do gruczołu i do łącznicy górnej powieki.

Longet podaje również, że N. łzowy dzieli się na dwie części: R. lacrymo-palpebralis i R. temporo-malaire. Także i N. subcutaneus malae rozpada wedle podań tego anatomia na dwie następujące gałązki: R. inf. s. lacrymo-palpebralis i R. sup. s. temporo-malaire. Przyrząd łzowy wszystkich zwierząt ssących nie wiele się różni od opisanego przyrządu ludzkiego; ta okoliczność, że u niektórych zwierząt oczodoł nie ze wszystkich stron ścianami kostnymi jest otoczony, że właśnie gruczoł łzowy leży po stronie z miękkich części złożonej, ułatwia niezmiernie badaczowi przystęp do samego gruczołu łzowego.

Gruczoł łzowy należy do gruczołów gronkowatych, i co do budowy histologicznej zbliżonym jest do gruczołów ślinnych. Autor badał zakończenia nerwu łzowego wedle metody przez Pflugera użytej przy śliniankach. Spostrzegł kilka razy na delikatnych skrawkach i drobinach substancji gruczołu łzowego rozdzierganych, że rdzenne cewki nerwowe przedbijają osłonkę alveoli; lecz nigdy nie zauważał przejścia wymienionych nerwów w komórki zwojowe.

Autor odsłoniwszy N. łzowy, przecinał go i drażnił strumieniami elektrycznymi przerywanymi. Dla odsłonięcia nerwu łzowego u królików otwierał czaszkę i zdejmował część oczodołową kości czołowej lub wycinał z boku część ściany oczodołowej. Lubo te doświadczenia mozolne z powodu zbytniego krwotoku w krótkim czasie zwierzę o śmierć przyprawiały, to w kilku razach zauważał autor, że w skutek podrażnienia części ośrodkowej nerwu łzowego, łzy w znacznej ilości na łącznicy się zebrały. U psów, u których oczodoł na zewnętrznej stronie li częściami miękkimi jest odgraniczony, opisane doświadczenie łatwiej wykonać możemy. Podczas drażnienia N. łzowego autor otrzymywał znacznie zwiększone wydzielanie łez, chociaż poprzednio dla ułatwienia sobie operacji, uspił psa wstrzyknięciem odpowiedniej ilości morfiny w żyłę szyjną. Autor drażniąc również N. subcutaneus malae lub gałązkę tegoż udającą się do gruczołu łzowego, spostrzegł również zwiększenie wydzielania łez, lecz nie tak znaczne, jak podczas drażnienia N. lacrymalis rami ophtalmici quinti. U owiec, u których jeszcze łatwiej niż u psa, można odkryć N. lacrymalis rami ophtalmici, autor wykazał, że podrażnienie wymienionego nerwu sprowadza obfitą wydzielinę łez.

Nawet wtedy, gdy przez zamknięcie T. szyjowej wspólnej odciał przyływ krwi do gruczołu łzowego, H. spostrzegł wypływ łez w skutek podrażnienia N. łzowego; wypływ ten łez (łatwo zrozumiemy) nie mógł być tak obfitym, jak wtedy, gdy przyływ krwi do gruczołu nie był wstrzymanym.

Z tych doświadczeń wynika, że N. łzowy (i subcutaneus malae u psów) służy do wydzielania łez, tém więcej, że nawet podczas wstrzymania przyływu krwi do gruczołu podrażnienie wymienionego nerwu okazało się skutecznym.

Wiadomo, że podrażnienie periferycznych kończyn nerwu trójdzielnego (podrażnienie błony śluzowej nosa, ból zębów, neuralgie, podrażnienie łącznicy i t. d.) i podrażnienie nerwu wzrokowego (silnym światłem) sprowadza wydzielanie łez. Dla zbadania tej kwestyi H. wykonał następujące doświadczenia. U psów odkrył jużto N. frontalis już też N. infraorbitalis;

podrażnienie części dośrodkowej obydwóch nerwów wywołało zwiększenie wydzielania łez po stronie, po której nerw podrażniony się znajdował. U psa H. przeciął n. łzowy prawej strony i szczelnie watą zatkał odpowiedni otwór nosa; gdy wprowadził w lewy otwór nosa kawałek waty namoczony w ammonijaku gryzącym, łzy popłynęły z oka tejże strony; gdy zaś tym sposobem podrażnił prawy otwór nosa, (gdzie n. łzowy był przecięty), ani z prawej ani z lewej strony nie zauważał wydzielania łez. To samo doświadczenie wykonał H. również u człowieka. Zatkawszy jeden otwór nosa szczelnie watą i zawiązawszy oczy chustką, wdmuchnął za pomocą rurki szklanej tabakę delikatnie sproszkowaną w drugi otwór nosa; po zdjęciu natychmiastowém chustki spostrzegł wypływ łez tylko po tej stronie, po której błona śluzowa nosa została podrażniona.

Dla zbadania reflektorycznego wpływu silnego światła na wydzielanie łez, postąpił H. w sposób następujący: Podczas, gdy słońce świeciło, zasłonił oczy badanej osoby szklami ciemno-zabarwionemi; gdy osoba skierowała swój wzrok na punkt silnie oświetlony, H. powoli od jednego oka odsuwał szkło ciemne, tak że oko coraz więcej wystawioném zostało na wpływ światła słonecznego; skoro jedno oko pozbawione było zasłaniającego go szkła, łzy popłynęły z obydwóch oczu.

Z tych doświadczeń możemy wnosić, że podrażnienie czulnych gałązek Rami primi et secundi Trigemini, sprowadza drogą reflektoryczną wydzielanie łez; że po przecięciu n. łzowego ten wpływ ustaje, czyli że to wydzielanie łez przychodzi do skutku za pośrednictwem nerwu łzowego; że przez podrażnienie gałązek czulnych nerwu trójdzielnego tylko po stronie, gdzie się znajdują nerwy podrażnione, wypływ łez się zwiększa; że wreszcie podrażnienie jednostronne nerwu wzrokowego silném światłem sprowadza zwiększone wydzielanie łez po obydwóch stronach (w odpowiedni sposób po podrażnieniu jednego nerwu wzrokowego, obie źrenice się zewężają).

U dwóch psów, H. przeciął n. łzowy i ranę zaszył, u jednego z nich zauważał po kilku dniach bezustanne wydzielanie łez, u drugiego zaś, u którego się rozwinęło silne zapalenie łącznicy oka, zmian znaczniejszych w wydzielaniu łez nie widział; mechaniczne drażnienie oka operowanego nie wywołało zwiększonego wypływu łez, podczas gdy zdrowe wśród tych warunków wraz się pokryło płynem. Trzeciego psa z przeciętym prawym n. łzowym H. otrul curarą, i gdy pobudził sztuczne oddychanie, spostrzegł wydzielanie łez po obydwu stronach; oko prawe mniej łez wydzielalo. Wreszcie H. przecinał i drażnił nerw sympatyczny na szyi u królików, psów i owiec; przecięcie tego nerwu nie miało żadnego wpływu na wydzielanie łez, podrażnienie zaś, albo wcale nie zwiększało wydzielania tego płynu, albo tylko w sposób nieznaczny.

Autor z wymienionych doświadczeń wyprowadza wniosek, że wydzielanie łez jest zależném od wpływu nerwów i że je reflektorycznie wywołać możemy przez podrażnienie części centralnej gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego.

Ilość kwasu węglowego w powietrzu.

T. E. Thorpe. (Annalen der Chemie 1868 Heft 1, pg. 94 sq.)

W 10,000 vol. powietrza nad morzem Iryjskiem znajdują się 3,082 vol., nad oceanem Atlantyckim 2,953 vol. CO_2 . Taż sama ilość powietrza zawiera w Paryżu wedle Boussingault 3,97 vol.; w Groningea wedle Verrer 4,20 vol; w Londynie i Manchester wedle Roscoe 3,95 vol. CO_2 . Względnie do położenia, temperatury, mgły, deszczu i t. d., ilość kwasu węglowego może wynosić 2,5—8 vol., w 10,000 vol. powietrza. Wedle podań Saussur'a i Boussingaulta powietrze lądowe zawiera (w stosunku 100:92) więcej kwasu węglowego w nocy, niż w dzień. Powietrze zaś morskie zawiera mniej więcej tę samą ilość pod różnemi stopniami szerokości i w rozmaitych porach roku; również nie zachodzi żadna różnica pomiędzy dniem i nocą.

Autor oznaczył ilość CO_2 w powietrzu lądowém w mieście Para w Brazylii. W miesiącu kwietniu, gdy najwięcej deszczów w Brazylii pada, 10,000 vol. powietrza zawierało 3,28 vol. CO_2 , a zatem znacznie mniej, niż powietrze lądowe w Europie. F. N.

Do patologii i terapii znamion wrodzonych (*Naevi*).

przez Dra Tomasza Smith'a z Londynu.

(Mediz—chir. Rundshaü III Bd. 3 Hft. 1867.).

(Dokończenie). 1)

Co się tyczy *l e c z e n i a* takich tworów, to wypada zauważyć że pewne odmiany znamion okazują dążność do dobrowolnego leczenia się; stosuje się to osobliwie do wielkich i obszernych znamion umieszczonych w okolo dołu pachowego, i w tkance tłuszczowej piersi i brzucha, a także do znamion mieszanych bujających niekiedy w okolicy ślinianki przyusznej (*parotis*) i w okolicy podżuchwowej.

Weczesnemi objawami prawdopodobnego zniknięcia choroby są: powstrzymanie wzrostu, powiększenie zbitości (w razie umieszczenia podskórnego) i zmniejszenie zbyt żywego zabarwienia. Podczas przebiegu tego wstecznego processu, widzieć można światłe i białe plamy na powierzchni, podobne do blizn powstałych po zastosowaniu niektórych środków żrących. Wystąpienie dobrowolne owrzodzenia na powierzchni znamienia skórniego, każe oczekiwać uleczenia i wydalenia narośli.

Ze względu na leczenie chirurgiczne, *S m i t h* rozróżnia znamiona skórne na wystające, płaskie i szypalkowate.

Z n a m i o n a *s k ó r n e* *w y s t a j ą c e*, są zwykle bardzo silnie rozwinięte i w całości z naczyń złożone, tak że właściwa tkanka skórna prawie jest zniszczoną; tkanka patologiczna często posiada znaczną grubość, jeżeli także nie zajmuje warstw podskórnych. Zniszczenie jej może być dopełnionem zapomocą potażu gryzącego, ciasta żrącego wiedeńskiego, silnego kwasu saletrzanego, wreszcie za pomocą podwiązania. Najlepiej jest obrać w celu leczniczym taki sposób, któryby był w stanie zniszczyć narośl o ile można najzupełniej, przy *j e d n o r a z o w é m* zastosowaniu.

Jeżeli tedy jest ona ograniczona, okrągła lub owalna i umieszczona powierzchownie na którejś okolicy ciała z wyjątkiem niektórych części twarzy, to podwiązanie jest środkiem najszybszym i najpewniejszym. Jeżeli znamię nie jest zbyt wielkiem, to *S m i t h* doprowadza pod nie dwie szpilki prostopadle jedna do drugiej, i to w ten sposób, aby otwory ich wejścia i wyjścia leżały w tém miejscu gdzie znamię przechodzi w tkankę normalną. Użyta do podwiązania nitka dobrze nawoskowana i mocna, tak silnie zaciska się aby powierzchnia znamienia się przybrała barwę. Po oddaleniu końców szpilek cała narośl pokrywa się materyą welnianną i pozostawia swemu losowi, dopóki nie odpadnie razem ze szpilkami, co zdarza się pospolicie po upływie tygodnia. Przy większych naroślach, użyć można 2, 4, i w ogóle tyle ligatur, ile ich potrzeba do skutecznego przerwania krążenia. Inna metoda, podana przez *G a y'a* polega na tém, że szpilki zostają przeprowadzone pod naroślą, przez zdrową skórę, wskutek czego narośl bywa prawie zupełnie wyrznięta; gdy ponad końcami szpilek nałożymy szew krwawy, wtedy i rana zostanie zamknięta i krwawienie powstrzymane. Metoda ta ma mieć tę złą stronę, iż brzegi pozostałej rany nie przylegają do siebie ściśle i gładko.

Znamiona wystające, mające postać nieregularną, lub nie wyraźnie odgraniczone najstosowniej traktować kwasem saletrzanym, zachowując tę ostrożność aby ani kropla jego na zdrowe ciało nie dostała się. Używane przez niektórych ciasto wiedeńskie i potaż gryzący, z powodu nieregularności brzegów znamion mają być trudniejszymi w zastosowaniu.

Znamiona skórne płaskie, t. j. ani wystające nad powierzchnię skóry ani zagłębiające się, gdy są ograniczone, mogą być zniszczonemi przez zaszczepienie na nich ospy, a także kwasem saletrzanym, ciastem wiedeńskim, lub żelazem rozpalonem. Jeżeli dziecko nie miało jeszcze szczepionej ospy, to *S.* szczepi ją w kilku miejscach na znamieniu, lub naokoło tegoż. Przeciwnie środek ten jest niepewny, i dla tego *S.* przekłada nadeń kwas saletrzanym, który stawia wyżej nad wszystkie inne środki żrące, nie wyłączając rozpalonego żelaza. Tego ostatniego *S m i t h* nigdy nie używa, częścią z powodu woni jaką wywołuje i trwogi jaką sieje, częścią

1) Patrz N. 33 Gaz. Lek

dla tego, że działanie jego niszczące nie jest większe niż innych środków żrących, gdy tymczasem zapalenie jakie spowoduje nabiera znacznie większego natężenia.

Znamiona skórne płaskie znacznie się między sobą różnią, ze względu na moc utkania i siłę zabarwienia. Często zajmują one tylko najpowierzchniejszą warstwę skóry nie przenikając całej jej substancji; te mogą być nazwane znamionami czerwieniowemi (*N. erythematosi*) i zajmują często znaczną powierzchnię skóry. Mają one dążność do znikania z rozwojem organizmu. *Paul de Sandan* zaleca przeciwko nim tatuowanie, t. j. robienie w napiętej skórze, za pomocą zwyczajnej igły mnóstwa nakłuć, i zacieranie ich tlenkiem cynku lub węglanem magnezyi,—która to manipulacja powtarza się dopóty, dopóki skóra normalnej nie przybierze barwy. *Smith* jednak, metody podanej jeszcze nie próbował.

Znamiona rozlane, plamiste i punktowate najlepiej traktować zastosowaniem na dane miejsce skóry, kwasu saletrzanego.

Bardzo małe znamiona skórne, mogą być usunięte, przez krzyżowe ich przecięcie i przyżeganie saletrzanem srebra.

Znamiona podskórne, jak już wspomnieliśmy, mogą być ograniczone albo rozlane. Przy leczeniu pierwszej formy cierpienia, gdy narosł umieszczona jest pod skórą, ważnem jest zachowanie całości tej ostatniej i w tym celu zalecają się następujące środki: nastrzykiwanie środków wywołujących krzepnięcie krwi, jak roztworu półtorochlorku żelaza, kwasu garbnikowego, przeprowadzenie zawłoki namaczanej w półtorochlorku żelaza, zastosowanie saletranu srebra zapomocą wprowadzonego zgłębnika, wreszcie zupełnie wycięcie. Najlepszą metodą jest nastrzykiwanie roztworu półtorochlorku żelaza, gdyż do tego wystarcza proste przekłucie. Przecież trudno jest przytém ocenić, czy płyn rzeczywiście do wnętrza znamienia wnika, jako też uregulować jego ilość. Metoda ta tam powinna mieć zastosowanie, gdzie wiele na tém zależy, aby żaden ślad leczenia nie pozostał.

Z większą pewnością, chociaż może większe zostawiając ślady, działa ta metoda w której zawłoki namaczane w roztworze półtorochlorku żelaza przeprowadzają się przez znamię, i to w rozmaitej liczbie, stosownie do wielkości jego i postaci. *Smith* pozostawia je przez 6—7 dni.

Godną zalecenia metodą leczenia znamion podskórnych, jest ich podskórne przecięcie, a lepiej jeszcze wprowadzenie zaraz po przecięciu saletranu srebra, przez co znamię zamienia się w ropień. Jeżeli saletran srebra nie ma być użyty, to przynajmniej, po przecięciu zapomocą tenotomu, zaleca się wykonanie nacisku na odpowiednie miejsce za pośrednictwem peloty i stosownej opaski.

Zupełne operacyjne usunięcie znamienia podskórnego, byłoby możebnym, i nie więcej niebezpiecznym, niż także usunięcie każdego innego guza, — lecz znamiona tego rodzaju, kwalifikujące się do działania operacyjnego zdarzają się rzadko.

Znamiona podskórne rozlane, są trudnymi do leczenia; niekiedy znikają dobrowolnie.

Znamiona mięszone, jako forma najczęstsza, już z tego względu przedstawiają większe trudności w leczeniu, że otrzymują krew z kilku źródeł: tak z naczyń głębszych jak i skórnych. Są one umieszczone w tkance podskórnej, z kąd wystają po nad skórę.

Podobnie jak znamiona skórne i podskórne, i te także są albo ograniczone albo rozlane, a z tych pierwsze znowu są łatwiejsze do leczenia. Jeżeli tedy są one ograniczone, i w szczupłej tylko części usadowione w tkance podskórnej, to zastosować można w celu leczniczym podwiązanie, zapomocą jednej, 2ch 4 i więcej ligatur. W razie gdy znamię takie sięga głęboko pod skórę, wtedy część podskórna traktowana być musi tak jak prawdziwe znamię podskórne t. j. musi być oddzieloną zapomocą noża i niszczoną zapomocą nacisku, saletranu srebra i t. p. Jeżeli po uleczeniu części podskórnej, część skórna pozostała, to traktować ją trzeba silnym kwasem saletrzanym. Ten rodzaj znamion dochodzi niekiedy nadmierniej wielkości, szczególniej w okolicy slinianki przyusznej i podszczękowej. Znamiona mięszone rozlane są nader trudnymi do usunięcia; część ich skórną można zniszczyć kwasem saletrzanym lub innymi środkami żrącymi, części podskórnej najlepiej nietykać.

Znamiona szypułkowate są rzadkie; są one bardzo niebezpieczne, łatwo krwawią i wiszą pośpolicie na długiej szypule, która łatwo podwiązać się daje.

Ze względu na miejscowości, w których znamiona w tej lub owej formie pojawić się mogą, Smith przytacza kilka momentów godnych uwagi i tak:

W celu leczenia znamion na głowie i skroniach zaleca się użycie stałego nacisku zapomocą kawałka metalu, monety i t. p. Metal powinien być odpowiednio obsyty, i utrzymywany w danym miejscu o ile można nieruchomo. Szczególniej pieczołowitości wymagają przy leczeniu znamiona umieszczone ponad ciemiaczkami; to też pewniej jest wstrzymać się z ich leczeniem do czasu w którym albo ciemiaczka zupełnie się zamkna, albo przynajmniej skostnienie pod znamieniem będzie miało miejsce.

Przy leczeniu znamion umiejscowionych na twarzy, trzeba zawsze mieć w pamięci, że nie w jednym już wypadku, nastrzykanie półtorochlorku żelaza, natychmiastową śmierć za sobą pociągnęło. Tak np. Page przytacza w „London Medical Gazette” 1837 r. następujący wypadek: Dwuletnie dziecko miało po nad prawą szczęką górną znamię wielkości pół pomarańczy, umieszczone przeważnie pod skórą. Dwukrotnie nakłuwano je lancetem i nastrzykiwano mieszaninę 1 kropli eteru saletrzanego z 15 kroplami kwasu saletrzanego. Gdy to nie pomagało, za następnym razem wstrzykano małą ilość nader rozcieńczonego roztworu amonii. W tej chwili dziecko dostało lekkich drgawek i w krótko życie przestało. Carter w 1863 r. podaje wypadek następującej osnowy: Dziecko 7io tygodniowe miało obok nosa znamię mięszane, które szybko rosło. Różnych środków używano bezskutecznie. W 11m. tygodniu życia dziecka nastrzykano małą ilość półtorochlorku żelaza, i powtarzano to przez kilka dni. Ostatni raz wstrzykano od razu 5 kropli, poczem w miejscu wstrzykania powstała mała odbarwiona plamka, dziecko miało jednorazowe drgawki i umarło.

W jednym wypadku, który Smith leczył nastrzykaniem tegoż samego środka, w 1—2 dni potem wystąpiło utrudnienie oddechu, i dziecko umarło z objawami zrazikowego zapalenia płuc co i sekcya stwierdziła. Mniema on, że nieco tego płynu dostało się do ogólnego obiegu krwi; za mało wprowadzić by sprowadzić skrzepnienie wszystkiej krwi prawego serca, ale dosyć by spowodować zatory naczyń włosowatych płuc. Dla tego też S., radzi przedsiębrać nastrzykanie półtorochlorku żelaza w tej okolicy, w takim tylko razie, gdy przy pomocy nacisku lub odpowiedniego przyrządu, krążenie krwi w znamieniu będzie powstrzymane.

Dla znamion na powiekach zaleca S., osobny przyrząd (*ring forceps*) ażeby powiekę uchwycić i obieg krwi w niej powstrzymać. Wtedy można zrobić nastrzykanie lub leczyć w inny sposób,—podwiązanie tylko nie jest tu właściwem.

Na wargach a szczególniej na ich błonie sluzowej często też znamiona znajdujemy. Tu także, przy zastosowywaniu odpowiednich środków, obieg krwi łatwo może być powstrzymanym zapomocą wspomnianego wyżej przyrządu.

Uchłoni są miejscowościami bardzo niewdzięcznymi we względzie leczenia usadowionych na nich znamion. Skoro cierpienie zajmuje całą grubość chrząstki, jak się to często zdarza, wtedy według Smith'a pedzłowanie kwasem saletrzanym, najlepsze jeszcze dawało rezultaty. Jeżeli znamie ma postać guza, wtedy podwiązanie może być skutecznie zastosowanem.

Znamiona na błonach sluzowych,—jak na dziąsłach, w pochwie i odbytnicy są zwykle skórne, i leczą się zapomocą ksu. saletrzanego. Znamiona w odbytnicy wskutek swój obecności często wywołują krwawienia i inne dolegliwości; w tych wypadkach radzi S. śmiało użycie ksu. saletrzanego; w innych razach zachowuje się biernie.

Inne środki tu używane jak olej krotonowy, weierania maści emetykowej, zastosowanie zwyczajnej zawłoki, okrężne nacięcia i nakłuwanie igiel, okazały się albo zupełnie bezskutecznymi, albo skutek ich był niedostatecznym, zwłaszcza przy znamionach głębiej sięgających.

M. G.

PRZEGLĄD PSYCHIATRYCZNY.

W końcu zeszłego roku pojawiły się na widnokręgu psychiatrycznym dwa nowe czasopisma, jedno w Berlinie pod redakcją prof. G r i e s i n g e r a, drugie w Wiedniu wydawane przez prof. L e i d e s d o r f a i Docenta M e y n e r t a. O drugim z tych wydawnictw które nosi napis „*Vierteljahrsschrift für Psychiatrie, in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Central—Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin. Herausgegeben von Professor Dr. Max Leidesdorf und Docent Dr. Theodor Meynert. — 1867 1 Heft Neuwid et Leipzig,*—zamierzamy pomówić w dzisiejszym sprawozdaniu zostawiając rozbiór pierwszego do następnych naszych przeglądów.

Zanim przystąpimy do rozbioru nowego kwartalnika, wypada nam choć pokrótce wspomnieć o stanowisku naukowym głównego Redaktora, które miałem sposobność poznać, słuchając wykładu jego o chorobach umysłowych na wszechnicy Wiedeńskiej. Za naszych czasów ze wszystkich działów terapii i patologii szczegółowej, psychiatrya przedstawia największą liczbę zadań do rozwiązania, szczególnież też jej anatomia patologiczna mnóstwo zawiera pytań dotąd nierozjaśnionych. Ta trudność w dochodzeniu drogą czysto fizyologiczną do wykrycia podstaw chorób umysłowych zwróciła wielu badaczy, bądź do częściowego posilkowania się nabytkami psychologicznymi, bądź do zwrócenia się wyłącznego na drogę psychologii abstrakcyjnej.

Pierwsza z tych szkół, mająca po dziś dzień licznych zwolenników we Francji, stara się uzupełnić nabytki otrzymane na drodze badania anatomicznego i fizyologicznego, wiadomościami zaczerpniętymi z psychologii. Gdy wszakże daleko łatwiej przyszło notować objawy psychiczne i obszernie nad nimi czynić uwagi niż na drodze ścisłej a mozolnej pracy na stole sekcyjnym i pod mikroskopem rozjaśniać zmiany patologiczne odpowiadające pewnym formom chorób umysłowych, ztąd też w pracach większej liczby psychiatrów francuzkich przeważa głównie kierunek symptomatyczny. Szkoła czysto idealna, posilkująca się wyłącznie wiadomościami zaczerpniętymi z psychologii abstrakcyjnej, miała przed laty, wielu zwolenników, w Niemczech głównymi jej przedstawicielami byli Hejnroth i Jacler. Obecnie szkoła ta uległa zupełnemu prawie upadkowi. Wieloletnia a ścisła obserwacja kliniczna chorób umysłowych wykazała ten pewnik, że zbożeniom chorobliwym umysłu stale towarzyszą mniej lub więcej wydatne cierpienia fizyczne, na czym opierając się powstał dzisiejszy kierunek w psychiatryi materialny czyli somatyczny, dążący do poznania zmian anatomicznych w organizmie przy rozmaitych formach zbożeń umysłowych. Trudności wszakże w badaniach tego rodzaju pochodzą naprzód z tego powodu, że sam przebieg chorób umysłowych jako zazwyczaj chroniczny nie dozwala odbywać oglądu pośmiertnego w świeżych wypadkach obłąkania, z wyjątkiem tych nielicznych wydarzeń, gdy chorzy tego rodzaju umierają wskutek chorób wypadkowych (*Morbi intercurrentes*) powstałych podczas przebiegu cierpienia psychicznego. Powtóre w wielu razach przy autopsyi obłąkanych nie znaleziono żadnych zmian makroskopowych w samém mózgowiu.

Wśród tak utrudnionego badania podstawy chorób umysłowych na drodze anatomicznej zwrócono się w ostatnich czasach ku studjom mikroskopowym, a do najgorliwszych badaczy na tém polu należy prof. L e i d e s d o r f, którego poszukiwania czynione wspólnie z Drem M e y n e r t e m uwieńczone zostały pewnymi rezultatami *). We wstępnych wyrazach podaje redakcja swoje pojęcia o dzisiejszym stanowisku psychiatryi. „Pod względem lekarsko-naukowym główne zadanie psychiatryi polega na rozwoju patologii mózgowia.” Odpowiadając temu założeniu znajdujemy już w pierwszym zeszycie początek obszernej rozprawy: O budowie substancji korowej mózgu przez Dra M e y n e r t a (Prosektora przy Wiedeńskim zakładzie krajowym dla obłąkanych), treści anatomiczno-fizyologicznej, wraz z odpowiednimi uwagami anatomiczno-patologicznymi.

*) Niektóre szczegóły w tym względzie znajdzie czytelnik w artykule moim p. t. Kilka słów o postępie psychiatryi, umieszczonym w pamiętniku Tow. Lek. Warsz. 1865. Tom VII Poszyt 3 i 4 Str. 161—163.

Na początku rozprawy autor powiada, że ktokolwiek ma zamiar dokładniej zbadać tak zawiłą budowę i czynności ośrodków nerwowych w stanie zdrowia i choroby umysłu, ten powinien przede wszystkim zająć się badaniem tych części mózgu (lecz nie całego mózgowia) które czynnościom psychicznym przewodniczą. Z tego względu autor podaje studia nad budową istoty korowej obu półkul mózgowych rozważanej tak w stanie fizyologicznym jak i patologicznym.

Nie możemy obecnie podać bliższych szczegółów tej zajmującej rozprawy, ponieważ w pierwszym zeszycie, który wyszedł przed niedawnemi czasy na widok publiczny, dopiero jej początek znajdujemy.

Artykuł dopiero co wspomniany aczkolwiek najważniejszy pod względem treści, mieści się w pośrodku zeszytu. Na początku zaś nowego czasopisma znajdujemy rozprawę Dra M e s c h e d e, lekarza najbliższego od nas zakładu dla obłąkanych w Swieciu (Schwetz) w Prussach zachodnich. Autor podaje w niej dokładną obserwację ciekawego wypadku *Meningitis cerebro-spinalis epidemica intermittens*, powikłanego na krótki czas przed zgonem, wystąpieniem plam na skórze podobnych do szkarlatyny oraz cierpieniem zapalnym nerek. W tytule wszakże zapowiada autor wykazanie różnic pomiędzy zboczeniami funkcyi psychicznych w opisywanej przez siebie chorobie, w porównaniu do podobnychże zboczeń w bezwładzie postępowym u obłąkanych. W opisie zaś samej historii choroby nadmienia że pod względem stanu psychicznego w danym wypadku w okresie przestanków wolnych chora była zupełnie na umyśle przytomną, zaś w napadach gorączki niekiedy zdarzały się lekkie bredzenia (*deliria*), wszakże zazwyczaj i podczas tych napadów asocjacya idei była zupełnie prawidłową, władza sądenia dokładną, sfera uczucia ani przytępioną ani rozdrażnioną, i t. d.

Ze zdziwieniem odczytaliśmy rzeczoną rozprawę, która sprawiła podobne wrażenie jak gdyby ktokolwiek począł obszernie wykazywać że rozedma płuc (*emphysema pulmonum*) a zapalenie tegoż organu stanowią zupełnie odmienne processa chorobne, których w żaden sposób nie można uważać za jedno i to samo cierpienie, aczkolwiek obie zmiany patologiczne odbywają się w organie oddechowym.

Gdyby autor ograniczył się wyłącznie na opisie wypadku chorobnego, z dołączeniem jak to uczynił, szczegółowego oglądu pośmiertnego, i epikryzy, artykuł jego byłby wprawdzie utracił na oryginalnym tytule, ale pozostałby zajmującym przyczynek do tak licznych spostrzeżeń nad *Meningitis cerebrospinalis epidemica*.

Jako ważny przyczynek do kazaistyki psychiatrycznej zaliczamy umieszczoną w tymże samym zeszycie nowego czasopisma historię choroby napisaną przez Dra J o f f e starszego lekarza oddziału niewyleczalnych w zakładzie Wiedeńskim. Autor opisuje wypadek obłąkania występujący pod postacią szaleństwa ogólnego (*Mania generalis*) z popędami chorobliwymi do samobójstwa, które po trzechletniem trwaniu przeszło w niedołączliwość umysłową (*Dementia*). Chora mająca wówczas lat 46 wieku przeżyła zaledwie rok jeden w stanie osłabienia władz umysłowych i po upływie tego czasu zmarła. Za życia obserwowano od początku cierpienia umysłowego niedomykalność zastawki dwudzielnej (*Insufficiencia valvulae mitralis*). Ogląd pośmiertny wykazał zator (*Embolus*) w naczyniach mózgowych, jako następstwo dopiero wzmiankowanej wady serca, co bezwątpienia było główną przyczyną kilkoletniego cierpienia umysłowego.

Sprawozdanie z rozpraw: Dra W u n d t a: "O postępach psychologii i fizyologicznej," oraz Prof. L e i d e s d o r f a i Dra S t r i c k e r a: O N a s t r z y k i w a n i u n a c z y n ń m ó z g o w y c h u z w i e r z a t ź y j ą c y c h, jako odnoszące się do postępu nauki o chorobach umysłowych odkładamy do następnej Kroniki Psychiatrycznej.

Ostatnią z pomienionych w nowym czasopiśmie prac oryginalnych jest rozprawa Dra I. B. U l l e r s p e r g e r a z Monachium: O odjęciu *clitoris* jako środka leczniczym przeciw Histeryi, Epilepsyi, i chorobom umysłowym, o ile takowe spowodowane zostały *per masturbationem*. Autor przytacza walkę literacką dwóch zaciętych przeciwników pomieszczoną w dzienniku *The Lancet* (za listopad i grudzień 1866.). Jako obrońca *Clitoridectomii*

w co dopiero wzmiankowanych wypadkach, występuje powszechnie znany I. Baker Brown, jako jego przeciwnik słynny gynecolog i pediatra Dr. Charles West. Przytoczywszy zdanie obu stron za i przeciw operacyi, autor wyraża niemożliwość wydania własnej stanowczej opinii z powodu braku dostatecznej Kazyistyki, zwracając wszakże uwagę tak psychiatrów jak i chirurgów na ten ważny przedmiot.

W dziale drobnych wiadomości i literatury zagranicznej zwraca uwagę artykuł Dra L a u r e n t:— O użyciu ogólnych kąpeli gorzycowych. Autor zaleca użycie tych kąpeli jako środka uspakajającego w okresie rozdrażnienia władz umysłowych, w manii chronicznej, w obłąkaniach wydarzających się u histeryczek a poprzedzonych gwałtownymi bólami neuralgicznymi, wreszcie w czasie excytacji psychicznych w początkowych okresach bezwładu postępowego (*Paralysis progressiva*). W tym ostatnim razie, to jest podczas stanu rozdrażnienia umysłowego przy poczynającym bezwładzie ogólnym zaleciłem te kąpiele choremu w oddziale moim, w tutejszym Szpitalu Jana Bożego. Do jednorazowej kąpeli letniej na + 25 R. dodaje się według Laurenta pół funta czarnej gorzycy. Kąpiel trwać powinna od minut 15 do 20. Środek ten wszakże po kilkakrotném użyciu pozostał bez skutku na uspokojenie chorego.

Oto treść pierwszego zeszytu nowego czasopisma poświęconego chorobom umysłowym. O ważniejszych pracach zamieszczonych w następnych zeszytach nie zaniedbamy powiadomić czytelników naszych, łącząc je z uzupełnioném sprawozdaniem z pierwszego zeszytu.

Stanisław Chomętowski.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 5 do 11 Lutego. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	897	258	215	31	901
„ Śgo Ducha	164	31	30	3	162
„ Ewangielickim	87	13	10	3	87
„ Śgo Rocha	105	36	28	1	112
„ Śgo Jana Bożego	185	2	5	—	182
„ Śgo Łazarza	283	76	42	3	314
„ Starozakonnych	397	129	107	7	412
Ogółem:	2118	545	437	56	2170

Wiadomości bieżące.

— † Dr. Serres, słynny naturalista i lekarz zakończył życie we wtorek 22 z. m., w podeszłym wieku osmdziesięciu dwóch lat. Urodził się w Clairac, małym miasteczku w południowej Francyi, a nauki lekarskie rozpoczął w pierwszych latach naszego stulecia. Gdy utworzono internat w szpitalach paryzkich, professor Serres był jednym z najpierwszych mianowanych kandydatów. W 1810 roku uzyskał stopień Doktora. Podczas dwóch, wkrótce po sobie następujących oblężeń Paryża 1814 i 1815go roku, był czynnie zajęty ratowaniem ranionych, i nawet sam wypadkowo postrzałem w nogę miał być dotknięty. Pomysłne rezultata jego czynności zwróciły na niego uwagę osób dostojnych. W 1822 roku został lekarzem w La Pitié. Mianowano go członkiem Akademii medycznej; w 1828 roku poświęciwszy się specjalnie anatomii porównawczej, został następcą Chaussier'a w Akademii nauk; i nareszcie w 1839 r. został professorem w Muzeum (Jardin des Plantes), dla objęcia katedry Anatomii człowieka, wakującej po śmierci Fryderyka Cuvier. Prace Serres'a odnoszą się głównie do historii naturalnej. W zakresie medycyny najważniejsze jego odkrycie dotyczyło się gorączki tyfoidalnej. Przed nim różne postacie

tęj choroby oznaczano nazwami „zgnilłej gorączki” „żółciowej gorączki” i t. d., a związek tej choroby ze szczególną zmianą w gruczołach Peyera nie był dokładniej poznany. Petit i Serres, w 1813 r. opisali inny rodzaj gorączki, który nazwali eutero-mesenteric, a który charakteryzuje się anatomicznie nabrzmieniem i owrzodzeniem gruczołów Peyera i przerostem gruczołów krezkowych. Ta nowa opisana choroba pomieszczona została w patologii obok zgnilłej, żółciowej i śluzowej gorączki dawniejszych autorów. Zasługa wykazania, że wszystkie te choroby są tylko stopniami jednej, i wszystkie wiążą się z temi samymi zmianami chorobowymi pozostała dla Dr. Louisa. Chociaż odkrycie Petit i Serres nie wyjaśniło kwestyi całkowicie, jednak zawsze jest ważnym postępem w nauce lekarskiej. Serres otrzymał wielką nagrodę Akademii nauk, i położył podstawę swęj przyszłej wielkości, przez swój traktat „O budowie mózgu” dzieło wysoko cenione w swym czasie, lecz dzisiaj mało ważności przedstawiające. Dotkliwa sprzeczka powstała między Serres'em i Tiedemanem co do tego traktatu — niemiecki bowiem anatom oskarżał swego francuzkiego współzawodnika o kradzież literacką. Serres wiele pracował nad badaniem rozwoju kości, i podał ogólne prawa ich tworzenia się. Był także głównym krzewicielem teoryi, uważającej budowę ciała ludzkiego za najdokładniej symetryczną, i mówi, że człowiek jest połwojnym, gdyż ciało jego składa się z dwóch połów, każdy organ w jednej połowie ma odpowiedni sobie organ w drugiej połowie, a wiele z nich łatwo uwydatnia nawet swe ułożenie się z dwóch symetrycznych części. Nawet utrzymywał, że i kręgi są podwójne i przedstawił niektóre anatomiczne preparata, przemawiające za tym poglądem, który jednak dziś całkiem z nauki został usunięty. W licznych swych publikacyach, Serres z całą swobodą posługiwał się pracami swych podwładnych i daleko posunął przykład Leverrier'a, co do obserwacyj astronomicznych tegoż, w pomijaniu wszystkich nazwisk z wyjątkiem swego własnego. Do skrzywdzonych w ten sposób należała nie sama tylko młodzież bez powagi i uznanych zasług. Wielu z nich było znakomitymi ludźmi, między któremi słusznie możnaby wymienić nieszczęśliwego Gratiolet, którego wielkie zdolności jak najdłużej pozostawały w ciemności i którego oceniono zaledwie na kilka lat przed śmiercią przedwczesną. O tej stronie charakteru i sposobu postępowania Serres'a nie potrzeba sądzić za zbyt surowo, i chociaż wielu ze znakomitości naukowych jego własnego kraju może usiłować przyćmić jego sławę, wytykaniem postępowania, któremu sami podpadali, powszechne jednak uznanie i zdrowe poczucie publiki mało tylko przywiąże wartości do ich dowodzeń. Jako profesor, Serres w pełni rozwoju swego życia, miał być jasniejącym wymową, bystrym w poglądach i zajmującym w wykładzie. Być może, że dla tych, którzy go widzieli w czasie, gdy umysłowe jego siły przez wiek nieco przyćmione były, zdanie powyższe za zbyt się pochlebnem wydaje. Serres do najpóźniejszego swego wieku zachował całą swoją działalność i znaczną krzepkość zdrowia. Pełnił on pilnie i nieprzerwanie rozliczne swe obowiązki i gdy rząd wyznaczył komisję dla zbadania administracyi Muzeum, surowo ganionej przez publiczną prasę, wystąpił z całą godnością w obronie tej instytucyi. Długie życie Serres'a, zaledwie kiedykolwiek zakłócone chorobą, zostało szybko przerwane napadem nieżytności wąsowatych oskrzeli, po kilkodniowej niemocy. Testamentem przeznaczył 75,000 franków dla Akademii Nauk, a 60,000 franków dla Muzeum. (Medical Times and Gazette Nr. 918).

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Chirurgii operacyjnej ark. 14y. Chirurgii teoretycznej ark. 8y. Patologii i terapii specjalnej ark. 1y.*

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
