

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.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Żolzy podejrzane, nosacizna i tyłczak. Lekcyja Magistra weterynaryi Piotra Seifmana, zarządzającego Szkołą weterynaryjną i wykładającego Epizoocyologią w Szkole Głównej Warszawskiej.—O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. M. L. Hirschfeld. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy).—**Kronika Zagraniczna.** O gruźelku i processach analogicznych Prof. V i l l e m i n. Henryk Stankiewicz. (Dokończenie). — **Część statystyczna.** Ruch chorych w szpitalach warszawskich. — **Wiadomości bieżące.** Leczenie przymiotu (syphilis) za pośrednictwem wstrzykiwań podskórnych sublimatu.

Żolzy podejrzane, nosacizna i tyłczak.

Lekcyja Magistra weterynaryi Piotra Seifmana, zarządzającego Szkołą weterynaryjną i wykładającego Epizoocyologią w Szkole Głównej Warszawskiej.

Nosacizna i tyłczak (*malleus v. morbus humidus et farcimosus*, *ozaena maligna contagiosa*, *coryza virulenta*, *morbus limphaticus contagiosus cum ozaenis*, *scrophula couenosa et farcimiosa* i t. d. *Rotz-Wurmkrankheit: Ritzigkeit* i t. d. *La morve et le farcin, l'affection tuberculeuse, the glanders; the farcy* i t. d.) stanowią dwie formy jednej i téjże samej choroby, rozwijającej się samorodnie (spontanicznie) tylko w rodzaju konia, mogącej jednak przenieść się drogą zarazy i na człowieka oraz zwierzęta różnego rodzaju, wywołując w nich cierpienia za zwyczaj śmiercią kończące się.

Nosacizna, jako niebezpieczna choroba konia, już w najdawniejszej starożytności znaną była. *V e g e t i u s* nawet, (który żył w 4tém stuleciu ery naszej), już dość dokładnie chorobę tę opisał, oznaczając ją nazwą obecnie jeszcze używaną, „*malleus s. morbus humidus equi*.” Z tém wszystkiém jednak, nie możemy się chlubić jeszcze i teraz, aby wiele wątpliwości odnośnie do téj choroby, nie wymagało dokładniejszego objaśnienia. Zresztą liczność i różnorodność nazw nosaciznie i tyłczakowi nadawanych i tak często zmienianych, wymownie już świadczy o różnaitości pojęcia, jakie sobie co do natury téj choroby tworzą.

Przeoglądając opis nosacizny i tyłczaka widzimy, że jedni uważali, albo jeszcze teraz uważają choroby te za cierpienie systematu limfatycznego, drudzy za sprawę chorobową, tak zwaną żółzową (skrofuliczną), inni znowu mają je za proces gruźliczy (*tuberculosis*), albo jak niektórzy głoszą, mają to być choroby natury gruźliczo-limfatycznej; upatrują nadto w pomienionej chorobie konia, niejaki podobieństwo do choroby syfilitycznej u człowieka; zresztą kiedy większość uznaje nosaciznę i tyłczak za jedną i tę samą chorobę, różną tylko co do formy, mnie mają niektórzy, że to są całkiem odzielne sprawy chorobowe; a są nawet i tacy co do oddzielną kategorię zaliczają nosaciznę i tyłczak z przebiegiem ostrym, gorączkowym, a do innej nosaciznę i tyłczak przewlekły. Jakkolwiek ciekawym byłoby mogło ocenienie szczegółowe tych tak różnorodnych zdań o jednej i téjże samej chorobie, gdy jednak naszym tu zadaniem jest poznanie nosacizny i tyłczaka o tyle tylko, o ile to jest potrzebne dla praktycznych celów lekarza; przeto pomijając wywody wychodzące po za obręb obecnego naszego zajęcia, podamy wiadomości odnoszące się do pomienionych chorób zgodne z obecnym stanowiskiem nauki, opierając się w téj mierze, nie tylko na własnych spostrzeżeniach, ale i na pracach celniejszych pisarzy weterynaryi; G e r l a c h'a, K r e u t z e r'a, R y c h n e r'a, H a y n é g o, S p i n o l i, R ö l l a i innych. Wspomnieć winienem, że z autorów wymienionych oprócz S p i n o l i uwzględniać będę głównie poglądy R ö l l a, nie tylko z uwagi, że one są najbardziej racjonalnymi i zgodnymi z obecnym stanowiskiem nauki, ale przede wszystkim dla tego, że się najwięcej zgadzają z postrzeżeniami jakie nad nosacizną i tyłczakiem i w klinice tutejszej szkoły weterynaryjnej czynić nie raz mieliśmy sposobność.

Ogólne wyobrażenie o chorobie i jej patogenieza.

Nosacizna i tyłczak, dwie z sobą identyczne, lubo co do formy pozornie różne stany chorobowe, zależą na szczególnego rodzaju nowotworze, zajmującym pierwotnie błonę śluzową nosa lub skórę i tkankę łączną podskórną, a zwykle i płuca, przy czém i gruczoły limfatyczne różnych części ciała (przy nosaciznie zawsze podszczękowe) do sprawy chorobowej wciągnięte zostają. Nowotwór ten występuje w postaci guziczków samotnie ustawionych lub gromadnie zebranych, które na błonie śluzowej mają wielkość ziarna konopnego do soczewicy, w skórze zaś rozmiary orzecha laskowego do włoskiego. — Guziczki te w czasie niejakim po wystąpieniu, mięknią i pękają, zamieniając się na właściwego wyglądu wrzodziki. Czasami są one tak dalece skupione w błonie śluzowej, że ta przedstawia się jakby zajęta rozlanym naciekiem (*infiltratio diffusa*).

Gdy wskazana sprawa patologiczna zajmuje błonę śluzową nosa, (z jednoczesnym nadbrzmieniem gruczołów limfatycznych podszczękowych), w takim razie nosi choroba nazwę n o s a c i z n y (*malleus v. morbus humidus*); przy tworzeniu się zaś rzeczonych guzów i wrzodów, w skórze lub pod nią, dajemy jej nazwę t y ł c z a k a (*morbus furcimosus*).

Obie te formy jednak, jak wspomnieliśmy, lubo różne co do lokalizacji, są z sobą co do istoty zupełnie identyczne, tak dalece, że zarażenie tyłczakiem wy-

wołuje nieraz nosaciznę i przeciwnie, a nawet się zdarza, że choroba, czy to skutkiem zarażenia, czy nawet samorodnie powstająca, występuje od razu i współcześnie pod objawami nosacizny i tylczaka (*malleus humidus et farciminosus*). Pod względem przebiegu odznaczają się obie te formy raz biegiem nadzwyczaj powolnym, trwającym miesiące, nawet lata; drugi raz tak szybkim, że śmierć w ciągu kilkunastu dni od okazania się pierwszych objawów chorobowych następuje. Stosownie więc do tego, przyjęty jest podział tylczaka i nosacizny na **chroniczną i ostrą, gorączkową**.

Jakkolwiek nowotwór w nosaciznie i tylczaku pod względem pierwiastków morfologicznych ma wielkie do gruzelka (*tuberculum*) podobieństwo, w czém nawet w części utwierdzają i poszukiwania mikroskopijne **Virchow'a**, **Rawicza**, **Förstera**, **Leisera** i innych, przecie za zupełnie z nim identyczny uważać go nie można, choćby tylko dla charakterystycznej nowotworowi nosacizny i tylczaka właściwej wrażliwości. Dla tego też w rzeczonych dwóch formach chorobowych konia znajdowane guziczki, uważać wypada za nowotwór całkiem oddzielny, który nowotworem nosacizny i tylczaka nazywać będziemy.

Virchow zalicza guziczki nosacizny i tylczaka do tworów tak zwanych ziarninowych (*Granulomata, Granulationsgeschwüste*), a mianowicie do tych nowotworów tkanki łącznej, w których z pierwiastków morfologicznych nie wykształca się dojrzała tkanka łączna, lecz rozpad stanowi ostateczny kres ich istnienia; przy czém charakter zapalny staje się tem jawniejszy, im bardziej powstanie ich jest wyrazem ogólnego stanu chorobowego. Nowotwór ten, czy on zajmuje błonę śluzową (w nosaciznie), czy też skórę lub mięśnie (w tylczaku) składa się początkowo z zebranych w kupki różnej wielkości komórek, charakteru po większej części komórek ropnych i z wolnych jąder, pomiędzy zaś temi pierwiastkami daje się dostrzedz później i tkanka łączna w stanie zarodkowym. Pierwiastki te, biorące początek z komórek tkanki łącznej błony śluzowej lub skóry, powiększając się, dzieląc i mnożąc tworzą kupki, które właśnie są podstawą rzeczonych guziczków

Sprawa ta odbywa się najczęściej powoli, niekiedy wszakże, przyjmuje ona przebieg szybki, przyczém błona śluzowa nosa znajduje się zwykle w stanie przekrwienia (*hyperaemia*), lub nawet zapalenia, a w takim razie, oprócz gęsto skupiających się guziczków drobnych, widzimy samą błonę nacieczoną (infiltrowaną) masą trzęską (galaretowatą).

W dalszym ciągu wspomniane guziczki skutkiem obfitego mnożenia się w nich komórek, miękną w swoim środku i wreszcie ulegają rozpadowi, zamieniając się we wrzodziki, które z powodu ciągle trwającego wypłodu nowych komórek, posiadają wyniosłe wywrócone brzegi i dno tak zwane słoninowate.

Jeżeli także guziczki i następnie wrzodziki wykształcają się tuż obok istniejących, lub w ich głębi, w takim razie powiększają się pierwotnie utworzone, drażąc i w głąb tak, że wrzodziki początkowie mniej więcej okrągławe przyjmują najrozmaitszą nieoznaczoną postać, a przy tém, niszcząc głębsze części, przedziurawiają czasami nawskróś chrząstkę przegrodową (*septum nasarium*), muszle nosowe, a przy tylczaku naruszają całość mięśni i t. d. Wrzody rozlane

nieoznaczonego kształtu powstają nadto gdy błona śluzowa jest nacieczona, jak to wyżej wspomniano masą, jakby galaretowatą.

Czasami zamiast rozmiękczenia, następuje w guziczkach nosacizny, częściej jednak w tylczaku, przemiana tłuszczowa, lub tak zwane zwapnienie, przy czém niekiedy guziczki, mianowicie w tylczaku, za pośrednictwem nowo-wytworzonej tkanki łącznej, otorbione zostają.

Jeżeli nastąpi zagojenie się pojedynczych wrzodników, co się rzeczywiście dość często zdarza, w takim razie rozrosła tkanka łączna tworzy bliznę zwykle nad powierzchnią ster czącą, dość twardą, kształtu promienisto-gwiazdźdźistego.

Częstokroć nieogranicza się nowotwór o jakim mowa, tylko do błony śluzowej nosa (w nosaciznie) i skóry (w tylczaku), lecz zajmuje także błonę odzieżającą zatoki czołowe, szczękowe (*antrum Highmori*), czasami i powlekającą krtań, a niemal zawsze znajdujący bywa i w płucach. Nadto do statecznych objawów należy przy nosaciznie zbręknienie gruczołów limfatycznych podszczękowych zwykle z jednej tylko strony; w tylczaku zaś nabrzmiewają dość często naczynia oraz gruczoły limfatyczne, znajdujące się w okolicy zajętej.

Obok wymienionych znajdujemy często u koni nosatych na błonie śluzowej dróg oddechowych i strzępki tkanki łącznej, osobliwie w około miejsc nowotworem nosacizny zajętych. Wytworzenie się ich przypisuje *V i r c h o w*, a za nim i *R ö l l*, stanowi zapalnemu, jakiemu ulega właśnie błona śluzowa, w okolicy otaczającej miejsce sprawą chorobową zajęte. (*D. c. n.*)

O kanałach pachwinowym i udowym.

napisał Dr. M. L. Hirschfeld, professor zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej.

(Ciąg dalszy).

Kanał udowy czyli lejek udowy (*Canalis cruralis s. infundibulum crurale*).

Żadna niemal część anatomii chirurgicznej nie zwróciła na siebie tak bacznej uwagi jak część traktująca o przepuklinie i kanale udowym, już to z przyczyny, że w tym właśnie kanale jelita najczęściej ulegają zaciśnieniu (*incarceratio*), już też że cała pomoc jaka może być udzieloną, zasadza się li tylko na gruntownej znajomości składu anatomicznego tego kanału. Kiedy porównamy rozmaite twierdzenia najznakomitszych autorów łatwo przekonać się możemy, że pomimo tylolicznych prac wielkiej wartości przedsiębranych w tym przedmiocie, nie zdołano dotąd zgodzić się na rozmaite kwestye co do anatomii i chirurgii.

1. C o d o a n a t o m i i. Poddawszy pod rozbiór rozmaite opisy anatomiczne tego kanału, widzimy, że autorowie nie mieli i nie mają dotąd jeszcze jednakowego pojęcia o obrączce udowej. Obrączka udowa podług jednych (starożytnych), jest to otwór górny pochwy ścięgnistej, otaczającej naczynia udowe, i zdanie to oparte jest na spostrzeżeniu patologicznem wielkiej ważności a mianowicie, że przez tę pochwę wystąpić mogą jelita, tworzące przepukliny udowe, z tego właśnie powodu opisali część górną tej pochwy pod nazwą kana-

łu udowego. Inni znowu (nowoczesni), zwróciwszy bacniejszą uwagę na tę kwestyę, uważają obrączkę udową jako oddzielny odstęp, znajdujący się na wewnątrz poprzedzającego, a zatem na wewnątrz naczyń udowych. Co do samego istotnego składu pochwy naczyniowej, jest to kwestya również jeszcze nie rozstrzygnięta; jedni (Thompson i jego zwolennicy), uważając ją za należność powięzi szerokiej uda (*fascia lata*), opisują rozszerzenie lejkwate téj powięzi pod łukiem Pouparta za część górną pochwy naczyniowej i jako prawdziwy kanał udowy; inni (A. Cooper, Ke j etc), nazywają pochwą naczyniową części górnej naczyń udowych, rozszerzenie lejkwate współśrodkowe do poprzedzającego, które jest przedłużeniem powięzi poprzecznej, a zatem kanał udowy jest oddzielnym odstępem. Widzimy więc, że te dwa wprost przeciwne zdania mają swoje źródło w niejednakowém pojęciu o pochwie naczyniowej. Co do mnie, za prawdziwy kanał udowy uważam rozszerzenie lejkwate obwodowe (*entonnoire femorale vasculaire Thompson*), wynikające z rozdzielenia powięzi szerokiej uda, pod łukiem udowym, z tem zastrzeżeniem jednak, że tenże kanał utworzony jest nie z całej części górnej pochwy naczyniowej, zawierającej naczynia krwionośne (tętnica i żyła udowa), lecz z części pochwy naczyniowej, obejmującej naczynia limfatyczne (gruczoły i naczynia chłonne), a zatem z górnego i wewnętrznego tylko oddziału pochwy naczyniowej (*loge lymphatique Thompson*).

2. Co do chirurgii. Kwestya nad którą również toczą się spory jest także jedną z najważniejszych. We Francyi chirurgowie podzieleni są na dwa obozy pod względem zdania, tycaącego się zwyczajnego siedliska uwięzienia przepuklin udowych: jedni utrzymują, że uwięzienie to ma miejsce w obrączce udowej przy więzie Gimbernata, który trzeba przeciąć dla zniesienia przeszkody uwięzienia; inni twierdzą przeciwnie, że uwięzienie skutecznia się najczęściej w jednej z dziur powięzi dziurawiącej (*fascia cribriformis*). Pierwsze twierdzenie jest jeszcze niemal jedyne, które bywa opisywane w największej liczbie dzieł klassycznych; drugie, zasadzające się na dokładnych preparatach i więcej wyczerpujących badaniach kanału udowego, dokonanych w szkole anatomicznej w Paryżu, przez anatoma angielskiego Thompson'a nabyło prawa obywatelstwa, zwłaszcza, że stwierdzone zostało spostrzeżeniami praktycznemi i klinicznemi Prof. Malgaigne'a, Demeau i innych. Odtąd ostatnie zdanie, to jest że uwięzienie przepukliny udowej ma miejsce po największej części w jednej z dziur powięzi dziurawiącej, liczy coraz więcej zwolenników pomiędzy najznakomitszemi chirurgami młodego pokolenia, tak że już teraz we Francyi jest przeważające. Mówię we Francyi, w Anglii bowiem, inaczej rzecz się ma, i pomimo że prace Thompson'a są tylko dalszym ciągiem innych docho-dzeń, spostrzeżeń praktycznych i klinicznych uczonych chirurgów tegoż kraju, jednak ogólnie przyjęte tam jest zdanie na korzyść uwięzienia w obrączce udowej, ale nie tylko przy więzie Gimbernata, lecz także przy innym więzie, znanym w Anglii pod nazwą więzu Heya. (Wiąż ten będzie w dalszym ciągu na swoim miejscu opisany).

Dla dokładnego poznania kanału udowego konieczną jest rzeczą poddać pod ścisły rozbiór pochwę naczyniową.

Pochwa naczyń udowych (*vagina vasorum cruralium*).

Tętnica i żyła udowa otoczone są w całej ich rozciągłości pochwą ścięguistą utworzoną przeważnie z rozdwojenia powięzi szerokiej uda. Pochwa ta, umieszczona najprzód za mięśniem krawieckim jest w trójkącie Scarpy powierzchnią aż do więzła Pouparta. Od wierzchołka tego trójkąta, aż do punktu gdzie się znajduje ujście żyły zaskórnój wewnętrznej do udowój, pochwa naczyniowa ściśle przystaje do naczyń udowych, ale nad ujściem pochwa rzeczona rozszerza się stopniowo i coraz więcej na koszt swój części bocznej i przedniej, stanowiąc rodzaj lejka, obróconego podstawą ku jamie brzusznej. Rozszerzenie to lejkowate oznaczone zostało niewłaściwie nazwą kanału udowego. Przy fałdzie pachwinowym listek przedni tego lejka łączy się z więzłem P o u p a r t a, który, jak już wyżej wspomnieliśmy, zamienia wraz z powięzią biodrową szerokie wykrojenie kostne biodrołonowe, na obszerną dziurę biodro-łono-pachwinową. Dziura ta jest sama rozdzielona na dwie podrzędne dziury czyli przerwy: zewnętrzną (*lacuna musculorum*) i wewnętrzną (*lacuna vasorum*). Ta ostatnia najbardziej na uwagę zasługująca, będzie nieco dalej szczegółowo opisana pod nazwą otworu górnego pochwy naczyniowój. Tętnica i żyła biodrowa zewnętrzna przedłużając się z jamy brzusznej na udo, przechodzą za częścią tylną i wewnętrzną łuku udowego przez przerwę naczyniową (*lacuna vasorum*), stanowiącą otwór górny pochwy ścięguistój, otaczającój naczynia udowe wzdłuż całego ich przebiegu na udzie.

W celu ścisłego zbadania stosunku i składu téj pochwy, rozróżnimy w niéj trzy części, a mianowicie: 1) otwór górny, 2) część téj pochwy zawarta między łukiem udowym a ujściem żyły zaskórnój wewnętrznej, 3) od tego ostatniego punktu aż do jéj zakończenia.

1. O t w ó r g ó r n y c z y l i w y l o t p o c h w y n a c z y n i o - w é j. Po przecięciu poprzeczném ściany przedniej brzucha, łatwo spostrzedz się daje na powierzchni otrzewnej płatu dolnego odchylonego poprzecznie ku przodowi, między łukiem udowym i gałęzią poziomą kości łonowój, pod i nieco na wewnątrz dołka pachwinowego wewnętrznego, lekkie zagłębienie zwane d o ł - k i e m u d o w y m (*fossa cruralis*), który odpowiada otworowi górnemu pochwy naczyniowój. Po ostrożném odsunięciu otrzewnej i blaszki tkanki łącznej, odkrywa się w zupełności otwór górny pochwy otaczającój naczynia udowe. Otwór ten utworzony przez wypuklenie lejkowate, powięzi poprzecznej udającej się na dół przed naczyniami udowemi, tworząc pochwę współśrodkową do pochwy powięzi szerokiej uda, ma kształt mniej więcej trójkątny, co dozwala rozróżnić w nim trzy brzegi: przedni, tylny i zewnętrzny i trzy kąty: wewnętrzny, zewnętrzny i tylny.

B r z e g p r z e d n i stanowi łuk udowy, który połączywszy się w tem miejscu z powięzią poprzeczną, tworzy rynnę wklęsłą ku górze dla pomieszczenia powrózka nasiennego lub więzła okrągłego, stosownie do płci.

B r z e g t y l n y utworzony jest z gałęzi poziomej kości łonowej, pokrytej powięzią, mięśniem łonowym i więzłem grzebieniastym Cooper'a.

B r z e g z e w n ę t r z n y składa się z pochwy ścięgnistej massy wspólnej mięśnia lędźwio-biodro-udowego.

K ą t w e w n ę t r z n y odpowiada wklęsłej podstawie więzu Gimbernata, od którego oddzielony jest przerwą kanału udowego.

K ą t z e w n ę t r z n y utworzony jest z połączenia łuku udowego z powięzią biodrową.

K ą t t y l n y znajduje się przy guziku biodro-łonowym.

2. **C z ę ś ć p o c h w y n a c z y n i o w ę j z a w a r t a** między łukiem udowym a ujściem żyły zaskórnéj wewnętrznej. Stanowi dalszy ciąg otworu rzeczonoego i odpowiada dołkowi biodro-grzebieniowemu. Część ta, ma również kształt trójkątny, graniasto-słupowy; wewnątrz jęj podzielone jest na trzy pochwy podrzędne równoległe, czyli pochewki, przez dwie cienkie podłużne, przedniotylnie przegródki. Pochewka zewnętrzna, czyli tętnicza znajduje się przy powięzi biodrowej i zawiera tętnicę udową; pochewka średnia czyli żylna obejmuje żyłę udową; pochewka wewnętrzna czyli chłonna jest to cały dział pochwy naczyniowéj, widzieć się dający na wewnątrz żyły udowéj, w której umieszczone są chłonicy i tkanka łączna. Ostatni ten odstęp zasłonięty jest tylko cienkimi błonami i z tego powodu trzewia brzuszne łatwo przezeń wystąpić mogą, tworząc prawdziwą przepuklinę udową.

W celu ściślejszego oznaczenia kanału udowego rozróżnić będziemy w pochwie naczyniowéj dwa działy a mianowicie: 1) **p o c h w ę n a c z y ń k r w i o n o ś n y c h**, zawierającą tętnicę i żyłę udową i 2) **p o c h w ę n a c z y ń l i m f a t y c z n y c h**, obejmującą gruczoły i naczynia chłonne i stanowiącą **p r a w d z i w y k a n a ł u d o w y**. Te dwie pochwy różnią się nie tylko co do zawartości, ale także co do składu ścian i co do przeznaczenia; z tego powodu zbadamy każdą z tych pochew w oddzielnym rozdziale, a w tem miejscu chcemy szczególnie zwrócić uwagę na skład pochwy, zawierający tętnicę i żyłę udową.

Ścianę przednią pochwy krwionośnej, stanowi listek powierzchowny powięzi szerokiej uda, który pokrywa nie tylko tętnicę i żyłę udową, ale także i część dołka owalnego Scarpy. Ściana ta odznacza się kolorem żółtawym, grubością, tęgością i układem nieprzedziurawionym; zlewa się ku górze ze stroną dolną łuku udowego a po bokach, złączywszy się z blaszką sitową, kończy się pod kątem ostrym na powięziach pokrywających dwa sterzące mięśnie, to jest na zewnątrz mięsień biodro-lędźwio-udowy, a na wewnątrz mięsień grzebieniowy; przy ujściu żyły zaskórnéj wewnętrznej, mała część téj ściany gubi się nieznacznie na obwodzie tejże żyły, a największa przedłuża się ku dołowi przed tętnicą i żyłą udową.

Ściana zewnętrzno-tylna utworzona jest z części powięzi szerokiej uda, oblekającej stronę wewnętrzną pochwy ścięgnistej, massy wspólnej mięśnia biodro-lędźwio-udowego, która, jak już wiadomo, należy do powięzi biodrowej. Obrócona na wewnątrz ściana ta, łączy się ze ścianami przednią i wewnętrzną-

tylną. Jest ona przebitą jedną gałęzią nerwu udowego (nerw zaskórny wewnętrzny), która następnie znajduje się w samej pochwie przylegającej do naczynia.

Ściana wewnętrzno-tylna jest skośna na dół i na wewnątrz, i złożona jest z powięzi wyścielającej mięsień grzebieniowy, i z przegródki tkanki łącznej oddzielającej żyłę udową od naczyń limfatycznych; łączy się ta ostatnia na zewnątrz bez żadnej linii demarkacyjnej ze ścianą zewnętrzną, na wewnątrz ze ścianą przednią, tworząc przy więzie Gimbernata kąt zaokrąglony, a niżej kąt ostry; ku górze zlewa się z więzem grzebieniowym Cooper'a, ku dołowi zaś, nikt nie stopniowo łącząc się ze ścianami przednią i tylną.

3. **O d u j ś c i a d o z a k o ń c z e n i a p o c h w y.** Pod ujściem żyły zaskórnej wewnętrznej odstęp trójkątny pochwy naczyniowej zamienia się na odstęp spłaszczony z przodu ku tyłowi, który, w miarę oddalenia się od łuku udowego, zwęża się coraz więcej. W tej ostatniej części pochwa naczyniowa utworzona jest także z rozścięgien mięśni obszernego wewnętrznego, ksobnego, długiego i wielkiego.

Z a w a r t o ś ć p o c h w y n a c z y n i o w é j. Pochwa naczyniowa zawiera na zewnątrz tętnicę, w środku żyłę udową, a na wewnątrz naczynia i gruczoły chłonne i nerwy trojakiiego pochodzenia: ku górze, cienka gałązka powstająca od nerwu rodno-udowego, a w reszcie swój rozciągłości nerw zaskórny wewnętrzny i jego dodatkowy; nadto u osób otyłych obejmuje tkankę łączną tłuszczową.

Po ściśłym zbadaniu pochwy naczyń krwionośnych, zwrócimy teraz naszą szczególną uwagę na pochwę naczyń limfatycznych, onato bowiem stanowi rzeczywisty kanał udowy i jest właśnie siedliskiem przepukliny udowej.

Kanał udowy rzeczywisty.

Kanał ten zwany także obrączką udową, lejkiem udowym, jest niczem innym jak częścią pochwy naczyniowej, a mianowicie tą, w której się mieszczą głównie naczynia limfatyczne. Znajduje się ona na wewnątrz pochwy naczyń krwionośnych a szczególnie na wewnątrz żyły udowej, od której oddzielona jest cienką podłużną przednio-tylną przegródką tkanki łącznej.

K i e r u n e k. Węższa od pochwy naczyń krwionośnych pochwa limfatyczna, czyli kanał udowy rozciąga się skośnie z góry na dół, z tyłu ku przodowi i nieco z wewnątrz na zewnątrz, od odstepu zawartego między żyłą udową i więzem Gimbernata do 2ch centimetr. poniżej łuku udowego, gdzie się kończy workiem ślepym; inaczej mówiąc, kierunek tego kanału jest taki, że jego podstawa jest głębiej obróconą do jamy brzusznej, a wierzchołek powierzchniowy w bliskości skóry.

R o z m i a r y. Długość i obszerność jamy tego kanału różnią się co do płci: podług H e s s e l b a c h a, u niewiast długość wynosi 25 millim., a szerokość przy podstawie 40 millim., u mężczyzn zaś jest nieco dłuższy i o 5 millim. węższy.

K s z t a ł t. Kanał udowy ma kształt lejka, czyli stożka graniasto-słupowego i trójkątnego z podstawą górną i z wierzchołkiem dolnym tak, że różnić można w tym kanale: 1) Otwór górny, 2) otwór dolny, 3) część pośrednicząca, czyli trzon, w którym rozpatrywać będziemy trzy ściany.

Dla należytego zbadania otworu górnego, czyli obrączki udowej, korzystną będzie rzeczą opisać trzy więzy, stanowiące jej granice najbliższe, a które odgrywają ważną rolę przy uwieżeniu przepukliny udowej. Więzy te są: 1) Wiąz *Gimbernala*, 2) wiąz grzebieniasty *Cooper'a*, 3) wiąz *Heja*.

1) Wiąz *Gimbernata*, czyli *tasie m e c z k a b i o d r o - ł o n o w a* (*lig. Gimbernati, bandelette ileo-pubienne, fasciculus ileo-pubicus Thomson'a*). Pod nazwą na czele wymienioną, pochodzącą od chirurga hiszpańskiego, który pierwszy zwrócił uwagę anatomów na ten wiąz, opisuje się część więzu *Pouparta*, mającą kształt blaszki trójkątnej, spłaszczonej z góry na dół, a zatém w kierunku odwrotnym do więzu *Pouparta*, który jest spłaszczony z przodu ku tyłowi. Wiąz *Gimbernata* ma kształt sierpu i obdarzony jest dwoma powierzchniami: górną i dolną; trzema brzegami, to jest: przednim, tylnym i zewnętrznym i trzema kątami, z których dwa są zewnętrzne, a mianowicie zewnętrzno-przedni i zewnętrzno-tylny a jeden wewnętrzny.

P o w i e r z c h n i a g ó r n a. Nieco wklęsła, lub mniej więcej rynienkowata wysłana jest powięzią poprzeczną i przyczynia się do utworzenia kanału pachwinowego.

P o w i e r z c h n i a d o l n a. Mniej więcej wypukła i otoczona włóknami dolnymi powięzi mięśnia skośnego wielkiego, powierzchnia ta pokryta jest warstwą głęboką tkanki łącznej podskórnej i służy za osadę powięzi szerokiej uda.

B r z e g p r z e d n i. Jest wypukły w stanie normalnym, ale wypukłość niknie po przecięciu powięzi szerokiej uda i więzu sierpowatego, a zwłaszcza po znizeniu włókien, pochodzących z powięzi mięśnia skośnego wielkiego, które same są dwojakie: jedne wchodzą w skład odnogi dolnej otworu skórzanego kanału pachwinowego; drugie, w kształcie włókien łukowatych (*fibrae arciformes, s. fascia intercolumnaris*), przebiegają przy końcu górnym tegoż otworu.

B r z e g t y l n y. Od 2 – 3 centymetrów długości, brzeg ten przyczepia się do całej prawie długości grzebienia nadłonowego, zlewając się brzegiem zewnętrznym ścięgna mięśnia prostego brzucha, z więzem *Coller'a*, jako też z więzem grzebieniastym, na którym się nawet przyczepia.

B r z e g z e w n ę t r z n y, czyli **p o d s t a w a.** Wklęsły, ostry i obrócony nieco ku tyłowi do naczyń udowych, brzeg ten jest półksiężycowy, sierpowaty i swobodny; wysłany przedłużeniem powięzi poprzecznej, stanowi granicę wewnętrzną obrączki udowej.

Z trzech kątów tego więzu: wewnętrzny czyli wierzchołek, odpowiada kółcowi łonowemu; zewnętrzno-tylny zlewa się z więzem grzebieniowym *Cooper'a*, a zewnętrzno-przedni z więzem *Heja*.

Wiąz *Gimbernata*, który zwykle stanowi blaszkę dosyć grubą, tęgą i wzmocnioną blaszkami włóknistymi sąsiednimi jest niekiedy cieńki i przebity

otworkami dla przejścia naczyń, przez które jelita niekiedy przechodzić mogą i ulegać uwięzieniu, stanowiąc przepuklinę więz u G i m b e r n a t a, na którą Prof. L a n g i e r pierwszy zwrócił uwagę we Francyi.

2) Wiąz grzebieniasty Coopera (*lig. pectineum Cooperi*). Prof. M a l g a i g n e opisuje pod tą nazwą pęczek włóknisty dosyć gruby, mający niekiedy do 1 centymetra szerokości, a który rozciąga się wzdłuż całego grzebienia łonowego, zlewając się z brzegiem tylnym więz u G i m b e r n a t a. Wiąz ten odgrywa ważną rolę przy operacyi przepukliny udowej, bo nacinany wpoprzek zwalnia się, a tem samém obręczka udowa się rozszerza i usuwa uwięzienie.

(D. c. n.)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O gruźelku i processach analogicznych. *)

(Treść rozprawy prof. Villemin, czytanej na zjeździe lekarskim w Paryżu.)

(Dokończenie).

W grzlicy płucnej napotykamy wiele granulacyi rozsiedlających się w tkance łącznej międzyzrazikowej; lecz największa ich liczba sadowi się w pęcherzykach, które znachodźmy przepelnione komórkami na drodze rozmnażania. Początkowo za istotne gruźelki brałszyśmy tylko te, których punktem wyjścia była tkanka łączna międzyzrazikowa, mniemając zarazem, że zawartość pęcherzyków była tworem nabłonka płucnego; lecz tlómaczenie to w miarę dalszych naszych poszukiwań słabło. W wielu razach uważaliśmy, że twory wewnątrz-pęcherzykowe podlegały wytwarzaniu drobnych pierwiastków, niejako prawdziwych gruźelków i znów zkaładną w gruźelkach błon surowicznych, śluzowych, zwojów limfatycznych znajdowaliśmy komórki wielkiej objętości, granulujące i rozradzające się, które poczytaliśmy za podobne do nabłonka płucnego w stanie zapalnym. Nakoniec, pomimo najstaranniejszych poszukiwań, częstokroć niepodobnym nam było wynaleś w tkance międzyzrazikowej granulacyi, któreby obecnością swoją mogły nam wytłómaczyć zapalenie nabłonkowe, które przypuszczaliśmy.

Przyczynę wszystkich tych wątpliwosci widzieliśmy w niedokładnie znanój budowie pęcherzyków płucnych. Gdy jednak, dzięki nowemu sposobowi barwnego nastrzykiwania naczyń włosowatych, mogliśmy dokładniej badać budowę pęcherzyków i zmiany patologiczne, wstapiliśmy wtedy na drogę nowych teoryi. ¹⁾ Za pomocą tego sposobu można się przekonać, że przegroda, oddzielająca dwa pęcherzyki między sobą, nie jest błoną jednorodną (*homogène*), lecz posiada w swój grubości pewien pierwiastek komórkowy jej właściwy, który czyni z niej prawdziwy rodzaj tkanki łącznej, mogący być siedliskiem granulacyi równie dobrze, jak tkanka łączna międzyzrazikowa. Istnienie zaś warstwy nabłonkowej na powierzchni wewnętrznej pęcherzyków zdało się nam zagadkowym. Przyjmujemy nawet z innymi autorami, mówi w dalszym ciągu p. Villemin, że warstwa ta bierze pewien udział w processie gruźliczym; lecz zdaje się, że fakta dziś spostrzegane inaczej powinny być tlómaczone. Ztąd téż tylko dwa główne siedliska dla gruźelka płucnego przyjmujemy, a mianowicie dwie odmiany tkanki łącznej: zwyczajna tkanka łączna międzyzrazikowa i tkanka łączna specjalna, wchodząca do budowy ścianek pęcherzyków.

Gruźelki, których punktem wyjścia są przegródki pęcherzyków płucnych zasługują na odrębną uwagę ze względu szczególnego rozpołożenia tkanki, będącej ich punktem wyjścia różnych tlómaczeń, jakim dały miejsce; one to właśnie są najczęstszymi ze wszystkich.

¹⁾ Sposób tego nastrzykiwania podany jest w rozprawie p. Villemin, napisanej p. t. *Recherches sur la vésicule pulmonaire et l'emphysème* (Archiv. gener. de méd., oct. et nov. 1866.).

²⁾ Patrz Nr. 40 Gazety Lekarskiej, Tom IV. r. 1868.

W ogóle tego rodzaju gruzelki nie dają tak stale, jak gruzelki błon włóknistych, zbitych, komórek o małych wymiarach bez przymieszania komórek większej objętości; możnaby tutaj poniekąd posądzać o przyczynienie się do tego zjawiska wiotkość lub tęgość tkaniny organów. Z drugiej zaś strony przegródki pęcherzyków są nadzwyczaj cienkie, nietrwałe, zwłaszcza w części środkowej, komórki więc ich uległszy przerostowi, odrywają się często i wpadają do jamki pęcherzyka. Tam więc, niż gdzie indziej pozbawione są materiału odżywczego, wskutek zanikania naczyń; uciśnięte jedne od drugich zsychnają się, przekształcając się w najrozmaitszy sposób, co właśnie mogło dać powód do przyjęcia ich za twory nabłonkowe.

Makroskopijnie gruzełek płucny przedstawia się pod trójką formą: drobnych granulacyi, większej objętości nowotworów i mass nasiękowych (*infiltratio*); lecz rzadko która z tych form występuje oddzielnie, najczęściej napotykamy je u suchotników w połączeniu.

Badanie histologiczne wykazuje, że nowotwory większej objętości są zazwyczaj utworzone z nagromadzenia pewnej liczby drobnych ognisk odosobnionych granulacyi. Toż samo się dzieje z całymi masami nasięku. Jednakże powinniśmy dodać, co nawet dość często się zdarza, że liczne ogniska tworzą się blisko siebie współcześnie, zlewają się jedne z drugimi i dają początek rozległym prawie jednowarstwowym na pozór masom. Jestto właśnie to, co nazywają pneumonia caseosa, epithelialis, disseminata i t. p.

Z powyższych rozumowań widzimy, że we wszystkich organach punktem wyjścia gruzelka jest tkanka łączna. Powstawanie gruzelka zbliża się bardzo do powstawania ropy; lecz z tą ostatnią przedstawia dość znaczne różnice istniejące bądź w pierwiastkach morfologicznych, bądź w istocie międzykomórkowej. Komórki ropne są nieco większe od gruzelkowych, jądra ich okrągłe, lekko ziarniste (*granuleux*), o zarysach mało wyraźnych, a pod wpływem kw. octowego ($C_2H_4O_2$) można ujrzeć kilka jąder. Gruzełek składa się z jąder o konturach niejasnych, o jednym lub dwóch jąderkach, niezmiennających się pod wpływem kw. octowego i z drobnych komórek o jednym jądrze tych samych, co jądra wolne, własności.

Pierwiastek uorganizowany ropy pływa w istocie międzykomórkowej płynnej, białkowatej, nadającej temu tworowi bardzo wielką płynność, jeśli tylko ropa nie uległa t. z. zgęszczeniu (*inspissatio puris*). Istota międzykomórkowa gruzelka stała utrzymuje ściśle pierwiastki morfologiczne i nadaje temu tworowi patologicznemu twardą konsystencyą, którą może utracić tylko na skutek przemian wstecznych.

Widzieliśmy także, że rozwojowi gruzelków towarzyszy zamknięcie naczyń, nie dzieje się to podczas ropienia. Owszem obficie nagromadzone naczynia ku obwodowi ognisk zapalnych hojnie dostarczają materiału odżywczego.

Moment etiologiczny, a mianowicie podrażnienie (*irritatio*) nie zdaje się być różnym w jednym i drugim procesie. W obu polegają na powiększeniu w objętości pierwiastków komórkowych i wytworzeniu nowych. W następczych dopiero okresach różnice się uwydatniają.

Przez przyjęcie konsystencyi serowatej za charakter specyficzny gruzelka spokrewniono z tą chorobą wiele bardzo różnych co do natury i pochodzenia processów. Ta jedna przyczyna błędu starczyła, by otoczyć cały horyzont badań gruźliczych mgłą nieprzejrzaną, długo nie pozwalającą się wydostać na jasną drogę prawdy. Ropa skredowaciła, włóknik, różnego pochodzenia, zwyrodnienia gruczołów limfatycznych, zamarte posożyty i cały szereg najrozmaitszych złogów (*residua*) organicznych nakazywały nieraz wnioskować o istnieniu gruźlicy tam, gdzie jej nie było. Głównie odnosi się to do poszukiwań nad suchotami zwierząt i usiłowań dążących do oddzielenia pewnych objawów skrofalicznych od zmian gruźliczych, które fałszywym punktem wyjścia (przeistoczenie serowate) zostały spokrewnione. Dzisiaj dzięki postępom anatomii patologicznej nie możliwe są podobne błędy, tak nieuniknione przed niewielu jeszcze laty. Trzeba jednak wyznać, że wiadomości daleko dokładniejsze, jakie dziś posiadamy o początku i rozwoju processów patologicznych w ogóle i w szczególności processu gruźliczego, nie zabezpieczają nas zupełnie od wątpliwości w pewnych razach, na szczęście dość rzadkich.

Granulacya gruźlicza nie ma nic szczególnego ani w formie i wymiarach swoich pierwiastków, ani w ich ugrupowaniu, ani w pochodzeniu i następczych przemianach. Przez długi czas, mianowicie we Francyi, hołdowano tej teoryi, że zasadą tworów gruźliczych jest pierwiastek uorganizowany, specyficzny (*globulum*). Ciało to uważano nie tylko za twór chorobliwy, szczególny, wyłącznie właściwy gruźlicy, lecz nadto za twór nie mający nic analogicznego w całym ustroju, a powstawanie jego miało być samorodne.

Pojęcia te zrodzone w początkach badań histologicznych słabły stopniowo. Dzisiaj wiemy, że jądra i małe komórki nagromadzone w gruzelku napotykamy nie tylko w procesach różnych od gruźlicy, lecz nadto, że pierwiastki te mają swych przedstawicieli w normalnych pierwiastkach limfy, gruczołów chłonnych, śledziony, tkanek gruczołowych i w ogóle całej kategorii organów chłonnych. Zwracając uwagę tylko na składowe pierwiastki, możemy przyjąć gruzelkę za zupełnie podobny do tkanek limfatycznych, lecz podobieństwo nie kończy się jeszcze na tem. Przemiana serowata, której ulegają twory gruźlicze w tak stały sposób, że uznano ją za charakter tego procesu, jest także szczególną własnością niektórych tkanek limfatycznych. I tak za pewnem podrażnieniem komórki gruczołów limfatycznych zbyt licznie nagromadzone w ich pęcherzykach ulegają w wielu razach przeistoczeniu serowatemu. Bez wątpienia inne twory chorobliwe wskutek zmian wstecznych mogą również podlegać temu przeistoczeniu, lecz nie mniej jest prawdą, że gruzelki i zatkania limfatyczne posiadają w wyższym daleko stopniu dążność do przechodzenia w stan serowaty. Ta właśnie wspólność tego charakteru doprowadziła do spokrewnienia gruźlicy z żoźzami (*scrophulosis*).

Inne twory chorobliwe mają także wielkie podobieństwo z gruzelką tak pod względem ugrupowania i przemian, którym ulegają w pewnym okresie rozwoju. Przytoczymy tu przedewszystkiem nowotwory nosacizny (*malleus*) i mięczaki przymiotowe (*gummata syphilitica*).

Granulacye napotymane w płucach koni cierpiących na nosaciznę mają wejrzenie zupełnie przypominające gruzelki. To właśnie doprowadziło *D u p u y' e g o* do przyjęcia, że nosacizna chroniczna nie jest czem innym jak gruźlicą konia. Granulacye nosacizny są zazwyczaj złożone w swym środku z drobnych pierwiastków tych samych własności i początku, co pierwiastki gruzelka, pochodzą z rozmnożenia się komórek tkanki łącznej, pośród której rozwija się guzik nosaciznowy (*nodule morveux*); podobnie jak pierwiastki gruzelka ugrupowane są w małe gromadki środkowe i otoczone warstwą komórek będących w okresie dzielenia i ulegających rozpadowi (*necrobiosis*)¹⁾. Granulacye nosacizny, podług pp. *T r a s b o t i C o r u i l*²⁾ powstają w ogólności około oskrzeli, są szaremi w początkach rozwoju, poczem żółkną i natychmiast przechodzą w rozpad serowaty, pozostawiając po sobie jamy. Jak więc widzimy, podobieństwo gruźlicy i nosacizny pod względem tej szczególności anatomicznej jest zupełne.

Mięczak przymiotowy (*gumma syphiliticum*) przypomina także z niektórych własności zewnętrznych i budowy histologicznej twory gruźlicze³⁾. Napotykamy tu też jądra i drobne komórki, powstałe z rozmnożenia ciałek łącznych; ten sam układ tych pierwiastków, zawartych w rozrzedzonej istocie międzykomórkowej, nieco ziarnistej, ten sam nakoniec stan serowaty, spowodowany przeistoczeniem wstecznym, rozciągającym się do grup komórek będących na drodze rozmnażania się. Bez wątpienia podobieństwo nie jest bezwzględne, lecz odcienia różnic byłyby niewystarczającymi dla rozproszenia całej niepewności, gdyby się trzymało tylko charakterów histologicznych⁴⁾.

1) *V i r c h o w*. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. II. 1. Erlangen 1865 r.

2) Note sur la structure des granulations morveuses du cheval: Comptes rendus des séances et Mémoires de la société de biologie, t. II, 4e serie, année 1865 r.

3) *V i r c h o w*, la Syphilis constitutionnelle, traduit. par Picard.

4) *R a n v i e r*. Recherches anatomiques dans un cas de syphilis viscérale et osseuse; Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie. S. II, 4e série année 1865 r.

Miękczak przymiotowy bywa w ogóle barwy nieco żółtawej, nawet w początku, podczas gdy gruzełek jest szarym, przejrzystym. Z postępem czasu miękczak twardnieje i sennie, gruzełek przeciwnie dąży do rozmiękczenia.

Zupełnie jak gruźlica, mówi p. R a n v i e r, (*loc. cit*), przymiot wyciska na pierwiastkach składowych ten charakter niedoleżtwa ustroju, które się przejawia w drobności jąder i komórek nowój formacyi. To samo dzieje się w pośrodku nowotworów przymiotowych, w których komórki i jądra coraz maleją, aby uleść nakoniec rozpadowi brobinowemu; tylko ponieważ tutaj pierwiastki są zawarte w substancyi zbitój, odpornój, nie powstaje przeto z tego źródła rozpadowego massa serowata rozproszona, jak z gruzelków, lecz pewien rodzaj tkanki wejrzenia słoninowatego. Z drugiej znów strony, ponieważ naczynia w tworach przymiotowych nie zostają tak raptownie zamknięte, jak w gruzelkach, massa serowata w przymiocie może zostać wessaną, podczas gdy zjawisko to jest tylko wyjątkowem w gruźlicy. Zwracamy szczególniej jednak uwagę na ten punkt wysokości doniosłości, że nieco większe granulacye nosacizny, zwłaszcza też nagromadzone w massy nasiękowe i miękczaki przymiotowe są utworzone, podobnie, jak massy gruźlicze pewnej objętości, z nagromadzenia znacznej liczby małych ognisk. Zawsze w środku tych ognisk napotyamy komórki i jądra typu komórek limfatycznych, warstwy zaś obwodowe utworzone są z komórek większej objętości pozostających na drodze rozmnażania. Skoro przemiana wsteczna ogarnia proces, dotyka nietylko drobne pierwiastki warstw środkowych, lecz i komórki warstw średnich, jakkolwiek będą one na stopniu rozwoju mniej posuniętego i doszły tylko do okresu dzielenia. Z tą to nosacizna i przymiot dają miejsce w płucach zmianom podobnym do tych, które oznaczono nazwami, pneumonia catarrhalis, caseosa, tuberculosa, epithelialis, disseminata etc.

Z powyższych rozumowań widzimy, że kwestya specyficzności anatomicznej gruzelka powinnaby zostać rozwiązana w sposób przeczący. Najcharakterystyczniejsze pierwiastki granulacyi gruźliczej mają swych przedstawicieli w komórkach limfy i komórkach tkanek limfatycznych. Też same pierwiastki, ten sam ich rozwój, toż samo ich rozmieszczenie napotyamy w miękczakach przymiotowych i granulacyach nosacizny; a wreszcie gruzełek tkanek limfatycznych niczem nie wyróżnia się od najprostszój formy zapalenia tych tkanek: napróżno więc aż dotąd szukano patognomicznych charakterów gruźlicy. Ciało specyficzne (*globul tuberculeux*) nie istnieje, a inne charaktery, wyciągnięte z rozwoju histologicznego nie są również wystarczającymi.

Podstawy klasyfikacyi processów patologicznych powinny być te same co i klasyfikacyi roślin i zwierząt. Familie, rodzaje, gatunki nie budują się na jednej, wyłącznej własności, lecz na nagromadzeniu charakterów, malujących ogólną fizyognomię każdej z tych grup.

Zastosowując to do gruzelka np., widzimy że charakter, oparty na postaci głównego pierwiastka wchodzącego w skład jego jest wspólny wielu innym tworom tak fizyologicznym, jak i patologicznym, nie może więc służyć do oznaczenia jakości gatunku. Twory, w których napotyamy komórki gruzelka, stanowią wielką familię, w której mieszczą się: tkanki limfatyczne, gruczołowe, gruzełek, granulacye nosacizny i miękczak przymiotowy. Familia ta rozpada się na dwa poddziały tkanek normalnych, trwałych, równie dawnych, jak sam organizm i tkanek patologicznych, przechodnich i przypadkowych (gruzełek, nosacizna i miękczak przymiotowy).

Co dopiero widzieliśmy, że budowa gruzelka nie ma w sobie nic takiego, coby jej było wyłącznie właściwém, specyficzném. Lecz rzecz godna uwagi, mówi p. V i l l e m i n, że proces ten dąży do pomieszczenia się w szeregu nosacizny i przymiotu, dwóch chorób specyficzných i zaraźliwych. Umysł najwięcej nawet uprzedzony nie może się obronić myśli pokrewieństwa nosologicznego między gruźlicą i temi dwiema chorobami. Granulacya nosacizny, miękczak przymiotowy i gruzełek przedstawiają się nam, jako trzy gatunki jednego anatomo-patologicznego rodzaju, jednak zbyt śmiałą byłoby hipotezą uważać te choroby za spokrewnione między sobą naturą czynników etiologicznych. Nosacizna i przymiot są zaszezpialne, zapytaliśmy więc o tę własność dla gruzelka.

Doświadczenie odpowiedziało twierdząco, postawiło naszą hipotezę w rzędzie niezaprze-
czalnych praw. Niedowiarstwo pierwszych chwil chwiać się zaczyna. Imiona wysokiej
powagi tarczą swych doświadczeń osłaniają ważny fakt zaszczipialności gruźelka, a jeśli
jeszcze istnieje ciemna mgła niepewności, to przyszłość opromieniając ją swem światłem
wskaże granice istotnej prawdy.

Henryk Stankiewicz.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 4 do 10 Marca. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	771	219	214	45	761
„ Śgo Ducha	165	41	32	8	166
„ Ewangelickim	84	21	12	2	91
„ Śgo Rocha	100	32	32	2	108
„ Śgo Jana Bożego	184	5	3	—	186
„ Śgo Łazarza	314	45	56	4	299
„ Starozakonnych	407	132	137	12	390
Ogółem:	2035	525	486	73	2001

od dnia 11 Lutego do 17 Marca. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	761	312	243	51	779
„ Śgo Ducha	166	42	29	2	173
„ Ewangelickim	91	16	28	2	76
„ Śgo Rocha	108	46	45	5	103
„ Śgo Jana Bożego	186	2	1	1	186
„ Śgo Łazarza	299	51	54	2	294
„ Starozakonnych	390	150	128	9	403
Ogółem:	2001	616	530	72	2014

Wiadomości bieżące.

— O podskórnem nastrzykiwaniu sublimatu w celu
leczenia przymiotu (*sypylis*). (Wiener Med. Presse No. 11—1868 roku).
Podskórne nastrzykiwania rozmaitych środków lekarskich, od dziesięciu przeszło już lat są
w użyciu u publiczności lekarskiej, a jednak przetwory rtęciowe w ograniczonych dopiero
rozmiarach probowano stosować w ten sposób, przeciwko przymiotowi. W najnowszych do-
piero czasach Dr. Lewin z Berlina udzielił wiadomość o tej metodzie wprowadzenia
rtęci do ustroju i o wypadkach takowej metody, której on używał u 500 chorych dotkniętych
konstytucjonalnym przymiotem. Wiadomość ta w całej obszerności umieszczoną została
w 14m tomie „Annalen des Charité—Krankenhauses in Berlin”; tu przytaczamy tylko in-
teresującą treść tej monografii, opracowanej z całą pilnością i znajomością rzeczy.

Przetworem, którym posługiwał się Lewin był sublimat. Roztwór potrzebny do
nastrzykiwania przygotować sobie można biorąc gran jeden sublimatu na 1½ drachmy
wody destylowanej. Tym sposobem otrzymujemy ilość wystarczającą na 8 nastrzykiwań.
Ilość taka zawsze powinna być używaną, ilekroć razy posługujemy się w mowie będącem
postępowaniem leczniczym, a to z 3ch następných powodów: 1^o Ponieważ zwykle robimy
jedno nastrzykiwanie na dobę, to mamy ilość przygotowaną naprzód na 8-m dni;
robić sobie zapas na czas dłuższy nie jest dobrze, gdyż preparat łatwiej będzie się rozkładał;
2^o Roztwór przygotowany w wyż podany sposób nie jest nazbyt stężonym. Bardziej stę-
żonych roztworów należy unikać, gdyż takowe łatwo wywołują ropnie w miejscu nastrzyki-
wania. 3^o Gdy cała ilość roztworu napelniającego strzykawkę wprowadzoną będzie do
organizmu, za każdym razem można użyć ściśle $\frac{1}{8}$ grana sublimatu. Mniejsze ilości niż
 $\frac{1}{8}$ grana nie mogą być zalecane, gdyż przez używanie takowych leczenie niepotrzebnie się
przedłuża;—jeżeliby zaś dla osiągnięcia przeciwnego skutku t. j. skrócenia leczenia chciało

nastrzykiwać na raz większe ilości płynu danego, to tkanka podskórna zostałaby podrażnioną na większej przestrzeni, w następstwie czego łatwo wywiązałyby się mogło zapalenie i tworzenie się ropni.

Kanka strzykawki po użyciu do sublimatu i to u przymiotem dotkniętych, powinna być staranniej jeszcze niż po użyciu jej do innych środków lekarskich, oczyszczoną. W praktyce prywatnej zalecaćby należało aby dla każdego chorego posiadać oddzielny sztylecik. Ponieważ do dokładnego nastrzyknięcia potrzeba żeby sztylecik taki łatwo się wkłwał, a to aby uniknąć szarpania, o ile można ograniczyć ból, zapobiedz tworzeniu się pryszczów w miejscu ukłucia, i nakoniec aby ukłucie zrobić ile można najgłębszem,—sztylecik też zawsze powinien być bardzo ostrym, i w tym celu w ciągu kuracyi często ostrzonym być winien.

Dostatecznej głębokości dosięga sztylet, przenikając tylko do tkanki łącznej podskórnej; jeżeli bowiem kanka, nie przenikła do tkanki komórkowej podskórnej, wtedy płyn nastrzykiwany pozostaje w drobnosiatkowatej tkance skóry i wywołać może jej zapalenie (*dermatitis*) nawet z przejściem w ropienie. Gdy znowu sztylet wdraży głębiej, wtedy uszkodzonymi być mogą głębsze części pod skórą leżące, jak mięśnie i t. p.

Dlatego też obiera się do ukłucia takie tylko miejsca, w których skóra łatwo daje się unieść w fałdę, i nakłuwana się o ile można równolegle a nie prostopadle do podłużnej osi tejże fałdy, aż do jej środka. Po dokonaniem wstrzyknięcia wyciąga się sztylet z jak najmniejszym targaniem, co uskutecznia się w ten sposób, że gdy jedną ręką wyciągamy kankę ze skóry, jednocześnie wielkim palcem i wskazicielem drugiej ręki usiłujemy zsuwać skórę z kanki. Osiągamy tą drogą i to jeszcze, że ani trochę nastrzykniętego płynu nie cofa się, i w tym jeszcze celu miejsce nakłucia przez kilka chwil naciskamy końcami palców, albo na dłużej pokrywamy je plastrem lepkiem.

Do nakłuwań najlepiej nadaje się skóra grzbietu, piersi (szczególniej górnych bocznych jej części) i krzyża, mniej już skóra pośladków. Przy zapaleniu tęczy (*iritis*) nastrzykiwał L e w i n najczęściej w okolicy skroniowej, w bliskości chorego oka.

Na dobę robi się j e d n o t y l k o nastrzyknięcie. Po przekonaniu się dopiero jak oddziaływa ustrój chorego tak na sam środek, jak i na sposób jego zastosowania, można w naglących wypadkach robić dwa nastrzyknięcia, przy gwałtownych zapaleniach tęczy nawet trzy,—i to w odstępie czasu wynoszącym najmniej 4 godziny między jednym a drugim nastrzyknięciem.

Wrażliwość niektórych osób zasługuje na szczególne uwzględnienie, gdyż niekiedy wymaga ona zmodyfikowania postępowania, która to modyfikacja polega bądź na zmniejszeniu ilości wstrzykiwanego na raz sublimatu, bądź na przymieszaniu doń $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{8}$ gr octanu morfiny. Zaparcie stolca, które niekiedy powstaje po przymieszcze morfiny, znosi się łatwo zapomocą kilku szklanek wody gorzkiej.

Cała ilość sublimatu, którą zużywał L e w i n na jedną kuracyę zapomocą nastrzykiwań, wynosiła przecięciowo 2—3 gran. często mniej, rzadko więcej.

K o r z y ś c i jakie przedstawia ta metoda leczenia, polegają na łatwości jej wykonania i dogodności dla chorego. Nie wymaga ona żadnego leczenia przygotowawczego ani następnego;—chory nie potrzebuje zachowywać tak ścisłej diety jak to jest wymaganem przy innych sposobach leczenia, i nie jest zmuszonym do pozostawania w pokoju a tem mniej w łóżku. Nie potrzebuje on się też usuwać całkowicie od spraw swego zawodu, co także przyczynia się do ochronienia go od smutnego nastroju ducha, w który dotknięci przymiotem tak często wpadają. Metoda ta ma prócz tego za sobą wyższość wewnętrznego leczenia rtęcią (dobrze wiadomo, jak wiele rtęci wprowadza się do organizmu¹, bez jego złych wpływów, gdyż ani żołądek, ani kiszki nie przychodzą w zetknięcie z szkodliwą tą solą metaliczną. Przed wszystkimi zewnętrznymi sposobami stosowania rtęci, tę znowu metoda ta przedstawia dogodność, że może być próbowaną wtedy nawet, gdy z powodu rozległego zajęcia chorobowego skóry, żaden przetwór rtęciowy w większych dawkach zewnętrznie użytym być nie może.

Z tem wszystkim metoda ta ma i swoje z l e s t r o n y. A najpierw, stosowanie rtęci połączone tu jest z bólem. Ból ten zależy w części od ostrości końca sztyletu, w części

od zrzeczności wykonywanego nastrzykiwania. Są to więc momenta podrzędnej natury. Ważniejszym jest, że nastrzykany przetwór sam przez się, u niektórych osób bądź natychmiast po nastrzyknienu, bądź po upływie pewnego czasu, wywołuje ból, który niekiedy w ciągu leczenia, za każdym nowym nastrzyknienu wzmaga się, i u osób bardzo wrażliwych uniemożliwia przedłużenie kuracyi. Ocenienie tej wrażliwości w każdym wypadku nie inaczej jest możebnym jak po dokonanej próbie. Wypada przecież zauważyć, że mało jest indywidualów w tak wysokim stopniu wrażliwych, iżby to zniewoliło nas do zaniechania tego sposobu postępowania leczniczego.

Drugą szkodliwością tej metody są wywoływane przez nią sprawy patologiczne w miejscu nastrzykiwania, a mianowicie powstawanie ropni. Jakim sposobem zmniejszyć powód do ich wytworzenia się, wspomniano już wyżej, mówiąc o przysposobieniu płynu do nastrzykiwań. Zapalenia w mniejszym stopniu, nie przechodzące w ropienie, łatwo ustępują. Na to też wypada zwrócić uwagę, że według doświadczeń *Lewi n'a*, ropnie podobne łatwiej powstają przy nastrzykiwaniach dokonanych w bliskości zwojów gruczołowych, a więc na ramionach i udach, niż w innych miejscach; — łatwiej u osób wycieńczonych niż u silnych.

Inną jeszcze złą stroną podskórnych nastrzykiwań w ogólności, jest *m o z n o s e z r a n i e n i a n a c z y Ń*, czego jednak z łatwością uniknąć można.

Jeżeli u osób nader wrażliwych wystąpiły *o z n a k i z a t r u c i a*, podobne do tych, które zdarzają się przy wewnętrznem użyciu sublimatu, do usunięcia ich wystarczą małe dawki makowca (*opium*), albo (stosownie do natężenia objawów) środków podniecających jak np. wina, chininy, eteru i t. p.

Z tego sposobu zastosowywania rtęci nigdy długotrwała nie wynika szkodliwość. Wstawiające się tu niekiedy zapalenie dziąseł (*stomatitis*) nie jest wcale trudniejszym do usunięcia niż powstałe przy innych metodach leczenia rtęciowego, i rzadko osiąga większego natężenia. Pojawienie się zresztą lub nie pojawienie tej przypadłości, żadnego nie wywiera wpływu na ostateczny wypadek leczenia.

Ten sposób postępowania kombinować można z stosowaniem innych jeszcze środków lekarskich, tak przeciw przymiotowi, jako też przeciw innym cierpieniom tamto wnikającym; *Lewi n* jednak wyraźnie twierdzi, że przeciwko przymiotowi same nastrzykiwania sublimatu, z wyłączeniem wszelkiego innego postępowania leczniczego, najlepiej się nadają. One najwcześniej sprowadzają znikanie objawów tej choroby, najpewniej zabezpieczają od powrotu tych objawów, a chociaż takowe i powrócą po wyleczeniu wyłącznie nastrzykiwaniami, to są stosunkowo łagodniejsze i łatwiej ustępują po mniejszej liczbie nowych nastrzykiwań, niż wtedy gdy leczenie takie innaem poprzedzone było.

Na zakończenie tego streszczenia pracy *Dra Lewi n'a* pozostaje tylko objawić życzenie, aby ogłoszenie jej zachęciło jak największą liczbę lekarzy praktykujących do wypróbowania tego sposobu leczenia chorych przymiotem dotkniętych, a tem samem aby sąd innych spostrzegaczy o wartości leczniczej opisaney metody doszedł do wiadomości świata lekarskiego.

Od Redakcyi. Wykład *Patologii i terapii szczegółowej* Prof. *Dra Luczkie w i c z a*, którego druk od 5 tygodni rozpoczęty został, zajmie 3 tomy, z których *p i e r w s z y* zawierać będzie: choroby układu nerwowego i narządu krążenia, *d r u g i*: choroby narządu oddechania i trawienia, a *t r z e c i*: choroby narządu moczopłciowego i choroby ogólne, czyli zakaźne (*Infectionskrankheiten*). Pierwszy tom dzieła wydanym będzie w bieżącym roku.

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Akuszeryi* ark. 7my, *Psychiatrii* ark. 10ty, i *Patologii i terapii szczegółowej* ark. 7my.

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.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Żolzy podejrzane, nosacizna i tyłczak. Lekcyja Magistra weterynaryi Piotra Seifmana, zarządzającego Szkołą weterynaryjną i wykładającego Epizoocyologią w Szkole Głównej Warszawskiej.—O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. M. L. Hirschfeld. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy).—**Kronika Zagraniczna.** O gruźelku i processach analogicznych Prof. V i l l e m i n. Henryk Stankiewicz. (Dokończenie). — **Część statystyczna.** Ruch chorych w szpitalach warszawskich. — **Wiadomości bieżące.** Leczenie przymiotu (syphilis) za pośrednictwem wstrzykiwań podskórnych sublimatu.

Żolzy podejrzane, nosacizna i tyłczak.

Lekcyja Magistra weterynaryi Piotra Seifmana, zarządzającego Szkołą weterynaryjną i wykładającego Epizoocyologią w Szkole Głównej Warszawskiej.

Nosacizna i tyłczak (*malleus v. morbus humidus et farcimosus*, *ozaena maligna contagiosa*, *coryza virulenta*, *morbus limphaticus contagiosus cum ozaenis*, *scrophula couenosa et farcimiosa* i t. d. *Rotz-Wurmkrankheit: Ritzigkeit* i t. d. *La morve et le farcin, l'affection tuberculeuse, the glanders; the farcy* i t. d.) stanowią dwie formy jednej i téjże samej choroby, rozwijającej się samorodnie (spontanicznie) tylko w rodzaju konia, mogącej jednak przenieść się drogą zarazy i na człowieka oraz zwierzęta różnego rodzaju, wywołując w nich cierpienia za zwyczaj śmiercią kończące się.

Nosacizna, jako niebezpieczna choroba konia, już w najdawniejszej starożytności znaną była. V e g e t i u s nawet, (który żył w 4tém stuleciu ery naszej), już dość dokładnie chorobę tę opisał, oznaczając ją nazwą obecnie jeszcze używaną, „*malleus s. morbus humidus equi*.” Z tém wszystkiém jednak, nie możemy się chlubić jeszcze i teraz, aby wiele wątpliwości odnośnie do téj choroby, nie wymagało dokładniejszego objaśnienia. Zresztą liczność i różnorodność nazw nosaciznie i tyłczakowi nadawanych i tak często zmienianych, wymownie już świadczy o różnaitości pojęcia, jakie sobie co do natury téj choroby tworzą.

Przeoglądając opis nosacizny i tyleczaka widzimy, że jedni uważali, albo jeszcze teraz uważają choroby te za cierpienie systematu limfatycznego, drudzy za sprawę chorobową, tak zwaną żółzową (skrofuliczną), inni znowu mają je za proces gruźliczy (*tuberculosis*), albo jak niektórzy głoszą, mają to być choroby natury gruźliczo-limfatycznej; upatrują nadto w pomienionej chorobie konia, niejaki podobieństwo do choroby syfilitycznej u człowieka; zresztą kiedy większość uznaje nosaciznę i tyleczak za jedną i tę samą chorobę, różną tylko co do formy, mniemają niektórzy, że to są całkiem odzielne sprawy chorobowe; a są nawet i tacy co do oddzielną kategorię zaliczają nosaciznę i tyleczak z przebiegiem ostrym, gorączkowym, a do innej nosaciznę i tyleczak przewlekły. Jakkolwiek ciekawym byłoby mogło ocenienie szczegółowe tych tak różnorodnych zdań o jednej i téjże samej chorobie, gdy jednak naszym tu zadaniem jest poznanie nosacizny i tyleczaka o tyle tylko, o ile to jest potrzebne dla praktycznych celów lekarza; przeto pomijając wywody wychodzące po za obręb obecnego naszego zajęcia, podamy wiadomości odnoszące się do pomienionych chorób zgodne z obecnym stanowiskiem nauki, opierając się w téj mierze, nie tylko na własnych spostrzeżeniach, ale i na pracach celniejszych pisarzy weterynaryi; Gerlach'a, Kreutzer'a, Rychnera, Haynégo, Spinoli, Rölla i innych. Wspomnieć winienem, że z autorów wymienionych oprócz Spinoli uwzględniać będę głównie poglądy Rölla, nie tylko z uwagi, że one są najbardziej racjonalnymi i zgodnymi z obecnym stanowiskiem nauki, ale przede wszystkim dla tego, że się najwięcej zgadzają z postrzeżeniami jakie nad nosacizną i tyleczakiem i w klinice tutejszej szkoły weterynaryjnej czynić nie raz mieliśmy sposobność.

Ogólne wyobrażenie o chorobie i jej patogeneza.

Nosacizna i tyleczak, dwie z sobą identyczne, lubo co do formy pozornie różne stany chorobowe, zależą na szczególnego rodzaju nowotworze, zajmującym pierwotnie błonę śluzową nosa lub skórę i tkankę łączną podskórną, a zwykle i płuca, przy czém i gruczoły limfatyczne różnych części ciała (przy nosaciznie zawsze podszczękowe) do sprawy chorobowej wciągnięte zostają. Nowotwór ten występuje w postaci guziczków samotnie ustawionych lub gromadnie zebranych, które na błonie śluzowej mają wielkość ziarna konopnego do soczewicy, w skórze zaś rozmiary orzecha laskowego do włoskiego. — Guziczki te w czasie niejakim po wystąpieniu, mięknią i pękają, zamieniając się na właściwego wyglądu wrzodziki. Czasami są one tak dalece skupione w błonie śluzowej, że ta przedstawia się jakby zajęta rozlanym naciekiem (*infiltratio diffusa*).

Gdy wskazana sprawa patologiczna zajmuje błonę śluzową nosa, (z jednoczesnym nadbrzmieniem gruczołów limfatycznych podszczękowych), w takim razie nosi choroba nazwę *nosacizny* (*malleus v. morbus humidus*); przy tworzeniu się zaś rzeczonych guzów i wrzodów, w skórze lub pod nią, dajemy jej nazwę *tyleczaka* (*morbus furcimosus*).

Obie te formy jednak, jak wspomnieliśmy, lubo różne co do lokalizacji, są z sobą co do istoty zupełnie identyczne, tak dalece, że zarażenie tyleczakiem wy-

wołuje nieraz nosaciznę i przeciwnie, a nawet się zdarza, że choroba, czy to skutkiem zarażenia, czy nawet samorodnie powstająca, występuje od razu i współcześnie pod objawami nosacizny i tylczaka (*malleus humidus et farciminosus*). Pod względem przebiegu odznaczają się obie te formy raz biegiem nadzwyczaj powolnym, trwającym miesiące, nawet lata; drugi raz tak szybkim, że śmierć w ciągu kilkunastu dni od okazania się pierwszych objawów chorobowych następuje. Stosownie więc do tego, przyjęty jest podział tylczaka i nosacizny na **chroniczną i ostrą, gorączkową**.

Jakkolwiek nowotwór w nosaciznie i tylczaku pod względem pierwiastków morfologicznych ma wielkie do gruzelka (*tuberculum*) podobieństwo, w czém nawet w części utwierdzają i poszukiwania mikroskopijne *Virchow'a*, *Rawicza*, *Förstera*, *Leisera* i innych, przecie za zupełnie z nim identyczny uważać go nie można, choćby tylko dla charakterystycznej nowotworowi nosacizny i tylczaka właściwej wrażliwości. Dla tego też w rzeczonych dwóch formach chorobowych konia znajdowane guziczki, uważać wypada za nowotwór całkiem oddzielny, który nowotworem nosacizny i tylczaka nazywać będziemy.

Virchow zalicza guziczki nosacizny i tylczaka do tworów tak zwanych ziarninowych (*Granulomata, Granulationsgeschwüste*), a mianowicie do tych nowotworów tkanki łącznej, w których z pierwiastków morfologicznych nie wykształca się dojrzała tkanka łączna, lecz rozpad stanowi ostateczny kres ich istnienia; przy czém charakter zapalny staje się tem jawniejszy, im bardziej powstanie ich jest wyrazem ogólnego stanu chorobowego. Nowotwór ten, czy on zajmuje błonę śluzową (w nosaciznie), czy też skórę lub mięśnie (w tylczaku) składa się początkowo z zebranych w kupki różnej wielkości komórek, charakteru po większej części komórek ropnych i z wolnych jąder, pomiędzy zaś temi pierwiastkami daje się dostrzedz później i tkanka łączna w stanie zarodkowym. Pierwiastki te, biorące początek z komórek tkanki łącznej błony śluzowej lub skóry, powiększając się, dzieląc i mnożąc tworzą kupki, które właśnie są podstawą rzeczonych guziczków

Sprawa ta odbywa się najczęściej powoli, niekiedy wszakże, przyjmuje ona przebieg szybki, przyczém błona śluzowa nosa znajduje się zwykle w stanie przekrwienia (*hyperaemia*), lub nawet zapalenia, a w takim razie, oprócz gęsto skupiających się guziczków drobnych, widzimy samą błonę nacieczoną (infiltrowaną) masą trzęską (galaretowatą).

W dalszym ciągu wspomniane guziczki skutkiem obfitego mnożenia się w nich komórek, miękną w swoim środku i wreszcie ulegają rozpadowi, zamieniając się we wrzodziki, które z powodu ciągle trwającego wypłodu nowych komórek, posiadają wyniosłe wywrócone brzegi i dno tak zwane słoninowate.

Jeżeli także guziczki i następnie wrzodziki wykształcają się tuż obok istniejących, lub w ich głębi, w takim razie powiększają się pierwotnie utworzone, drażąc i w głąb tak, że wrzodziki początkowie mniej więcej okrągławe przyjmują najrozmaitszą nieoznaczoną postać, a przy tém, niszcząc głębsze części, przedziurawiają czasami nawskróś chrząstkę przegrodową (*septum nasarium*), muszle nosowe, a przy tylczaku naruszają całość mięśni i t. d. Wrzody rozlane

nieoznaczonego kształtu powstają nadto gdy błona śluzowa jest nacieczona, jak to wyżej wspomniano masą, jakby galaretowatą.

Czasami zamiast rozmiękczenia, następuje w guziczkach nosacizny, częściej jednak w tylczaku, przemiana tłuszczowa, lub tak zwane zwapnienie, przy czém niekiedy guziczki, mianowicie w tylczaku, za pośrednictwem nowo-wytworzonej tkanki łącznej, otorbione zostają.

Jeżeli nastąpi zagojenie się pojedynczych wrzodników, co się rzeczywiście dość często zdarza, w takim razie rozrosła tkanka łączna tworzy bliznę zwykle nad powierzchnią ster czącą, dość twardą, kształtu promienisto-gwiazdźdźstego.

Częstokroć nieogranicza się nowotwór o jakim mowa, tylko do błony śluzowej nosa (w nosaciznie) i skóry (w tylczaku), lecz zajmuje także błonę odzieżającą zatoki czołowe, szczękowe (*antrum Highmori*), czasami i powlekającą krtań, a niemal zawsze znajdujący bywa i w płucach. Nadto do statecznych objawów należy przy nosaciznie zbręknienie gruczołów limfatycznych podszczękowych zwykle z jednej tylko strony; w tylczaku zaś nabrzmiewają dość często naczynia oraz gruczoły limfatyczne, znajdujące się w okolicy zajętej.

Obok wymienionych znajdujemy często u koni nosatych na błonie śluzowej dróg oddechowych i strzępki tkanki łącznej, osobliwie w około miejsc nowotworem nosacizny zajętych. Wytworzenie się ich przypisuje *V i r c h o w*, a za nim i *R ö l l*, stanowi zapalnemu, jakiemu ulega właśnie błona śluzowa, w okolicy otaczającej miejsce sprawą chorobową zajęte. (*D. c. n.*)

O kanałach pachwinowym i udowym.

napisał Dr. M. L. Hirschfeld, professor zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej.

(Ciąg dalszy).

Kanał udowy czyli lejek udowy (*Canalis cruralis s. infundibulum crurale*).

Żadna niemal część anatomii chirurgicznej nie zwróciła na siebie tak bacznej uwagi jak część traktująca o przepuklinie i kanale udowym, już to z przyczyny, że w tym właśnie kanale jelita najczęściej ulegają zaciśnieniu (*incarceratio*), już też że cała pomoc jaka może być udzieloną, zasadza się li tylko na gruntownej znajomości składu anatomicznego tego kanału. Kiedy porównamy rozmaite twierdzenia najznakomitszych autorów łatwo przekonać się możemy, że pomimo tylolicznych prac wielkiej wartości przedsiębranych w tym przedmiocie, nie zdołano dotąd zgodzić się na rozmaite kwestye co do anatomii i chirurgii.

1. C o d o a n a t o m i i. Poddawszy pod rozbiór rozmaite opisy anatomiczne tego kanału, widzimy, że autorowie nie mieli i nie mają dotąd jeszcze jednakowego pojęcia o obrączce udowej. Obrączka udowa podług jednych (starożytnych), jest to otwór górny pochwy ścięgnistej, otaczającej naczynia udowe, i zdanie to oparte jest na spostrzeżeniu patologicznem wielkiej ważności a mianowicie, że przez tę pochwę wystąpić mogą jelita, tworzące przepukliny udowe, z tego właśnie powodu opisali część górną tej pochwy pod nazwą kana-

łu udowego. Inni znowu (nowoczesni), zwróciwszy baczniejszą uwagę na tę kwestyę, uważają obrączkę udową jako oddzielny odstęp, znajdujący się na wewnątrz poprzedzającego, a zatem na wewnątrz naczyń udowych. Co do samego istotnego składu pochwy naczyniowej, jest to kwestya również jeszcze nie rozstrzygnięta; jedni (Thompson i jego zwolennicy), uważając ją za należność powięzi szerokiej uda (*fascia lata*), opisują rozszerzenie lejkwate téj powięzi pod łukiem Pouparta za część górną pochwy naczyniowej i jako prawdziwy kanał udowy; inni (A. Cooper, Kej etc), nazywają pochwą naczyniową częśći górnej naczyń udowych, rozszerzenie lejkwate współśrodkowe do poprzedzającego, które jest przedłużeniem powięzi poprzecznej, a zatem kanał udowy jest oddzielnym odstępem. Widzimy więc, że te dwa wprost przeciwne zdania mają swoje źródło w niejednakowém pojęciu o pochwie naczyniowej. Co do mnie, za prawdziwy kanał udowy uważam rozszerzenie lejkwate obwodowe (*entonnoire femorale vasculaire Thompson*), wynikające z rozdzielenia powięzi szerokiej uda, pod łukiem udowym, z tem zastrzeżeniem jednak, że tenże kanał utworzony jest nie z całej części górnej pochwy naczyniowej, zawierającej naczynia krwionośne (tętnica i żyła udowa), lecz z części pochwy naczyniowej, obejmującej naczynia limfatyczne (gruczoły i naczynia chłonne), a zatem z górnego i wewnętrznego tylko oddziału pochwy naczyniowej (*loge lymphatique Thompson*).

2. Co do chirurgii. Kwestya nad którą również toczą się spory jest także jedną z najważniejszych. We Francyi chirurgowie podzieleni są na dwa obozy pod względem zdania, tycaącego się zwyczajnego siedliska uwięzienia przepuklin udowych: jedni utrzymują, że uwięzienie to ma miejsce w obrączce udowej przy więzie Gimbernata, który trzeba przeciąć dla zniesienia przeszkody uwięzienia; inni twierdzą przeciwnie, że uwięzienie skutecznia się najczęściej w jednej z dziur powięzi dziurawiącej (*fascia cribriformis*). Pierwsze twierdzenie jest jeszcze niemal jedyne, które bywa opisywane w największej liczbie dzieł klassycznych; drugie, zasadzające się na dokładnych preparatach i więcej wyczerpujących badaniach kanału udowego, dokonanych w szkole anatomicznej w Paryżu, przez anatoma angielskiego Thompson'a nabyło prawa obywatelstwa, zwłaszcza, że stwierdzone zostało spostrzeżeniami praktycznemi i klinicznemi Prof. Malgaigne'a, Demeau i innych. Odtąd ostatnie zdanie, to jest że uwięzienie przepukliny udowej ma miejsce po największej części w jednej z dziur powięzi dziurawiącej, liczy coraz więcej zwolenników pomiędzy najznakomitszemi chirurgami młodego pokolenia, tak że już teraz we Francyi jest przeważające. Mówię we Francyi, w Anglii bowiem, inaczej rzecz się ma, i pomimo że prace Thompson'a są tylko dalszym ciągiem innych docho-dzeń, spostrzeżeń praktycznych i klinicznych uczonych chirurgów tegoż kraju, jednak ogólnie przyjęte tam jest zdanie na korzyść uwięzienia w obrączce udowej, ale nie tylko przy więzie Gimbernata, lecz także przy innym więzie, znanym w Anglii pod nazwą więzu Heya. (Wiąż ten będzie w dalszym ciągu na swoim miejscu opisany).

Dla dokładnego poznania kanału udowego konieczną jest rzeczą poddać pod ścisły rozbiór pochwę naczyniową.

Pochwa naczyń udowych (*vagina vasorum cruralium*).

Tętnica i żyła udowa otoczone są w całej ich rozciągłości pochwą ścięguistą utworzoną przeważnie z rozdwojenia powięzi szerokiej uda. Pochwa ta, umieszczona najprzód za mięśniem krawieckim jest w trójkącie Scarpy powierzchnią aż do więzu Pouparta. Od wierzchołka tego trójkąta, aż do punktu gdzie się znajduje ujście żyły zaskórnej wewnętrznej do udowej, pochwa naczyniowa ściśle przystaje do naczyń udowych, ale nad ujściem pochwa rzeczona rozszerza się stopniowo i coraz więcej na koszt swój części bocznej i przedniej, stanowiąc rodzaj lejka, obróconego podstawą ku jamie brzusznej. Rozszerzenie to lejkowate oznaczone zostało niewłaściwie nazwą kanału udowego. Przy fałdzie pachwinowym listek przedni tego lejka łączy się z więzem Pouparta, który, jak już wyżej wspomnieliśmy, zamienia wraz z powięzią biodrową szerokie wykrojenie kostne biodrołonowe, na obszerną dziurę biodro-łono-pachwinową. Dziura ta jest sama rozdzielona na dwie podrzędne dziury czyli przerwy: zewnętrzną (*lacuna musculorum*) i wewnętrzną (*lacuna vasorum*). Ta ostatnia najbardziej na uwagę zasługująca, będzie nieco dalej szczegółowo opisana pod nazwą otworu górnego pochwy naczyniowej. Tętnica i żyła biodrowa zewnętrzna przedłużając się z jamy brzusznej na udo, przechodzą za częścią tylną i wewnętrzną łuku udowego przez przerwę naczyniową (*lacuna vasorum*), stanowiącą otwór górny pochwy ścięguistej, otaczającej naczynia udowe wzdłuż całego ich przebiegu na udzie.

W celu ścisłego zbadania stosunku i składu tej pochwy, rozróżnimy w niej trzy części, a mianowicie: 1) otwór górny, 2) część tej pochwy zawarta między łukiem udowym a ujściem żyły zaskórnej wewnętrznej, 3) od tego ostatniego punktu aż do jej zakończenia.

1. O t w ó r g ó r n y c z y l i w y l o t p o c h w y n a c z y n i o - w é j. Po przecięciu poprzecznym ściany przedniej brzucha, łatwo spostrzedz się daje na powierzchni otrzewnej płatu dolnego odchylonego poprzecznie ku przodowi, między łukiem udowym i gałęzią poziomą kości łonowej, pod i nieco na wewnątrz dołka pachwinowego wewnętrznego, lekkie zagłębienie zwane dółkiem udowym (*fossa cruralis*), który odpowiada otworowi górnemu pochwy naczyniowej. Po ostrożnym odsunięciu otrzewnej i blaszki tkanki łącznej, odkrywa się w zupełności otwór górny pochwy otaczającej naczynia udowe. Otwór ten utworzony przez wypuklenie lejkowate, powięzi poprzecznej udającej się na dół przed naczyniami udowymi, tworząc pochwę współśrodkową do pochwy powięzi szerokiej uda, ma kształt mniej więcej trójkątny, co dozwala rozróżnić w nim trzy brzegi: przedni, tylny i zewnętrzny i trzy kąty: wewnętrzny, zewnętrzny i tylny.

B r z e g p r z e d n i stanowi łuk udowy, który połączywszy się w tem miejscu z powięzią poprzeczną, tworzy rynną wklęsłą ku górze dla pomieszczenia powrózka nasiennego lub więzu okrągłego, stosownie do płci.

B r z e g t y l n y utworzony jest z gałęzi poziomej kości łonowej, pokrytej powięzią, mięśniem łonowym i więzłem grzebieniastym Cooper'a.

B r z e g z e w n ę t r z n y składa się z pochwy ścięgnistej massy wspólnej mięśnia lędźwio-biodro-udowego.

K ą t w e w n ę t r z n y odpowiada wklęsłej podstawie więzu Gimbernata, od którego oddzielony jest przerwą kanału udowego.

K ą t z e w n ę t r z n y utworzony jest z połączenia łuku udowego z powięzią biodrową.

K ą t t y l n y znajduje się przy guziku biodro-łonowym.

2. **C z ę ś ć p o c h w y n a c z y n i o w ę j z a w a r t a** między łukiem udowym a ujściem żyły zaskórnéj wewnętrznej. Stanowi dalszy ciąg otworu rzeczonoego i odpowiada dołkowi biodro-grzebieniowemu. Część ta, ma również kształt trójkątny, graniasto-słupowy; wewnątrz jęj podzielone jest na trzy pochwy podrzędne równoległe, czyli pochewki, przez dwie cienkie podłużne, przedniotylné przegródki. Pochewka zewnętrzna, czyli tętnicza znajduje się przy powięzi biodrowej i zawiera tętnicę udową; pochewka średnia czyli żylna obejmuje żyłę udową; pochewka wewnętrzna czyli chłonna jest to cały dział pochwy naczyniowéj, widzieć się dający na wewnątrz żyły udowéj, w której umieszczone są chłonicy i tkanka łączna. Ostatni ten odstęp zasłonięty jest tylko cienkimi błonami i z tego powodu trzewia brzuszne łatwo przezeń wystąpić mogą, tworząc prawdziwą przepuklinę udową.

W celu ściślejszego oznaczenia kanału udowego rozróżnić będziemy w pochwie naczyniowéj dwa działy a mianowicie: 1) **p o c h w ę n a c z y ń k r w i o n o ś n y c h**, zawierającą tętnicę i żyłę udową i 2) **p o c h w ę n a c z y ń l i m f a t y c z n y c h**, obejmującą gruczoły i naczynia chłonne i stanowiącą **p r a w d z i w y k a n a ł u d o w y**. Te dwie pochwy różnią się nie tylko co do zawartości, ale także co do składu ścian i co do przeznaczenia; z tego powodu zbadamy każdą z tych pochew w oddzielnym rozdziale, a w tem miejscu chcemy szczególnie zwrócić uwagę na skład pochwy, zawierający tętnicę i żyłę udową.

Ścianę przednią pochwy krwionośnej, stanowi listek powierzchowny powięzi szerokiej uda, który pokrywa nie tylko tętnicę i żyłę udową, ale także i część dołka owalnego Scarpy. Ściana ta odznacza się kolorem żółtawym, grubością, tęgością i układem nieprzedeiurawionym; zlewa się ku górze ze stroną dolną łuku udowego a po bokach, złączywszy się z blaszką sitową, kończy się pod kątem ostrym na powięziach pokrywających dwa sterzące mięśnie, to jest na zewnątrz mięsień biodro-lędźwio-udowy, a na wewnątrz mięsień grzebieniowy; przy ujściu żyły zaskórnéj wewnętrznej, mała część téj ściany gubi się nieznacznie na obwodzie tejże żyły, a największa przedłuża się ku dołowi przed tętnicą i żyłą udową.

Ściana zewnętrzno-tylna utworzona jest z części powięzi szerokiej uda, oblekającej stronę wewnętrzną pochwy ścięgnistej, massy wspólnej mięśnia biodro-lędźwio-udowego, która, jak już wiadomo, należy do powięzi biodrowej. Obrócona na wewnątrz ściana ta, łączy się ze ścianami przednią i wewnętrzną-

tylną. Jest ona przebitą jedną gałęzią nerwu udowego (nerw zaskórny wewnętrzny), która następnie znajduje się w samej pochwie przylegającej do naczynia.

Ściana wewnętrzno-tylna jest skośna na dół i na wewnątrz, i złożona jest z powięzi wyścielającej mięsień grzebieniowy, i z przegródki tkanki łącznej oddzielającej żyłę udową od naczyń limfatycznych; łączy się ta ostatnia na zewnątrz bez żadnej linii demarkacyjnej ze ścianą zewnętrzną, na wewnątrz ze ścianą przednią, tworząc przy więzie Gimbernata kąt zaokrąglony, a niżej kąt ostry; ku górze zlewa się z więzem grzebieniowym Cooper'a, ku dołowi zaś, nikt nie stopniowo łącząc się ze ścianami przednią i tylną.

3. O d u j ś c i a d o z a k o ń c z e n i a p o c h w y. Pod ujściem żyły zaskórnej wewnętrznej odstęp trójkątny pochwy naczyniowej zamienia się na odstęp spłaszczony z przodu ku tyłowi, który, w miarę oddalenia się od łuku udowego, zwęża się coraz więcej. W tej ostatniej części pochwa naczyniowa utworzona jest także z rozścięgien mięśni obszernego wewnętrznego, ksobnego, długiego i wielkiego.

Z a w a r t o ś ć p o c h w y n a c z y n i o w é j. Pochwa naczyniowa zawiera na zewnątrz tętnicę, w środku żyłę udową, a na wewnątrz naczynia i gruczoły chłonne i nerwy trojakiiego pochodzenia: ku górze, cienka gałązka powstająca od nerwu rodno-udowego, a w reszcie swój rozciągłości nerw zaskórny wewnętrzny i jego dodatkowy; nadto u osób otyłych obejmuje tkankę łączną tłuszczową.

Po ściśłym zbadaniu pochwy naczyń krwionośnych, zwrócimy teraz naszą szczególną uwagę na pochwę naczyń limfatycznych, onato bowiem stanowi rzeczywisty kanał udowy i jest właśnie siedliskiem przepukliny udowej.

Kanał udowy rzeczywisty.

Kanał ten zwany także obrączką udową, lejkiem udowym, jest niczem innym jak częścią pochwy naczyniowej, a mianowicie tą, w której się mieszczą głównie naczynia limfatyczne. Znajduje się ona na wewnątrz pochwy naczyń krwionośnych a szczególnie na wewnątrz żyły udowej, od której oddzielona jest cienką podłużną przednio-tylną przegródką tkanki łącznej.

K i e r u n e k. Węższa od pochwy naczyń krwionośnych pochwa limfatyczna, czyli kanał udowy rozciąga się skośnie z góry na dół, z tyłu ku przodowi i nieco z wewnątrz na zewnątrz, od odstepu zawartego między żyłą udową i więzem Gimbernata do 2ch centimetr. poniżej łuku udowego, gdzie się kończy workiem ślepym; inaczej mówiąc, kierunek tego kanału jest taki, że jego podstawa jest głębiej obróconą do jamy brzusznej, a wierzchołek powierzchniowy w bliskości skóry.

R o z m i a r y. Długość i obszerność jamy tego kanału różnią się co do płci: podług H e s s e l b a c h a, u niewiast długość wynosi 25 millim., a szerokość przy podstawie 40 millim., u mężczyzn zaś jest nieco dłuższy i o 5 millim. węższy.

K s z t a ł t. Kanał udowy ma kształt lejka, czyli stożka graniasto-słupowego i trójkątnego z podstawą górną i z wierzchołkiem dolnym tak, że różnić można w tym kanale: 1) Otwór górny, 2) otwór dolny, 3) część pośrednicząca, czyli trzon, w którym rozpatrywać będziemy trzy ściany.

Dla należytego zbadania otworu górnego, czyli obrączki udowej, korzystną będzie rzeczą opisać trzy więzy, stanowiące jej granice najbliższe, a które odgrywają ważną rolę przy uwieżeniu przepukliny udowej. Więzy te są: 1) Wiąz *Gimbernala*, 2) wiąz grzebieniasty *Cooper'a*, 3) wiąz *Heja*.

1) Wiąz *Gimbernata*, czyli *tasiemeczka biodro-łonowa* (*lig. Gimbernati, bandelette ileo-pubienne, fasciculus ileo-pubicus Thomson'a*). Pod nazwą na czele wymienioną, pochodzącą od chirurga hiszpańskiego, który pierwszy zwrócił uwagę anatomów na ten wiąz, opisuje się część więzu *Pouparta*, mającą kształt blaszki trójkątnej, spłaszczonej z góry na dół, a zatém w kierunku odwrotnym do więzu *Pouparta*, który jest spłaszczony z przodu ku tyłowi. Wiąz *Gimbernata* ma kształt sierpu i obdarzony jest dwoma powierzchniami: górną i dolną; trzema brzegami, to jest: przednim, tylnym i zewnętrznym i trzema kątami, z których dwa są zewnętrzne, a mianowicie zewnętrzno-przedni i zewnętrzno-tylny a jeden wewnętrzny.

P o w i e r z c h n i a g ó r n a. Nieco wklęsła, lub mniej więcej rynienkowata wysłana jest powięzią poprzeczną i przyczynia się do utworzenia kanału pachwinowego.

P o w i e r z c h n i a d o l n a. Mniej więcej wypukła i otoczona włóknami dolnymi powięzi mięśnia skośnego wielkiego, powierzchnia ta pokryta jest warstwą głęboką tkanki łącznej podskórnej i służy za osadę powięzi szerokiej uda.

B r z e g p r z e d n i. Jest wypukły w stanie normalnym, ale wypukłość niknie po przecięciu powięzi szerokiej uda i więzu sierpowatego, a zwłaszcza po znizeniu włókien, pochodzących z powięzi mięśnia skośnego wielkiego, które same są dwojakie: jedne wchodzą w skład odnogi dolnej otworu skórzanego kanału pachwinowego; drugie, w kształcie włókien łukowatych (*fibrae arciformes, s. fascia intercolumnaris*), przebiegają przy końcu górnym tegoż otworu.

B r z e g t y l n y. Od 2 – 3 centymetrów długości, brzeg ten przyczepia się do całej prawie długości grzebienia nadłonowego, zlewając się brzegiem zewnętrznym ścięgna mięśnia prostego brzucha, z więzem *Coller'a*, jako też z więzem grzebieniastym, na którym się nawet przyczepia.

B r z e g z e w n ę t r z n y, czyli **p o d s t a w a.** Wklęsły, ostry i obrócony nieco ku tyłowi do naczyń udowych, brzeg ten jest półksiężycowy, sierpowaty i swobodny; wysłany przedłużeniem powięzi poprzecznej, stanowi granicę wewnętrzną obrączki udowej.

Z trzech kątów tego więzu: wewnętrzny czyli wierzchołek, odpowiada kółcowi łonowemu; zewnętrzno-tylny zlewa się z więzem grzebieniowym *Cooper'a*, a zewnętrzno-przedni z więzem *Heja*.

Wiąz *Gimbernata*, który zwykle stanowi blaszkę dosyć grubą, tęgą i wzmocnioną blaszkami włóknistymi sąsiednimi jest niekiedy cieńki i przebity

otworkami dla przejścia naczyń, przez które jelita niekiedy przechodzić mogą i ulegać uwięzieniu, stanowiąc przepuklinę więz u G i m b e r n a t a, na którą Prof. L a n g i e r pierwszy zwrócił uwagę we Francyi.

2) Wiąz grzebieniasty Coopera (*lig. pectineum Cooperi*). Prof. M a l g a i g n e opisuje pod tą nazwą pęczek włóknisty dosyć gruby, mający niekiedy do 1 centymetra szerokości, a który rozciąga się wzdłuż całego grzebienia łonowego, zlewając się z brzegiem tylnym więz u G i m b e r n a t a. Wiąz ten odgrywa ważną rolę przy operacyi przepukliny udowej, bo nacinany wpoprzek zwalnia się, a tem samém obręczka udowa się rozszerza i usuwa uwięzienie.

(D. c. n.)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O gruźelku i processach analogicznych. *)

(Treść rozprawy prof. Villemin, czytanej na zjeździe lekarskim w Paryżu.)

(Dokończenie).

W grzlicy płucnej napotykamy wiele granulacyi rozsiedlających się w tkance łącznej międzyzrazikowej; lecz największa ich liczba sadowi się w pęcherzykach, które znachodźmy przepelnione komórkami na drodze rozmnażania. Początkowo za istotne gruźelki brałiśmy tylko te, których punktem wyjścia była tkanka łączna międzyzrazikowa, mniemając zarazem, że zawartość pęcherzyków była tworem nabłonka płucnego; lecz tlómaczenie to w miarę dalszych naszych poszukiwań słabło. W wielu razach uważaliśmy, że twory wewnątrz-pęcherzykowe podlegały wytwarzaniu drobnych pierwiastków, niejako prawdziwych gruźelków i znów zkaładną w gruźelkach błon surowicznych, śluzowych, zwojów limfatycznych znajduwaliśmy komórki wielkiej objętości, granulujące i rozradzające się, które poczytaliśmy za podobne do nabłonka płucnego w stanie zapalnym. Nakoniec, pomimo najstaranniejszych poszukiwań, częstokroć niepodobnem nam było wynaleś w tkance międzyzrazikowej granulacyi, któreby obecnością swoją mogły nam wytłómaczyć zapalenie nabłonkowe, które przypuszczaliśmy.

Przyczynę wszystkich tych wątpliwosci widzieliśmy w niedokładnie znanój budowie pęcherzyków płucnych. Gdy jednak, dzięki nowemu sposobowi barwnego nastrzykiwania naczyń włosowatych, mogliśmy dokładniej badać budowę pęcherzyków i zmiany patologiczne, wstapiłiśmy wtedy na drogę nowych teoryi. ¹⁾ Za pomocą tego sposobu można się przekonać, że przegroda, oddzielająca dwa pęcherzyki między sobą, nie jest błoną jednorodną (*homogène*), lecz posiada w swój grubości pewien pierwiastek komórkowy jej właściwy, który czyni z niej prawdziwy rodzaj tkanki łącznej, mogący być siedliskiem granulacyi równie dobrze, jak tkanka łączna międzyzrazikowa. Istnienie zaś warstwy nabłonkowej na powierzchni wewnętrznej pęcherzyków zdało się nam zagadkowem. Przyjmujemy nawet z innymi autorami, mówi w dalszym ciągu p. Villemin, że warstwa ta bierze pewien udział w processie gruźliczym; lecz zdaje się, że fakta dziś spostrzegane inaczój powinny być tlómaczone. Ztąd tój tylko dwa główne siedliska dla gruźelka płucnego przyjmujemy, a mianowicie dwie odmiany tkanki łącznej: zwyczajna tkanka łączna międzyzrazikowa i tkanka łączna specjalna, wchodząca do budowy ścianek pęcherzyków.

Gruźelki, których punktem wyjścia są przegródki pęcherzyków płucnych zasługują na odrębną uwagę ze względu szczególnego rozpołożenia tkanki, będącej ich punktem wyjścia różnych tlómaczeń, jakim dały miejsce; one to właśnie są najczęstszymi ze wszystkich.

¹⁾ Sposób tego nastrzykiwania podany jest w rozprawie p. Villemin, napisanej p. t. *Recherches sur la véscule pulmonaire et l'emphysème* (Archiv. gener. de méd., oct. et nov. 1866.).

²⁾ Patrz Nr. 40 Gazety Lekarskiej, Tom IV. r. 1868.

W ogóle tego rodzaju gruzelki nie dają tak stale, jak gruzelki błon włóknistych, zbitych, komórek o małych wymiarach bez przymieszania komórek większej objętości; możnaby tutaj poniekąd posądzać o przyczynienie się do tego zjawiska wiotkość lub tęgość tkaniny organów. Z drugiej zaś strony przegródki pęcherzyków są nadzwyczaj cienkie, nietrwałe, zwłaszcza w części środkowej, komórki więc ich uległszy przerostowi, odrywają się często-kroć i wpadają do jamki pęcherzyka. Tam więc, niż gdzie indziej pozbawione są materiału odżywczego, wskutek zanikania naczyń; uciśnięte jedne od drugich zsychnają się, przekształcając się w najrozmaitszy sposób, co właśnie mogło dać powód do przyjęcia ich za twory nabłonkowe.

Makroskopijnie gruzełek płucny przedstawia się pod trójką formą: drobnych granulacyi, większej objętości nowotworów i mass nasiękowych (*infiltratio*); lecz rzadko która z tych form występuje oddzielnie, najczęściej napotykamy je u suchotników w połączeniu.

Badanie histologiczne wykazuje, że nowotwory większej objętości są zazwyczaj utworzone z nagromadzenia pewnej liczby drobnych ognisk odosobnionych granulacyi. Toż samo się dzieje z całymi masami nasięku. Jednakże powinniśmy dodać, co nawet dość często się zdarza, że liczne ogniska tworzą się blisko siebie współcześnie, zlewają się jedne z drugimi i dają początek rozległym prawie jednowarstwowym na pozór masom. Jestto właśnie to, co nazywają pneumonia caseosa, epithelialis, disseminata i t. p.

Z powyższych rozumowań widzimy, że we wszystkich organach punktem wyjścia gruzelka jest tkanka łączna. Powstawanie gruzelka zbliża się bardzo do powstawania ropy; lecz z tą ostatnią przedstawia dość znaczne różnice istniejące bądź w pierwiastkach morfologicznych, bądź w istocie międzykomórkowej. Komórki ropne są nieco większe od gruzelkowych, jądra ich okrągłe, lekko ziarniste (*granuleux*), o zarysach mało wyraźnych, a pod wpływem kw. octowego ($C_2H_4O_2$) można ujrzeć kilka jąder. Gruzełek składa się z jąder o konturach niejasnych, o jednym lub dwóch jąderkach, niezmiennających się pod wpływem kw. octowego i z drobnych komórek o jednym jądrze tych samych, co jądra wolne, własności.

Pierwiastek uorganizowany ropy pływa w istocie międzykomórkowej płynnej, białkowatej, nadającej temu tworowi bardzo wielką płynność, jeśli tylko ropa nie uległa t. z. zgęszczeniu (*inspissatio puris*). Istota międzykomórkowa gruzelka stała utrzymuje ściśle pierwiastki morfologiczne i nadaje temu tworowi patologicznemu twardą konsystencyą, którą może utracić tylko na skutek przemian wstecznych.

Widzieliśmy także, że rozwojowi gruzelków towarzyszy zamknięcie naczyń, nie dzieje się to podczas ropienia. Owszem obficie nagromadzone naczynia ku obwodowi ognisk zapalnych hojnie dostarczają materiału odżywczego.

Moment etiologiczny, a mianowicie podrażnienie (*irritatio*) nie zdaje się być różnym w jednym i drugim procesie. W obu polegają na powiększeniu w objętości pierwiastków komórkowych i wytworzeniu nowych. W następczych dopiero okresach różnice się uwydatniają.

Przez przyjęcie konsystencyi serowatej za charakter specyficzny gruzelka spokrewniono z tą chorobą wiele bardzo różnych co do natury i pochodzenia processów. Ta jedna przyczyna błędu starczyła, by otoczyć cały horyzont badań gruźliczych mgłą nieprzejrzaną, długo nie pozwalającą się wydostać na jasną drogę prawdy. Ropa skredowaciła, włóknik, różnego pochodzenia, zwyrodnienia gruczołów limfatycznych, zamarte posożyty i cały szereg najrozmaitszych złogów (*residua*) organicznych nakazywały nieraz wnioskować o istnieniu gruźlicy tam, gdzie jej nie było. Głównie odnosi się to do poszukiwań nad suchotami zwierząt i usiłowań dążących do oddzielenia pewnych objawów skrofalicznych od zmian gruźliczych, które fałszywym punktem wyjścia (przeistoczenie serowate) zostały spokrewnione. Dzisiaj dzięki postępom anatomii patologicznej nie możliwe są podobne błędy, tak nieuniknione przed niewielu jeszcze laty. Trzeba jednak wyznać, że wiadomości daleko dokładniejsze, jakie dziś posiadamy o początku i rozwoju processów patologicznych w ogóle i w szczególności processu gruźliczego, nie zabezpieczają nas zupełnie od wątpliwości w pewnych razach, na szczęście dość rzadkich.

Granulacya gruźlicza nie ma nic szczególnego ani w formie i wymiarach swoich pierwiastków, ani w ich ugrupowaniu, ani w pochodzeniu i następczych przemianach. Przez długi czas, mianowicie we Francyi, hołdowano tej teoryi, że zasadą tworów gruźliczych jest pierwiastek uorganizowany, specyficzny (*globulum*). Ciało to uważano nie tylko za twór chorobliwy, szczególny, wyłącznie właściwy gruźlicy, lecz nadto za twór nie mający nic analogicznego w całym ustroju, a powstawanie jego miało być samorodne.

Pojęcia te zrodzone w początkach badań histologicznych słabły stopniowo. Dzisiaj wiemy, że jądra i małe komórki nagromadzone w gruzelku napotykamy nie tylko w procesach różnych od gruźlicy, lecz nadto, że pierwiastki te mają swych przedstawicieli w normalnych pierwiastkach limfy, gruczołów chłonnych, śledziony, tkanek gruczołowych i w ogóle całej kategorii organów chłonnych. Zwracając uwagę tylko na składowe pierwiastki, możemy przyjąć gruzelkę za zupełnie podobny do tkanek limfatycznych, lecz podobieństwo nie kończy się jeszcze na tem. Przemiana serowata, której ulegają twory gruźlicze w tak stały sposób, że uznano ją za charakter tego procesu, jest także szczególną własnością niektórych tkanek limfatycznych. I tak za pewnem podrażnieniem komórki gruczołów limfatycznych zbyt licznie nagromadzone w ich pęcherzykach ulegają w wielu razach przeistoczeniu serowatemu. Bez wątpienia inne twory chorobliwe wskutek zmian wstecznych mogą również podlegać temu przeistoczeniu, lecz nie mniej jest prawdą, że gruzelki i zatkania limfatyczne posiadają w wyższym daleko stopniu dążność do przechodzenia w stan serowaty. Ta właśnie wspólność tego charakteru doprowadziła do spokrewnienia gruźlicy z żółzami (*scrophulosis*).

Inne twory chorobliwe mają także wielkie podobieństwo z gruzelką tak pod względem ugrupowania i przemian, którym ulegają w pewnym okresie rozwoju. Przytoczymy tu przedewszystkiem nowotwory nosacizny (*malleus*) i mięczaki przymiotowe (*gummata syphilitica*).

Granulacye napotymane w płucach koni cierpiących na nosaciznę mają wejrzenie zupełnie przypominające gruzelki. To właśnie doprowadziło *D u p u y' e g o* do przyjęcia, że nosacizna chroniczna nie jest czem innym jak gruźlicą konia. Granulacye nosacizny są zazwyczaj złożone w swym środku z drobnych pierwiastków tych samych własności i początku, co pierwiastki gruzelka, pochodzą z rozmnożenia się komórek tkanki łącznej, pośród której rozwija się guzik nosaciznowy (*nodule morveux*); podobnie jak pierwiastki gruzelka ugrupowane są w małe gromadki środkowe i otoczone warstwą komórek będących w okresie dzielenia i ulegających rozpadowi (*necrobiosis*)¹⁾. Granulacye nosacizny, podług pp. *T r a s b o t i C o r u i l*²⁾ powstają w ogólności około oskrzeli, są szaremi w początkach rozwoju, poczem żółkną i natychmiast przechodzą w rozpad serowaty, pozostawiając po sobie jamy. Jak więc widzimy, podobieństwo gruźlicy i nosacizny pod względem tej szczególności anatomicznej jest zupełne.

Mięczak przymiotowy (*gumma syphiliticum*) przypomina także z niektórych własności zewnętrznych i budowy histologicznej twory gruźlicze³⁾. Napotykamy tu też jądra i drobne komórki, powstałe z rozmnożenia ciałek łącznych; ten sam układ tych pierwiastków, zawartych w rozrzedzonej istocie międzykomórkowej, nieco ziarnistej, ten sam nakoniec stan serowaty, spowodowany przeistoczeniem wstecznym, rozciągającym się do grup komórek będących na drodze rozmnażania się. Bez wątpienia podobieństwo nie jest bezwzględne, lecz odcienia różnic byłyby niewystarczającymi dla rozproszenia całej niepewności, gdyby się trzymało tylko charakterów histologicznych⁴⁾.

1) *V i r c h o w*. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. II. 1. Erlangen 1865 r.

2) Note sur la structure des granulations morveuses du cheval: Comptes rendus des séances et Mémoires de la société de biologie, t. II, 4e série, année 1865 r.

3) *V i r c h o w*, la Syphilis constitutionnelle, traduit. par Picard.

4) *R a n v i e r*. Recherches anatomiques dans un cas de syphilis viscérale et osseuse; Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie. S. II, 4e série année 1865 r.

Miękczak przymiotowy bywa w ogóle barwy nieco żółtawej, nawet w początku, podczas gdy gruzełek jest szarym, przejrzystym. Z postępem czasu miękczak twardnieje i sennie, gruzełek przeciwnie dąży do rozmiękczenia.

Zupełnie jak gruźlica, mówi p. R a n v i e r, (*loc. cit*), przymiot wyciska na pierwiastkach składowych ten charakter niedoleżtwa ustroju, które się przejawia w drobności jąder i komórek nowój formacyi. To samo dzieje się w pośrodku nowotworów przymiotowych, w których komórki i jądra coraz maleją, aby uleść nakoniec rozpadowi brobinowemu; tylko ponieważ tutaj pierwiastki są zawarte w substancyi zbitój, odpornój, nie powstaje przeto z tego źródła rozpadowego massa serowata rozproszona, jak z gruzelków, lecz pewien rodzaj tkanki wejrzenia słoninowatego. Z drugiej znów strony, ponieważ naczynia w tworach przymiotowych nie zostają tak raptownie zamknięte, jak w gruzelkach, massa serowata w przymiocie może zostać wessaną, podczas gdy zjawisko to jest tylko wyjątkowem w gruźlicy. Zwracamy szczególniej jednak uwagę na ten punkt wysokości doniosłości, że nieco większe granulacye nosacizny, zwłaszcza też nagromadzone w massy nasiękowe i miękczaki przymiotowe są utworzone, podobnie, jak massy gruźlicze pewnej objętości, z nagromadzenia znacznej liczby małych ognisk. Zawsze w środku tych ognisk napotyamy komórki i jądra typu komórek limfatycznych, warstwy zaś obwodowe utworzone są z komórek większej objętości pozostających na drodze rozmnażania. Skoro przemiana wsteczna ogarnia proces, dotyka nietylko drobne pierwiastki warstw środkowych, lecz i komórki warstw średnich, jakkolwiek będą one na stopniu rozwoju mniej posuniętego i doszły tylko do okresu dzielenia. Z tą to nosacizna i przymiot dają miejsce w płucach zmianom podobnym do tych, które oznaczono nazwami, pneumonia catarrhalis, caseosa, tuberculosa, epithelialis, disseminata etc.

Z powyższych rozumowań widzimy, że kwestya specyficzności anatomicznej gruzelka powinnaby zostać rozwiązana w sposób przeczący. Najcharakterystyczniejsze pierwiastki granulacyi gruźliczej mają swych przedstawicieli w komórkach limfy i komórkach tkanek limfatycznych. Też same pierwiastki, ten sam ich rozwój, toż samo ich rozmieszczenie napotyamy w miękczakach przymiotowych i granulacyach nosacizny; a wreszcie gruzełek tkanek limfatycznych niczem nie wyróżnia się od najprostszój formy zapalenia tych tkanek: napróżno więc aż dotąd szukano patognomicznych charakterów gruźlicy. Ciało specyficzne (*globul tuberculeux*) nie istnieje, a inne charaktery, wyciągnięte z rozwoju histologicznego nie są również wystarczającymi.

Podstawy klasyfikacyi processów patologicznych powinny być te same co i klasyfikacyi roślin i zwierząt. Familie, rodzaje, gatunki nie budują się na jednej, wyłącznej własności, lecz na nagromadzeniu charakterów, malujących ogólną fizyognomię każdej z tych grup.

Zastosowując to do gruzelka np., widzimy że charakter, oparty na postaci głównego pierwiastka wchodzącego w skład jego jest wspólny wielu innym tworom tak fizyologicznym, jak i patologicznym, nie może więc służyć do oznaczenia jakości gatunku. Twory, w których napotyamy komórki gruzelka, stanowią wielką familię, w której mieszczą się: tkanki limfatyczne, gruczołowe, gruzełek, granulacye nosacizny i miękczak przymiotowy. Familia ta rozpada się na dwa poddziały tkanek normalnych, trwałych, równie dawnych, jak sam organizm i tkanek patologicznych, przechodnich i przypadkowych (gruzełek, nosacizna i miękczak przymiotowy).

Co dopiero widzieliśmy, że budowa gruzelka nie ma w sobie nic takiego, coby jej było wyłącznie właściwem, specyficznem. Lecz rzecz godna uwagi, mówi p. V i l l e m i n, że proces ten dąży do pomieszczenia się w szeregu nosacizny i przymiotu, dwóch chorób specyficzných i zaraźliwych. Umysł najwięcej nawet uprzedzony nie może się obronić myśli pokrewieństwa nosologicznego między gruźlicą i temi dwiema chorobami. Granulacya nosacizny, miękczak przymiotowy i gruzełek przedstawiają się nam, jako trzy gatunki jednego anatomo-patologicznego rodzaju, jednak zbyt śmiałą byłoby hipotezą uważać te choroby za spokrewnione między sobą naturą czynników etiologicznych. Nosacizna i przymiot są zaszezpialne, zapytaliśmy więc o tę własność dla gruzelka.

Doświadczenie odpowiedziało twierdząco, postawiło naszą hipotezę w rzędzie niezaprzeczalnych praw. Niedowiarstwo pierwszych chwil chwiać się zaczyna. Imiona wysokiej powagi tarczą swych doświadczeń osłaniają ważny fakt zaszczipialności gruźelka, a jeśli jeszcze istnieje ciemna mgła niepewności, to przyszłość opromieniając ją swem światłem wskaże granice istotnej prawdy.

Henryk Stankiewicz.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 4 do 10 Marca. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	771	219	214	45	761
„ Śgo Ducha	165	41	32	8	166
„ Ewangelickim	84	21	12	2	91
„ Śgo Rocha	100	32	32	2	108
„ Śgo Jana Bożego	184	5	3	—	186
„ Śgo Łazarza	314	45	56	4	299
„ Starozakonnych	407	132	137	12	390
Ogółem:	2035	525	486	73	2001

od dnia 11 Lutego do 17 Marca. (włącznie) 1868 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	761	312	243	51	779
„ Śgo Ducha	166	42	29	2	173
„ Ewangelickim	91	16	28	2	76
„ Śgo Rocha	108	46	45	5	103
„ Śgo Jana Bożego	186	2	1	1	186
„ Śgo Łazarza	299	51	54	2	294
„ Starozakonnych	390	150	128	9	403
Ogółem:	2001	616	530	72	2014

Wiadomości bieżące.

— O podskórnem nastrzykiwaniu sublimatu w celu leczenia przymiotu (*sypylis*). (Wiener Med. Presse No. 11—1868 roku). Podskórne nastrzykiwania rozmaitych środków lekarskich, od dziesięciu przeszło już lat są w użyciu u publiczności lekarskiej, a jednak przetwory rtęciowe w ograniczonych dopiero rozmiarach probowano stosować w ten sposób, przeciwko przymiotowi. W najnowszych dopiero czasach Dr. Lewin z Berlina udzielił wiadomość o tej metodzie wprowadzenia rtęci do ustroju i o wypadkach takowej metody, której on używał u 500 chorych dotkniętych konstytucjonalnym przymiotem. Wiadomość ta w całej obszerności umieszczoną została w 14m tomie „Annalen des Charité—Krankenhauses in Berlin”; tu przytaczamy tylko interesującą treść tej monografii, opracowanej z całą pilnością i znajomością rzeczy.

Przetworem, którym posługiwał się Lewin był sublimat. Roztwór potrzebny do nastrzykiwania przygotować sobie można biorąc gran jeden sublimatu na 1½ drachmy wody destylowanej. Tym sposobem otrzymujemy ilość wystarczającą na 8 nastrzykiwań. Ilość taka zawsze powinna być używaną, ilekroć razy posługujemy się w mowie będącem postępowaniem leczniczym, a to z 3ch następných powodów: 1^o Ponieważ zwykle robimy jedno nastrzykiwanie na dobę, to mamy ilość przygotowaną naprzód na 8-m dni; robić sobie zapas na czas dłuższy nie jest dobrze, gdyż preparat łatwiej będzie się rozkładał; 2^o Roztwór przygotowany w wyż podany sposób nie jest nazbyt stężonym. Bardziej stężonych roztworów należy unikać, gdyż takowe łatwo wywołują ropnie w miejscu nastrzykiwania. 3^o Gdy cała ilość roztworu napelniającego strzykawkę wprowadzoną będzie do organizmu, za każdym razem można użyć ściśle $\frac{1}{8}$ grana sublimatu. Mniejsze ilości niż $\frac{1}{8}$ grana nie mogą być zalecane, gdyż przez używanie takowych leczenie niepotrzebnie się przedłuża;—jeżeliby zaś dla osiągnięcia przeciwnego skutku t. j. skrócenia leczenia chciało

nastrzykiwać na raz większe ilości płynu danego, to tkanka podskórna zostałaby podrażnioną na większej przestrzeni, w następstwie czego łatwo wywiązałyby się mogło zapalenie i tworzenie się ropni.

Kanka strzykawki po użyciu do sublimatu i to u przymiotem dotkniętych, powinna być staranniej jeszcze niż po użyciu jej do innych środków lekarskich, oczyszczoną. W praktyce prywatnej zalecaćby należało aby dla każdego chorego posiadać oddzielny sztylecik. Ponieważ do dokładnego nastrzyknięcia potrzeba żeby sztylecik taki łatwo się wkłwał, a to aby uniknąć szarpania, o ile można ograniczyć ból, zapobiedz tworzeniu się pryszczów w miejscu ukłucia, i nakoniec aby ukłucie zrobić ile można najgłębszem,—sztylecik też zawsze powinien być bardzo ostrym, i w tym celu w ciągu kuracyi często ostrzonym być winien.

Dostatecznej głębokości dosięga sztylet, przenikając tylko do tkanki łącznej podskórnej; jeżeli bowiem kanka, nie przenikła do tkanki komórkowej podskórnej, wtedy płyn nastrzykiwany pozostaje w drobnosiatkowatej tkance skóry i wywołać może jej zapalenie (*dermatitis*) nawet z przejściem w ropienie. Gdy znowu sztylet wdraży głębiej, wtedy uszkodzonymi być mogą głębsze części pod skórą leżące, jak mięśnie i t. p.

Dlatego też obiera się do ukłucia takie tylko miejsca, w których skóra łatwo daje się unieść w fałdę, i nakłuwana się o ile można równolegle a nie prostopadle do podłużnej osi tejże fałdy, aż do jej środka. Po dokonaniem wstrzyknięcia wyciąga się sztylet z jak najmniejszym targaniem, co uskutecznia się w ten sposób, że gdy jedną ręką wyciągamy kankę ze skóry, jednocześnie wielkim palcem i wskazicielem drugiej ręki usiłujemy zsuwać skórę z kanki. Osiągamy tą drogą i to jeszcze, że ani trochę nastrzykniętego płynu nie cofa się, i w tym jeszcze celu miejsce nakłucia przez kilka chwil naciskamy końcami palców, albo na dłużej pokrywamy je plastrem lepkiem.

Do nakłuwań najlepiej nadaje się skóra grzbietu, piersi (szczególniej górnych bocznych jej części) i krzyża, mniej już skóra pośladków. Przy zapaleniu tęczy (*iritis*) nastrzykiwał L e w i n najczęściej w okolicy skroniowej, w bliskości chorego oka.

Na dobę robi się j e d n o t y l k o nastrzyknięcie. Po przekonaniu się dopiero jak oddziaływa ustrój chorego tak na sam środek, jak i na sposób jego zastosowania, można w naglących wypadkach robić dwa nastrzyknięcia, przy gwałtownych zapaleniach tęczy nawet trzy,—i to w odstępie czasu wynoszącym najmniej 4 godziny między jednym a drugim nastrzyknięciem.

Wrażliwość niektórych osób zasługuje na szczególne uwzględnienie, gdyż niekiedy wymaga ona zmodyfikowania postępowania, która to modyfikacja polega bądź na zmniejszeniu ilości wstrzykiwanego na raz sublimatu, bądź na przymieszaniu doń $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{8}$ gr octanu morfiny. Zaparcie stolca, które niekiedy powstaje po przymieszcze morfiny, znosi się łatwo zapomocą kilku szklanek wody gorzkiej.

Cała ilość sublimatu, którą zużywał L e w i n na jedną kuracyę zapomocą nastrzykiwań, wynosiła przecięciowo 2—3 gran. często mniej, rzadko więcej.

K o r z y ś c i jakie przedstawia ta metoda leczenia, polegają na łatwości jej wykonania i dogodności dla chorego. Nie wymaga ona żadnego leczenia przygotowawczego ani następnego;—chory nie potrzebuje zachowywać tak ścisłej diety jak to jest wymaganem przy innych sposobach leczenia, i nie jest zmuszonym do pozostawania w pokoju a tem mniej w łóżku. Nie potrzebuje on się też usuwać całkowicie od spraw swego zawodu, co także przyczynia się do ochronienia go od smutnego nastroju ducha, w który dotknięci przymiotem tak często wpadają. Metoda ta ma prócz tego za sobą wyższość wewnętrznego leczenia rtęcią (dobrze wiadomo, jak wiele rtęci wprowadza się do organizmu¹, bez jego złych wpływów, gdyż ani żołądek, ani kiszki nie przychodzą w zetknięcie z szkodliwą tą solą metaliczną. Przed wszystkimi zewnętrznymi sposobami stosowania rtęci, tę znowu metoda ta przedstawia dogodność, że może być próbowaną wtedy nawet, gdy z powodu rozległego zajęcia chorobowego skóry, żaden przetwór rtęciowy w większych dawkach zewnętrznie użytym być nie może.

Z tem wszystkim metoda ta ma i swoje z l e s t r o n y. A najpierw, stosowanie rtęci połączone tu jest z bólem. Ból ten zależy w części od ostrości końca sztyletu, w części

od zrzeczności wykonywanego nastrzykiwania. Są to więc momenta podrzędnej natury. Ważniejszym jest, że nastrzykany przetwór sam przez się, u niektórych osób bądź natychmiast po nastrzykaniu, bądź po upływie pewnego czasu, wywołuje ból, który niekiedy w ciągu leczenia, za każdym nowym nastrzykaniem wzmagają się, i u osób bardzo wrażliwych uniemożliwia przedłużenie kuracji. Ocenienie tej wrażliwości w każdym wypadku nie inaczej jest możebnym jak po dokonanej próbie. Wypada przecież zauważyć, że mało jest indywidualów w tak wysokim stopniu wrażliwych, iżby to zniewoliło nas do zaniechania tego sposobu postępowania leczniczego.

Drugą szkodliwością tej metody są wywoływane przez nią sprawy patologiczne w miejscu nastrzykiwania, a mianowicie powstawanie ropni. Jakim sposobem zmniejszyć powód do ich wytworzenia się, wspomniano już wyżej, mówiąc o przysposobieniu płynu do nastrzykiwania. Zapalenia w mniejszym stopniu, nie przechodzące w ropienie, łatwo ustępują. Na to też wypada zwrócić uwagę, że według doświadczeń *Lewi n'a*, ropnie podobne łatwiej powstają przy nastrzykiwaniach dokonanych w bliskości zwojów gruczołowych, a więc na ramionach i udach, niż w innych miejscach; — łatwiej u osób wycieńczonych niż u silnych.

Inną jeszcze złą stroną podskórnych nastrzykiwań w ogólności, jest *m o z n o s e z r a n i e n i a n a c z y n i*, czego jednak z łatwością uniknąć można.

Jeżeli u osób nader wrażliwych wystąpiły *o z n a k i z a t r u c i a*, podobne do tych, które zdarzają się przy wewnętrznym użyciu sublimatu, do usunięcia ich wystarczą małe dawki makowca (*opium*), albo (stosownie do natężenia objawów) środków podniecających jak np. wina, chininy, eteru i t. p.

Z tego sposobu zastosowywania rtęci nigdy długotrwała nie wynika szkodliwość. Wstawiające się tu niekiedy zapalenie dziąseł (*stomatitis*) nie jest wcale trudniejszym do usunięcia niż powstałe przy innych metodach leczenia rtęciowego, i rzadko osiąga większego natężenia. Pojawienie się zresztą lub nie pojawienie tej przypadłości, żadnego nie wywiera wpływu na ostateczny wypadek leczenia.

Ten sposób postępowania kombinować można z stosowaniem innych jeszcze środków lekarskich, tak przeciw przymiotowi, jako też przeciw innym cierpieniom tamto wnikającym; *Lewi n* jednak wyraźnie twierdzi, że przeciwko przymiotowi same nastrzykiwania sublimatu, z wyłączeniem wszelkiego innego postępowania leczniczego, najlepiej się nadają. One najwcześniej sprowadzają znikanie objawów tej choroby, najpewniej zabezpieczają od powrotu tych objawów, a chociaż takowe i powrócą po wyleczeniu wyłącznie nastrzykiwaniami, to są stosunkowo łagodniejsze i łatwiej ustępują po mniejszej liczbie nowych nastrzykiwań, niż wtedy gdy leczenie takie inaczej poprzedzone było.

Na zakończenie tego streszczenia pracy *Dra Lewi n'a* pozostaje tylko objawić życzenie, aby ogłoszenie jej zachęciło jak największą liczbę lekarzy praktykujących do wypróbowania tego sposobu leczenia chorych przymiotem dotkniętych, a tem samem aby sąd innych spostrzegaczy o wartości leczniczej opisaney metody doszedł do wiadomości świata lekarskiego.

Od Redakcyi. Wykład *Patologii i terapii szczegółowej* Prof. *Dra Luczkie w i c z a*, którego druk od 5 tygodni rozpoczęty został, zajmie 3 tomy, z których *p i e r w s z y* zawierać będzie: choroby układu nerwowego i narządu krążenia, *d r u g i*: choroby narządu oddechania i trawienia, a *t r z e c i*: choroby narządu moczopłciowego i choroby ogólne, czyli zakaźne (*Infectionskrankheiten*). Pierwszy tom dzieła wydanym będzie w bieżącym roku.

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Akuszeryi* ark. 7my, *Psychiatrii* ark. 10ty, i *Patologii i terapii szczegółowej* ark. 7my.

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.
