

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 poczte (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskiej. *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.** Wycięcie jajnika (Ovariotomia). Spostrzeżenie Dra Ludwika Adolfa Neugebauera, lekarza ordynującego w szpitalu Sgo Ducha w Warszawie. — Żoły podejrzane, nosacizna i tylezak. Lekcyja Magistra weterynaryi Piotra Seifmana, zarządzającego Szkołą weterynaryjną i wykładającego Epizoocyologią w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). — O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. M. L. Hirschfeld. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). — **Kronika Zagraniczna.** Rzut oka na postępy w ostatnich czasach nauki o chorobie przymiotowej (syphilis). M. Lewiński. — **Wiadomości bieżące.** Prostytucya w Warszawie w r. 1867. — Pijaństwo i obłąd opilczy w Petersburgu.

Wycięcie jajnika (Ovariotomia).

Spostrzeżenie Dra Ludwika Adolfa Neugebauera, Lekarza ordynującego w szpitalu Sgo Ducha w Warszawie.

Jakkolwiek szczęśliwie przebiegające wypadki wycięcia jajnika nie należą dziś już do rzadkości, to jednak tak wiele jeszcze znajduje się momentów, odnoszących się bądź do strony technicznej tej operacji, bądź do leczenia pooperacyjnego, względem których lekarze różnią się w zdaniach, iż każdodziennie uczuć się daje potrzeba, o ile można największego statystycznego materiału, któryby był w stanie przyczynić się do wyświeślenia wątpliwych momentów, a tém samém posłużyć za podstawę do postawienia pewnych prawideł, operacji tej dotyczących. To też każdy, chociażby najszczuplejszy przyczynek tu się odnoszący, pożądanym jest w nauce, i dla tego nie mogę uważać za rzecz zbyteczną ogłoszenia historyi wykonanego przezemnie przed niedawnym czasem wycięcia jajnika, które pomyslnym zostało uwieńczone skutkiem.

Józefina G....., wieśniaczka, ze wsi Sinołęka w pow. Węgrowskim gub. Siedleckiej, 25 lat wieku licząca, zrodzona z rodziców zdrowych, którzy oprócz niej mieli jeszcze jedną córkę i syna również zdrowych, w dzieciennym wieku przebywała zimnicę pół roku trwającą, a cały wiek młodociany w zupełném spędziła zdrowiu. Odpływy miesięczne pojawiły się u niej w 18 roku życia i od tego czasu

przychodziły regularnie. W dwa lata po zjawieniu się pierwszej regularności przebyła szczęśliwie gorączkę tyfoidalną, poczem znowu cieszyła się niezachwianym zdrowiem. Lecz trwało to tylko do późnej jesieni 1865 r. W owym bowiem czasie, pewnego dnia, bez żadnej szczególnej przyczyny, pochwycił ją nagły i gwałtowny ból w głębi i nieco po lewej stronie podbrzusza, ból, który z tego miejsca rozpromieniał się ku lewemu udu. Trwał on dni kilka z równą gwałtownością, poczem zaczął stopniowo łagodnieć, lecz nie znikł zupełnie, owszem w mniejszym stopniu, przez długi przeciąg czasu nie opuszczał chorą. Lecz i w tym okresie nasilał się on od czasu do czasu z większą lub mniejszą gwałtownością, a podczas tych nasileń (*exacerbatio*), niekiedy przyłączało się doń uczucie drętwienia lewego uda. Gwałtowniejsze te napady, czyli nasilenia bólu powtarzały się początkowo co drugi lub czwarty dzień, potem w dłuższych odstępach czasu i trwały to dwie to trzy godziny, czasem i dłużej. Stan taki przetrwał całą zimę z r. 1865 na 1866, i dopiero z początkiem wiosny bóle zupełnie ustały. — Przez cały ten czas chora bardzo była osłabiona i większą część tegoż przeleżała w łóżku; ale i po ustaniu bólu na długo jeszcze pozostała osłabioną i tylko bardzo wolno wracała do sił. — W lecie dopiero stan jej zdrowia o tyle się polepszył, iż mogła wrócić do zajęć swych jako sługa dworska.

Tymczasem wtedy już, gdy cierpiała na wyżej opisany ból w brzuchu, dostrzegła w tym ostatnim guz kształtu okrągłego, wielkością pięści męzkiej dorównywający, który leżał w dolnej części podbrzusza więcej na lewo, wyczuwał się twardym, sam przez się był niebolesny, lecz za naciskiem dolegał wyraźnie, i do pewnego stopnia był ruchomym. Mianowicie, gdy chora leżała na grzbiecie i przewróciła się potem na bok lewy, to guz z dopiero co opisanego położenia przesuwał się jeszcze nieco więcej na lewo; przeciwnie, jeżeli chora zwróciła się na bok prawy, to prześlizgał się on na tę ostatnią stronę. — Po pewnym czasie chora dostrzegła, że guz dopiero co opisany, przybrał nieco na wielkości. Wzrost ten wciąż postępował z pewną szybkością, a w upłynionym roku (1867) dosięgnął tego już stopnia, że guz zaczął się stawać uciążliwym dla chorą z powodu swego ciężaru. Nadto od chwili, w której tenże znacznie powiększać się zaczął, chora na nowo doznawać zaczęła bólu w podbrzuszu, który nie był wprawdzie tak silnym jak dawniejszy, jednak niekiedy, mianowicie przy chodzeniu i pracy mocno jej dokuczał; obok tego chora dostrzegła znowu stopniowy upadek swych sił, do których zaledwie dopiero wracać poczęła.

W takich okolicznościach chora, która do tego czasu posiłkowała się li tylko nieznaczacemi domowemi środkami, ujrzała się nakoniec zmuszoną zasiągnięcia porady lekarskiej i w tym celu udała się do poblizkiego miasta Kałuszyna, wzywając pomocy praktykującego tam Dra L e o n a D u d r e w i c z a. — U tego ostatniego znajdował się przypadkowo jako gość inny lekarz, P. J. F. N o w a k o w s k i asystent kliniki chirurgicznej Warszawskiej. Obaj ci lekarze rozpoznali natychmiast cierpienie chorą, jako t o r b i e l o w a t e z w y r o d n i e n i e j a j n i k a, i radzili jej udać się w celu doszczętnego (radykalnego) wyleczenia tegoż, do szpitala Śgo Ducha w Warszawie. — Chora poszła za

daną sobie radą i już 1 sierpnia tegoż roku wstąpiła do rzezonego szpitala.

W tym czasie nie znajdowałem się w Warszawie, lecz przebywałem w Strasburgu w Alzacyi, dokąd udałem się w celu czynienia studyów u Prof. K o e b e r l é nad postępowaniem jego przy operacjach wycięcia jajników, które on wykonywał z najświetniejszymi rezultatami. Dopiero w połowie września wróciłem do Warszawy.

Z początku chora powierzona była profesorowi chirurgii w Warszawskiej Szkole Głównej Dwi G i r s z t o w t o w i, który po moim powrocie, mnie ją przekazał. Pomimo to, nie byłem w możności przyjęcia jęj natychmiast, gdyż zaraz po powrocie popadłem w ciężką chorobę, która na dość długi czas przykuła mnie do łóżka. Dopiero tedy w miesiącu listopadzie objąłem obowiązek mój lekarza ordynującego w oddziale gyniatryczno-chirurgicznym szpitala, i wtedy mogłem poddać naszą chorą szczegółowemu zbadaniu.

Wypadek tego badania był następujący:

Wzrost choręj wynosił 54 cale według staręj, albo $146\frac{1}{2}$ centymetrów według nowęj francuzkięj miary, był zatęm niski; układ kostny regularny, delikatny, mięśnie stosunkowo słabo rozwinięte; włosy koloru szatyn; oczy (tęczówki) cięmno-bure; chora była nieco wychudła, twarz miała wybladłą nieco, ale jednak nie wyglądała kachektycznie. Sutki miała słabo rozwinięte ale nie wiotkie, a brzuch bardzo znacznie powiększony. Obwód poziomy tułowia na wysokości pępka wynosił przy pionowém położeniu choręj $36\frac{1}{4}$ cala (98 ctm), przy poziomém zaś położeniu na grzbiecie 37 cali (100 ctm.). Odległość wyrostka mieczykowatego kości mostkowej od spojenia łonowego, w łuku przechodzącym wzdłuż linii białęj, wynosiła: odcinek górny, t. j. od wspomnianego wyrostka do pępka, w położeniu stojącém $9\frac{1}{2}$ cali (26 cent.), w położeniu leżącém $8\frac{3}{4}$ c. (21 ctm.), odcinek zaś dolny, t. j. od pępka do spojenia łonowego w pierwszém położeniu $9\frac{1}{4}$ cala (25 ctm.) w drugięm 9 cali (24 ctm.); w całości zatęm, podczas stania $18\frac{3}{4}$ cala (51 ctm.), podczas leżenia $16\frac{3}{4}$ cala (45 ctm.).

Powiększenie brzucha spowodowanęm było częścią przez zawarty w jamie brzusznej wielki i nieregularny guz, częścią zaś przez płyn, w niewielkięj stosunkowo ilości tamże zebrany. Wspomniany guz, miał długości $11\frac{1}{2}$ cali (31 ctm.) szerokości 8 cali (22 ctm.); przy opukiwaniu we wszystkich swych częściami dawał odgłos próżny i składał się z trzech większych, okrągławych części, oddzielonych od siebie za pośrednictwem głębokich przewężeń; z tych trzech części, jedna większa, wielkością dorównywała macicy w 7 miesiącu ciąży, z dwóch zaś mniejszych każda przechodziła nieco wielkością głowę noworodka. Część większa zajmowała środek i dolną część jamy brzusznej i w tym kierunku opuszczała się ku tyłowi do wchodu miednicy; dolna jęj połowa była nieco stępioną i wydawała się nie podatną i twardą, a przy jednoczesnęm omacywaniu palcami obu rąk wyczuwać się w nięj dało wyraźne przelewanie (*fluctuatio*). Z dwóch mniejszych części, które były z lekka naprężone, i obie bardzo wyraźne przedstawiały przelewanie, jedna leżała ponad większą, druga po prawęj jęj stronie. Powyżęj leżąca

wypełniała cały odstęp między częścią większą a dołkiem sercowym, a ztąd dość spory jój kawałek wnikał w prawą okolice nadbrzuszną (*hypochondrium*), gdzie zlewał się z prawym płatem wątroby. Część leżąca na prawo, zajmowała miejsce przed okrężnicą wstępującą. Każda z tych części wypukłała nieco odpowiednią sobie część ściany brzusznej, większa najwięcej, prawa z dwóch mniejszych najmniej. Przy tém część większa przyrośnięta była do ściany brzucha, i przyrośnięcie to zdawało się rozciągać na całą powierzchnię zetknięcia z tą ostatnią, bowiem gdy guz w brzuchu poruszany był w tę i ową stronę, to w okolicy jego lewej górnej części, po przyłożeniu ucha w tém miejscu do ściany brzucha, wyraźnie słyszeć się dawał szmer tarcia, który za tém przemawiał, że nie było tu żadnego zrośnięcia z tą ścianą.

Co się tyczy dwóch mniejszych części guza, to te nie były zrośnięte ze ścianą brzuszną, lecz najzupełniej pod nią przesuwalne. Przesuwalność tę posiadała mianowicie część p o n a d większą położona, w tak wysokim stopniu, że przy pomocy odpowiedniego nacisku ręką, bez wielkich trudności mogła być przepchaną ze swego położenia do prawej okolicy podbrzusznój i przed żołądek, prawie pod fałszywe żebra lewej strony.

Przy badaniu przez pochwę, przez przednią część sklepienia téjże wyczuwałem dolny koniec guza, jako ciało wielkie, wypełniające górne wejście do miednicy, odporne, ale dość sprężyste, które w tym kierunku wydało się zaokrągloném. Posuwając końce dwóch palców użytych do badania: wskazującego i środkowego, po przedniej części tego ciała, natrafiłem na macicę, której część pochwowa położeniem swoim dość dobrze odpowiadała linii osiowej kanału miednicy, ciało jednak okazało się przez guz zepchniętém z téj linii ku prawej ścianie miednicy. W ogóle cały ten organ był przez guz nieco ku dołowi popchniętym, i dla tego leżał nieco niżej niż w stanie prawidłowym. Zresztą nie przedstawiał on nic nieprawidłowego, wyjąwszy to, iż był nieco dłuższy niż zwyczajnie. Pomiar jego jamy przedsięwzięty przezemnie za pomocą hysterometru (macicomiaru) wykazał mianowicie, że długość tego organu wynosiła 3 cale i 2 linie ($8\frac{1}{2}$ ctm.).

Jako skutek wyż opisanego guza i płynu zebranego w jamie brzusznej, chora podczas chodzenia i stania przybierała nieco przechyloną postawę na podobieństwo kobiety w końcu ciąży, doznawała przykrego uczucia ciężenia i prężenia w podbrzuszu i uskarżała się na ogólne osłabienie, które jak mówiła, stopniowo się zwiększało. — Zresztą, wszystkie czynności jój organiczne zachowywały się dość prawidłowo, tylko odpływy miesięczne, które zwykle trwały normalny przeciąg czasu i były miernie obfite, w ostatnich czasach nieco za prędko, mianowicie co 3 tygodnie po sobie przychodziły.

Z uwagi na to cośmy powiedzieli, nie mogło ulegać żadnej wątpliwości, że chora dotkniętą była wielokomórkową torbielą jajnika (*Cystoma multiloculare ovarii*), i że ta torbiel zajmowała lewy jajnik.

Co się tyczy p r a w e g o jajnika, ten przez wzgląd na trwanie regularności prawdopodobnie był zdrowym, jako téż i macica, pomijając jój przedłużenie

o 10 linii (22 mm.) sprawione przypuszczalnie cierpieniem jajnika i jój przesunięciem przez guz na prawą stronę.

Zebranie się płynu w jamie brzusznej (*ascites*), było następstwem ucisku jaki guz wywierał na wielkie pnie naczyniowe brzucha i miednicy, a z powodu swój nieznaczności, odgrywało podrzędną tylko rolę. To więc, przy stawianiu sobie planu leczenia nie zasługiwało u naszój chorój na żadne szczególne uwzględnienie.

Pytanie, jak długo trwać mogło cierpienie jajnika u chorój, znajduje odpowiedź samo w sobie, skoro rozważymy, że chora w zimie r. 1865 na 1866 rok przez dłuższy czas doznawała bólów w lewój połowie podbrzusza i w lewém udzie, które przyjąć należy za objaw zapalenia lewego jajnika, jako téż, że podczas owego okresu trwania bólów rozwinął się w lewój połowie tego podbrzusza guz, który nie mógł być niczém inném jak tylko początkiem wielkiego torbielaka lewego jajnika, z którym chora wstąpiła do szpitala.

Rokowania dla chorój z powodu jój cierpienia mogło być tylko najgorsze, bo jakkolwiek cierpienie to istniało dopiero od dwóch lat, to jednak zrobiło przez ten czas znaczne stosunkowo postępy, a chora pozostawiona samój sobie, szybkim krokiem zdążała do niechybnego fatalnego końca; ocalić ją mogło tylko wycięcie torbieli jajnika (*ovariotomia*), gdyż na téj tylko drodze mógł być powstrzymany stopniowy upadek jój organizmu cierpieniem jajnika spowodowany.

Przedstawiłem tedy chorój, że operacya ta jest ostatecznym i jedynym środkiem jój ocalenia, a gdy przedstawienie moje chętnie przyjęła, postanowiłem wykonać na niój rzeczoną operacyę i dzień operowania naznaczyłem na 27go listopada.

Zanim przystąpiłem do dzieła, przedtém raz jeszcze ściśle zbadałem chorą, wraz z kilku innymi kolegami, którzy mi potém przy operacyi assistowali albo byli przy niój obecnymi, utworzyłem plan operacyi i poczyniłem potrzebne do niój przygotowania. Rozkazałem mianowicie przenieść chorą z sali ogólnej, na której dotychczas pozostawała, do oddzielnego, widnego i ogrzanego pokoju, w przeddzień operacyi dać jój kąpiel, przeczyszczającą dawkę oleju rycynowego i sześć 10cio granowych proszków Bismuthi nitrici praecipitati, a bezpośrednio przed operacyą zaleciłem wypuścić jój mocz.

Samą operacyę wykonałem w dniu wyżej podanym, w assistencyi PP. Prof. Girsztowta i Korzeniowskiego, lekarzy praktykujących Helbicha, Groëra, Kwaśnickiego, Nowakowskiego, Chwata, Brauna, Śmiechowskiego i studenta medycyny Ciumkiewcza, w obecności PP. Profów. Le Brun'a i Tyrchowskiego, Drów Konitz'a, Darewskiego i wielu innych kolegów, i pewnej liczby studentów medycyny.—Działo się to w tym samym pokoju, w którym chora kilka dni przepędziła, i który w dniu operacyi ogrzany był do $+ 18^{\circ}$ R.

(Dalszy ciąg nast.).

Zołyzy podejrzone, nosacizna i tyleczak.

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

(Ciąg dalszy, patrz nr. 41).

Objawy i przebieg choroby (*Symptomatologia*). W formie, która nosi nazwę *nosacizny* (*malleus humidus*) głównymi objawami, przy dostatecznym rozwoju choroby są: wyciek z nozdrzy, guziczki i wrzodziki na błonie śluzowej nosa, tudzież nabrzmienie gruczołów limfatycznych w rowie podszczękowym. Cała ta sprawa zajmuje zwykle jedną tylko jamę nosową i odpowiedniej strony gruczoł podszczękowy, jak Gerlach i niektórzy inni weterynarze twierdzą, częściej lewą niż prawą stronę; jeżeli zaś dotyka współcześnie z obu stron błonę śluzową, to zawsze jest z jednej strony więcej niż z drugiej wydatną. Sama błona śluzowa, będąc w stanie kataru, rzadko jednostajnie, najczęściej jest plamisto zaczerwienioną, rozpulchnioną, zgrubiałą i można dostrzedz rozgałęziające się w niej drobne naczynia krwionośne, nie jednostajnej średnicy, (katar chroniczny). Wydzielający się płyn, z początku więcej przejrzysty, staje się później mętnym, (od obfitszej przymieszki komórek epitelialnych), lepkiem, brudno żółtawym, lub zielonawym, czasami zaczerwienionym (od przymieszki krwi), albo też jest upstrzony punktami zielonemi (od przymieszania się drobnych odłamków zniszczeniu uległej chrząstki przegrodowej nosa, lub muszli nosowych). Ciecz rzeczona ma obok tego, zwłaszcza jeżeli uległy owrzodzeniu (*caries*) muszle nosowe lub chrząstka przegrodowa, woń cuchnącą i nadżera części, po których przepływa, przez co na brzegach nozdrzy powstają nadżarcia (*excoriationes*), oraz obrzmienie, przyczyniające się do ściśnienia ujścia odpowiedniego nozdrza i utrudzające przez to oddychanie tém więcej, że sama błona nosowa jest czasami, mianowicie przy przebiegu ostrym, mocno nabrzmiała i że materyja lepka zasychająca w około nozdrzy na strupy, także formuje tamę w swobodnym przepływie powietrza respiracyjnego.

Przy bliższém obejrzeniu jam nosowych, (do czego należy podnieść głowę zwierzęcia, odwrócić je do słońca, rozszerzyć skrzydełka nosowe, a czasami i oświecić wnętrze nosa, wprowadzając odblask stosownie utrzymywanego lusterka), widzieć się dają na błonie śluzowej guziczki wielkości ziarna prosa, konopi lub soczewicy, barwy szarawej lub żółtawej, zamienione już czasami we wrzodziki; około nich zaś stan kataru błony najwyraźniej jest uwydatniony. Guziczki te sadowią się najczęściej na przegrodzie, rzadko na ścianach bocznych nosa, a nieraz umieszczone są w jamie nosowej tak wysoko, że za życia nie tylko dojrzeć, ale nawet przez wprowadzenie palca wymacać ich nie jesteśmy w stanie.

W tym razie, z powodu że wypływ z nozdrza i zbrzęknienie gruczołu limfatycznego podszczękowego, przypominają tak zwane zołyzy, przy względzie na uporeczywość choroby, jednostronny tylko wpływ, i także nabrzmienie gruczołu podszczękowego, w przypuszczeniu że nowotwory nosacizny mogą właśnie być

usadowione w wyższych częściach jam nosowych, oznaczamy chorobę nazwą *z o ł z ó w p o d e j r z a n y c h* (*adenitis suspecta*).

Guziczki o jakich wyżej mowa, znajdują się czasami gromadnie obok siebie, a w takim razie, po zamienieniu się na wrzodziki, zlewając się, tworzą wrzód nieoznaczonój formy, gdy wrzodziki powstałe z guziczków samotnie poustawianych, zazwyczaj są okrągławe. Również powstaje wrzód nieoznaczonój postaci i zawsze dość duży, gdy oprócz guziczków, błona śluzowa zajęta jest nasiękiem rozlanym (*infiltratio diffusa*), co zwykle ma miejsce w tak zwanój nosaciznie ostrój.

Wrzodziki, o których mowa, odznaczają się wyniosłemi, wywiniętymi, nierównemi brzegami i dnem zagłębioném, słoninowatém, brudno-szarém lub brudno-żółtawém, które jest powleczone masą lepką, lśniącą się. Drażą one przytem i w głąb, tak że nie samą tylko błonę śluzową i tkankę podśluzową, ale nieraz i chrząstkę przegrodową albo kości muszlowe zajmują, powodując zniszczenie w tych częściach.

Wymienione właśnie cechy ułatwiają odróżnienie sprawy nosacizny od owrzodzeń powstałych na błonie śluzowój nosa, przy niektórych innych sprawach chorobowych np. od *nażarć* (*erosiones*) przy katarze, od owrzodzenia błonicowego (difterytycznego), od wrzodzików powstałych skutkiem mechanicznego lub chemicznego obrażenia błony śluzowej nosa i t. d.

Oprócz otwartych jeszcze wrzodzików, znajdują się niekiedy na błonie śluzowój wystające nad jój powierzchnią blizny po już zagojonych, które mają zazwyczaj formę promienisto-gwiazdzistą, kolor żółtawo-biały i są mniej więcej twarde.

Niezależnie od zmian dotąd opisanych, znajdujemy statecznie zbrzęknienie gruczołów limfatycznych w rowie podszczękowym. Obrzękłość w nosaciznie chronicznój zwykle wyraźnie ograniczona, kulista, lub więcej podługowata, twar-da, pagórkowata, niesprężysta i bez podniesionój temperatury, w rzadkich tylko wypadkach, okazuje w dotknięciu wyższą czułość, zazwyczaj bowiem, zwłaszcza gdy choroba trwa już od pewnego czasu, jest niebolesną i skóra bywa zwykle z guzem złana, tak, że nie daje się na nim przesuwac, a dość często jest cały guz nieruchomy, w skutek przyrośnięcia do żuchwy. Podobnie jak sprawa chorobowa w nosie, zajmuje i zbrzęknienie gruczołu tylko jedną stronę, odpowiadającą właśnie dotkniętemu nozdrzu. Czasami jednak jest nieco nabrzmiaty i gruczoł strony przeciwnój. Nadto po stronie zajętogo nozdrza spostrzega się niekiedy katar łączniocy, a ztąd wypływ łez i śluzu, zasychającego w kącie wewnętrznym oka, na brudno żółtawe grudki.

Czasami przy znaczném rozszerzeniu sprawy chorobowój, rozciąga się on i na worki powietrzne, — (organa tylko w rodzaju konia istniejące, i stanowiące wypuklenia torbiaste błony śluzowój trąbek Eustachiusza), — na zatoki czołowe i szczękowe; a w takim razie można niekiedy dostrzedz zbrzęknienia, wynikające od rozprzestrzenienia się pomienionych jam. Jeżeli zaś cierpienie dotyka i błonę śluzową krtani, słyszeć się daje oddech sapliwy, i ochrypliwy kaszel. Nadto ponieważ statecznie zajmuje sprawa chorobowa i płuca, przeto występuje prędzej lub później kaszel.

Przy obsłuchiwaniu (*auscultatio*) wykryć można różne nieprawidłowe szmery oddechowe; dźwięk zaś perkusyjny staje się nieprawidłowym tylko w tych wypadkach, kiedy wiele guziczkowatych tworów jest skupionych gęsto, na znacznie szerszą przestrzeń, w miejscu dla perkusyi przystępnem, kiedy zatem znaczniejsza część płuc, skutkiem obecności nowotworu, powietrza jest pozbawioną.

W t y l c z a k u (*morbus farciminosus*) twory guziczkowate zamieniające się na wrzody, zamiast błony śluzowej, zajmują różne miejsca skóry, lub tkanki łącznej podskórnej. Spostrzegają się np. na głowie, szyi, na piersiach, brzuchu, na kończynach i t. d. Guziki mają tu wielkość orzecha laskowego do orzecha włoskiego. Z początku są zwykle bolesne, twarde, bez znacznego podniesienia temperatury, pojedynczo rozrzucone, lub gromadnie na obrzniętym miejscu skóry umieszczone. Występują zwykle powoli i stopniowo co raz więcej, a tylko wtenczas, kiedy przy towarzyszeniu gorączki, choroba w ogóle jest nacechowana szybkim przebiegiem, stanowiąc tak zwany t y l c z a k o s t r y, okazują się guzy jednocześnie na wielu miejscach skóry i zamieniają się rychlej we wrzody. Przy biegu przewlekłym niektóre z wystąpionych guzów, tracąc z wolna podniesioną czułość, zostają przez czas długi bezzmiennie, znaczniejsza jednak ich liczba prędzej lub później mięknie na swym wierzchołku, i po pęknięciu zamienia się we wrzody. Wrzód taki, znacznie zagłębiony, ze zgrubiałemi, wywróconemi i nadciętymi brzegami, z dnem zagłębionem, nieczystem, słoninowatym, wydziela ciecz posokowatą, żółtawą, klejką, zlepiającą sierć naokoło i tylko u młodych, dobrze odżywianych sztuk, posiada z początku wydzielina wrzodów własności r o p y.

W czas niejaki po wystąpieniu rzeczonych guzów i wrzodów, nabrzmiewają w okolicy zajętej i naczynia oraz gruczoły limfatyczne, przez co przy zajęciu np. gruczołów pachwinowych okazuje się chromanie. Czasami wyprzedza rozwinięcie się guzów, bolesny edematyczny obrzęk kończyn tylnych, lub puzdra (*praeputium*) i moszny, a w takim razie, zdarza się nawet niekiedy, że wrzody sięgające zwykle głęboko, powstają na obrzniętych kończynach w miejscach, gdzie na skórze nie znajdowały się poprzednio wcale guzy. Ma to miejsce szczególnie, jeżeli nowotwór w skórze jest jakby nainfiltrowany.

Podobnie jak wrzodziki nosacizny w nozdrzach, zagajają się niekiedy i tylczakowe na skórze, zostawiając sterczące promienisto-gwiazdźdźiste, twarde blizny. To jednak nie kończy sprawy chorobowej, gdyż tworzenie się coraz nowych guziczków i wrzodzików, ciągle się odbywa.

Jak w nosaciznie tak i w tylczaku chronicznym, u sztuk z kąd inąd zdrowych, nie spostrzegamy z początku żadnych widocznych objawów chorobowych w ogólnym stanie. Zwierzę przy należytem utrzymywaniu jest rzeźkie, lśniącą sierć na niem przylega, (z wyjątkiem miejsc guzami i wrzodami zajętych), ma dostateczny apetyt, słowem zachowuje się jak w stanie zupełnie zdrowym. Trwa to tak miesiące, a nawet lata całe, przyczem niekiedy nawet, w czasie pogody i niezbyt gorącej pory, znika na czas pewny w nosaciznie wypływ z nozdrzy i zwierzę zdaje się być wyleczone. Z tem wszystkiem jednak, w miarę rozprzestrzenienia się znacznie chorobowego procesu w płucach, zaczyna w końcu koń chudnąć, słabnąć

i przy objawach co raz bardziej uwydatniającego się charłactwa (*cachexia*), wśród przypadków tak zwanéj gorączki wycieńczającej (*febris hectica*) następuje śmierć. Częściej jednak sprowadza śmierć *n o s a c i z n a* lub *t y l e z a k o s t r y*; — formy następujące po trwaniu już choroby przez czas pewny pod postacią przewlekłej. W takim razie, podobnie jak wówczas gdy choroba od razu się objawia pod formą ostrą, obok wystąpienia oznak silnéj gorączki, zaczynają się szybko tworzyć opisane guziczki, w nosie lub na skórze albo jednocześnie w nosie i na skórze, które zamieniają się rychło we wrzodziki, przyczém miejsca niemi zajęte są bolesne, mocniej obrzmiałe i gorące. Kaszel i inne objawy zajęcia płuc stają się mianowicie w nosaciznie ostréj bardzo wydatnemi; nabrzmiała, mocno zaczerwieniona, czasami i krwawiąca błona śluzowa zajętego nozdrza, bywa w takim razie nainfiltrowana masą trzęską, a czasami pokryta wsiękiem krupowym. Również bolesnemi są i mocno nabrzmiętymi gruczoły limfatyczne w rowie podszczękowym, a niekiedy także naczynia i gruczoły limfatyczne innych okolic ciała. Przy coraz znaczniejszem zaś wzmaganiu się wskazanych przypadków, słabnie zwierzę widocznie, w końcu, około dnia 10—15 od wystąpienia gorączki zdycha. Niekiedy do nosacizny ostréj przyłącza się rychło zapalenie stawów, które tylko do przyspieszenia śmiertelnego zejścia się przyczynia; czasami zaś, jak wspomina R ö l l, ropnica (*pyaemia*), ostateczny kres życia stanowi.

(Dalszy ciąg nastąpi).

O kanałach pachwinowym i udowym.

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

(Ciąg dalszy).

3) *W i ą z u d o w y H e j'a* (*ligamentum femorale Hej*). Opisany po raz pierwszy w Anglii przez H e j'a, a następnie zbadany przez Ch. B e l l'a, wiąz ten nie uznany został za rzeczywisty przez niektórych współczesnych chirurgów, jakoto: A. C o o p e r. L a w r e n c e etc. i jeszcze dotąd jest przedmiotem sporu pomiędzy autorami a wielu nawet wcale nie znany. Wreszcie wiąz H e j'a zdaje się być tylko zgrubialością powięzi poprzecznej przy obrączce udowej i więzie G i m b e r n a t a, powstaje więc w samej grubości tej powięzi. Wzmocniony włóknami pochodzącymi z mięśnia poprzecznego brzucha i łuku P o u p a r t a, pęczek ten, tasiemkowaty rozciąga się za łukiem rzeczonym wzdłuż części przedniej obrączki udowej i kończy się na grzebieniu łonowym, blisko więzu G i m b e r n a t a, zlewając się z niektórymi włóknami tegoż ostatniego więzu, jako też z przedłużeniem górnem więzu sierpowatego.

Kierunek więzu H e j'a jest równoległy do części tylnej i dolnej łuku P o u p a r t a, ale jest nieco więcej poziomy; był uważany za łuk udowy głęboki. Autor angielski G a y zwrócił uwagę anatomów na inny jeszcze mały wiąz, który oznacza pod nazwą: *fibrae crassiores ligamenti interni Hesselbachii*. Ten pęczek włóknisty ma się odróżniać podług tego autora od więzu H e j'a nie tylko położeniem, ponieważ znajduje się nad nim, a zatém nad obrączką udową, ale także samym składem, albowiem jest prawdziwą należnością powięzi poprzecznej, któ-

rój włókna są grubsze i bardziej skupione w tém miejscu, a wiąz H e y'a będzie więcéj zawisłością więzu sierpowatego. Sławny chirurg L i s t o n utrzymuje, że kiedy nawet wiąz G i m b e r n a t a, przy operacyi, przetniemy z zachowaniem więzu H e y'a, otwór obwodu przedniego obrączki udowej nie zmniejszy się. W saméj rzeczy, wiąz H e y'a, znajdując się więcéj ku tyłowi, jak wiąz G i m b e r n a t a, łatwo pojąć można, że jeżeli jelita mogą ulegnąć zaciśnieniu przez pęczki ścięgniaste, otaczające obrączkę udową, więzowi H e y'a szczególnie przypisać należy uwężenie, wiąz ten jest bowiem w bliższym stosunku do jelita jak wiąz G i m b e r n a t a; wszelkie więc staranie chirurga dążyć powinno do przecięcia najsamprzód tego więzu.

1° O b r ą c z k a u d o w a (*annulus cruralis*). Zwana także otworem górnym kanału udowego, obrączka ta znajduje się pomiędzy naczyniami udowemi, a zwłaszcza między żyłą udową i więzem G i m b e r n a t a i przy końcu górnym dołka owalnego Scarpy, pod otrzewną i powięzią poprzeczną jamy brzusznej. Umieszczona jest około 4 centymetrów na zewnątrz spojenia łonowego, a zatem na zewnątrz i poniżej kanału pachwinowego i łączy, za łukiem udowym, dołek owalny Scarpy z jamą brzuszną.

Obrączka ta ma kształt trójkąta nieregularnego, mającego w obwodzie 3—4 centim. z jednym kątem wewnętrznym i dwoma zewnętrznymi. Trzy kąty tego otworu są zazwyczaj zaokrąglone z powodu że 3 więzy, które tworzą trzy jego brzegi, zlewają się nieznacznie między sobą; i tak widzimy, że niektóre włókna więzu G i m b e r n a t a łączą się bez żadnej linii demarkacyjnej z więzem grzebieniastym C o o p e r'a. Podobne zlanie się ma miejsce jeszcze w wyższym stopniu między tym ostatnim więzem a tasiemeczką biodro-grzebieniastą. Nakoniec znajdują się także włókna łukowate, pośredniczące przy zetknięciu się tasiemeczki biodro-łonowej z tasiemeczką biodro-grzebieniastą.

Kąt wewnętrzny obrączki udowej, wyraźnie zaokrąglony, utworzony jest przez podstawę wklęsłą i jakby sierpowatą więzu G i m b e r n a t a, stykającą się z tyłu z tętnicą zastonową, w razie kiedy ona powstaje z tętnicy nadbrzusznój; kąt zewnętrzno-tylny przylega do żyły udowej, od której oddzielony jest końcem górnym więzu sierpowatego; kąt zewnętrzno-przedni jest w stosunku do tętnicy nadbrzusznój. Co do trzech brzegów téj trójkątnej obrączki: przedni stanowi łuk udowy i wiąz H e y'a i odznacza się swym stosunkiem do sznurka nasiennego; tylny wewnętrzny, utworzony jest przez gałąź poziomą kości łonowej, pokrytej powięzią i mięśniem łonowym, jako też więzem grzebieniastym; nakoniec brzeg zewnętrzny stanowi żyła udowa, którą przedziela przegródka przednio-tylna podłużna wyżej wzmiankowana.

Obrączka udowa zatkana jest, w stanie prawidłowym: otrzewną, tkanką łączną podotrzewną (*textus cellularis subperitonealis*) i częścią powięzi poprzecznej rozciągającej się od grzebienia łonowego za więzem G i m b e r n a t a. Ta ostatnia zachowuje się w sposób odmienny na około naczyń krwion ośnych i limfatycznych: naokoło pierwszych, stanowi rodzaj worka ślepego lub rodzaj lejka współśrodkowego przebitego przez tętnicę i żyłę udową w ten sam sposób, jak sznurek nasienny przechodzi przez powięź poprzeczną przy dole pachwinowym; naokoło

obrączki udowej, czyli naokoło pochwy naczyń limfatycznych, powięź ta przyczepia się na więzach *Gimberta* i *Cooper'a*, otaczając stronę wewnętrzną żyły udowej, i stanowi rodzaj przegrody wkłęsłej, oznaczonej pod nazwą *Septum crurale Cloqueti s. fascia propria herniae cruralis* *A. Cooper'a* lub *infundibulum femorali-vasculare Thompsoni*.

Przegroda ta stanowi w samej rzeczy, wkłęśnienie lejkowate wypełnione tkanką łączną podotrzewną, zawarte w kanale lejkowatym rozdwojenia powięzi szerokiej uda i odpowiadające dołkowi udowemu otrzewnej. Tak więc kanał udowy składa się z dwóch współśrodkowych lejków, z których zewnętrzny, obszerniejszy i tęższy, powstaje z rozdwojenia powięzi szerokiej uda (*fascia lata*) i stanowi pochwę naczyń limfatycznych; wewnętrzny czyli współśrodkowy, mniejszy, węższy i luźniejszy, jest wypukleniem powięzi poprzecznej (*fascia transversalis*). Część wewnętrzna wierzchołka tego ostatniego lejka błoniastego przedstawia rodzaj blaszki sitowej, bo przebitą jest licznymi dziurkami dla przejścia naczyń chłonnych powierzchownych uda, które tędy udają się do gruczołów, znajdujących się wzdłuż brzegu wewnętrznego dołu biodrowego. Zawiera ona często, w jednej z tych dziur gruczoł limfatyczny, zasługujący na uwagę, z tego względu, że znajdując się w wydrażeniu lejkowatym na wewnątrz żyły udowej, gdy ulegnie nabrzęknięciu zapalnemu ostremu, to niekiedy mylnie był brany za przepuklinę udową. Dziury te uważane były przez *Cloquet'a* i *Thompson'a* jako przyczyna uwięzienia przepuklin udowych.

Trzon kanału udowego. Krótszy i szerszy u niewiast niż u mężczyzn, trzon czyli przebieg kanału udowego ma kształt lejka trójkątnego z wierzchołkiem dolno-przednim i z podstawą górną tylną. W nim rozróżnić można trzy ściany, odpowiadające trzem bokom obrączki udowej, przednią, zewnętrzno-tylną i wewnętrzno-tylną.

a) **Ściana przednia.** Rozciąga się ona od więzu *Pouparta* do otworu przebitego przez żyłę zaskórną wewnętrzną. Żółtawa, gruba i tęga przy części zewnętrznej odpowiadającej tętnicy i żyły udowej, ściana ścięgniasta przedstawia, z przodu, a zwłaszcza na wewnątrz, przy pochwie limfatycznej uda, wejrzenie mniej włókniste i układ przetakowaty lub sitowaty, ztąd właśnie powstała jej nazwa powięzi sitowej czyli dziurawej (*fascia cribriformis*).

Powieź ta ograniczona jest na wewnątrz pasemkiem ścięgniastym, półksiężycowem, jest to, co nazywają więzem sierpowatym (*lig. falciformis*).

Powieź dziurawa czyli sitowa (*fascia cribrosa s. cribriformis*). Ściśle połączona z warstwą głęboką powięzi wierzchniej uda i z tego powodu dosyć trudna do preparowania, powięź ta stanowi, podług Angielskiego Chirurga *Gaya*, oddzielną blaszkę, składającą się z dwóch listków, z których powierzchowny będzie przedłużeniem rozścięgni mięśnia poprzecznego brzucha, a głęboki dalszym ciągiem powięzi szerokiej uda, stanowiąc tylko jej listek powierzchowny.

Zatyka ona w sposób pokrywki dół owalny *Scarpy* i stanowi z więzem sierpowatym jedną całość. Powięź dziurawa, tem cieńsza im bardziej uważamy ją na wewnątrz, odznacza się tem, że jest przebitą wielką liczbą dziurek, przez które przechodzą drobne naczynia.

Najobszerniejszy z tych otworów znajduje się przed i nieco na wewnątrz żyły udowej i służy dla przejścia żyły zaskórnej wewnętrznej. Tętnice i żyły sromne zewnętrzne, stając się powierzchownymi, przebijają również tę powięź; tak samo się zachowują tętnice i żyły podskórne Hallera, jakoteż liczne naczynia krwionośne przeznaczone dla gruczołów limfatycznych, a szczególnie znaczna liczba naczyń limfatycznych podskórnych, udających się do gruczołów podpowięziowych. Wszystkie te naczynia przedziurawiają powięź dziurawą, jedne obok drugich w przestrzeni dosyć wąskiej, zawartej w poprzek, między brzegiem więzu sierpowatego i powięzią oblekającą mięsień grzebieniasty, a z góry na dół, między kolcem łonowym a ujściem żyły zaskórnej wewnętrznej. Dziury najbardziej zasługujące na uwagę są: jedna, przez którą przechodzi żyła zaskórna wewnętrzna, a następnie dwie lub trzy dziury górne, przy kolecu łonowym, albowiem przez jedną z nich, znacznie rozszerzoną, tworzy się często przepuklina udowa, mówię często, bo wyjątkowo jelita mogą występować przez jakąkolwiek bądź z dziur i nawet przez wiele jednocześnie jak to Hesselbach miał sposobność obserwować.

Odpowiadając szczególnie pochwie naczyń limfatycznych, powięź sitowa kończy się: na wewnątrz, pod kątem ostrym, na powięzi mięśnia grzebieniastego; na zewnątrz, zlewa się z powięzią nie przedziurawioną, pokrywającą tętnicę i żyłę udową; ku dołowi gubi się nieznacznie na obwodzie żyły zaskórnej wewnętrznej; a ku górze, łączy się ze stroną dolną luku udowego, przyczyniając się do wzmocnienia więzu Gimbernata.

b. Ściana zewnętrzna. Jest utworzona przez stronę wewnętrzną żyły udowej i przez przegródkę tkanki łącznej wyżej wzmiankowaną.

c. Ściana wewnętrzna. Będąc dalszym ciągiem listka głębokiego powięzi udowej, rozciąga się przed mięśniem grzebieniastym czyli łonowym udową, gdzie zlewa się z listkiem powierzchownym.

Obie ściany tylne listka głębokiego powięzi udowej, złączywszy się między sobą, tworzą podwójną płaszczyznę pochyłą z kątem wchodzącym dosyć głębokim, obróconym ku przodowi, gdzie umieszczone są, postępując z zewnątrz na wewnątrz: tętnica, żyła udowa i chłonice, a oba listki, oddzielone od siebie w środku w kształcie lejka i połączone przy brzegach, stanowią część górną pochwy naczyń krwionośnych i pochwy naczyń limfatycznych czyli trzonu kanału udowego.

(Dok. nast.).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Rzut oka na postępy w ostatnich czasach nauki o chorobie przymiotowej (*syphilis*).

Nauka o chorobie przymiotowej jest gałęzią wiadomości lekarskich których postęp stał się najwidoczniejszym dopiero w obecnym stuleciu, szczególnie zaś ostatnimi czasy. Francya bez zaprzeczenia najbardziej przyczyniła się do tego postępu, opierając swe zasady i przekonania na bogatej niwie doświadczenia.

W końcu ostatniego wieku wielu autorów piszących o przymiocie, pod wpływem panujących wtedy wyobrażeń zamieniało przypuszczenia w zasady nie starając się ich dowiesić na postrzeżeniach klinicznych, które podług ich przekonania podrzędną grały rolę. W ich

obszernych pracach nie znajdujemy żadnego naukowego interesu, chyba pod względem historycznym, lecz dzieła *Astruc'a* dostatecznie nas obznajmiają z historią powstania i szerzenia się choroby przymiotowej, za to część traktująca o przyczynach i objawach przymiotu jest najslabszą stroną dzieła tego autora. Syfilografowie francuzcy twierdzili wtedy że wiele cierpień i zaburzeń w naszym organizmie, które my dziś uważamy jako skutek działania jadu przymiotowego, może powstać pod wpływem tak zaraźliwości rzeżączki, jako też i wrzodu prostego (pojęcia o dwóch różnych wrzodach, które jest nabytkiem naszego czasu nie miało wtedy). W ogóle, przypisywano wszystkie choroby zaraźliwe do tej grupy należące, jednej przyczynie i jednemu jadowi; lecz to pojęcie nie oparte na żadnym doświadczeniu, już wtedy przeznaczonem było do ustąpienia miejsca więcej prawdziwemu i bliżej wymagań nauki stojącemu.

Już w roku 1777 prof. *Tode* w Kopenhadze wygłosił pierwszy że rzeżączka i przymiot są różnej natury; w 1793 r. *Benjamin Bell* powtórzył w Anglii toż samo zdanie zasadzając się głównie na tém, że przymiot jest *cierpieniem ogólnem* wtedy gdy *rzeżączka* nie przestaje być nigdy miejscowem.

Bosquillon, który przetłumaczył dzieło *Bella* na język francuzki w 1802 roku, aby tém wyraźniejszą różnicę między temi chorobami wykazać, dodał, że przymiot poznano dopiero po odkryciu Ameryki, a rzeżączkę już znano w głębokiej starożytności; obok tego nadmienił iż: „*naturam morborum curationes ostendunt*“ a ponieważ rtęć potrzebna do wyleczenia przymiotu nie przynosi żadnej ulgi w rzeżączce, przeto i te dwa cierpienia podług tego ostatniego aforyzmu nie wspólnego nie mają.

Rozróżnienie tych dwóch cierpień doczekało się wkrótce i naukowego wytłumaczenia.

W 1808 roku Towarzystwo Lekarskie w *Besancon* mocno zajęte tą kwestyą, która wtedy najwięcej budziła interesu, ogłosiło konkurs na rozprawę następującej treści: „Rozstrzygnąć stanowczo, przez badania i doświadczenia, wątpliwość co do tożsamości natury jadu rzeżączki i przymiotu;—czy ten sam jad może wywołać raz tę, drugi raz tamtą chorobę; i nakoniec czy leczenie skuteczne w jednej z tych chorób, może być zastosowane z powodzeniem i w drugiej.

Toż samo Towarzystwo w dniu 3im lipca 1810 r. przyznało nagrodę za rozprawę na powyższy temat, *J. F. Hernandezowi*, profesorowi patologii wewnętrznej w Szkole medycznej w Tulonie, który dowiódł istnienia dwóch oddzielnych jądów dla tych dwóch chorób a to wychodząc z następujących zasad:

- 1) Historia wskazuje nam iż rzeżączka i przymiot nie powstały jednocześnie;
- 2) Doświadczenie przekonywa iż zaszczerpiony jad rzeżączkowy może wywołać tylko rzeżączkę, lecz żadną miarą nie powstają pod jego wpływem wrzody przymiotowe, ani też objawy właściwe tej chorobie;
- 3) Rzeżączka nie prowadzi nigdy do zakażenia całego organizmu, o czém z postrzeżeń klinicznych dowodnie przekonać się możemy.

Jak *Laennec* w osłuchiowaniu (*auscultatio*) tak *Hernandez* w kwestyi o nietożsamości jadu, nie zostawił swoim następcom najmniejszej nawet rzeczy do wyswietlenia.

Po ogłoszeniu pracy *Hernandez'a*, zdawałoby się że cały świat lekarski zgodzi się z pojęciem autora i przyjmie *rozdzielność jądów*—stało się jednak inaczej, walka między utrzymującymi o tożsamości i rozdzielności jądów, wsczęta jeszcze za czasów *Bella* podtrzymywana przez *Bosquillon'a*, stała się jeszcze zaciętszą i trwała całe pół wieku; i gdybyśmy nawet dziś pilnie przyłożyli ucho, to jeszcze nie jedno z niej echo możeby nas doleciało.

W książkach o chorobach wenerycznych po 1810 r. wydanych, znajdujemy w miejsce otwartego przyjęcia zdania *Hernandez'a*, coś stojącego pośrednie między jego zdaniem, a nowem pojęciem. *Lagneau* w swém dziele, które było uważane przez długi przeciąg czasu za klasyczne i miało sześć wydań, przyjmuje za przykładem swego nauczyciela *Swediaur'a*, iż rzeżączka bywa raz przymiotową t. j. w towarzystwie właściwych objawów temu cierpieniu, drugi raz nieprzymiotową, t. j. łagodną, bez ogólnego zakażenia

i następstw. To pojęcie, które i dziś ma kilku zwolenników, ludzi wsławionych nauką, jak: C a z e n a v e, B a z i n i w. i., wydaje się na pozór łatwiejszém do zrozumienia, jak rozdział między rzeżączką a przymiotem. Zdarza się dość często spotykać takie osoby, które przedstawiając znaki ogólnego zakażenia chorobą przymiotową, nie mogą sobie przypomnieć, aby kiedy miały wrzód przymiotowy i obwinają we wszystkiém tylko rzeżączkę którą kiedyś miały. Nic naturalniejszego na pozór jak odnieść w tych razach objawy ogólne do następstw rzeżączki, lecz z drugiej strony, nic bardziej fałszywszego nad to wymyślić nie można. Wrzód przymiotowy przebiega często bez objawów zapalnych, jest mało, albo wcale niebolesny; siedlisko jego bywa niekoniernie na częściach płciowych, często nawet nie zwraca na siebie uwagi chorego, tém bardziej w niższej klasie społeczeństwa, która najwięcej chorych tego rodzaju dostarcza szpitalom, wrzód taki przechodzi niespostrzeżonym. Rzeżączka zaś przeciwnie, jest bolesną, przykrą i zmusza chorych do zmiany trybu ich życia, jeżeli chcą być wyleczonymi i przez to wspomnienie o niej, zostaje na długo u nich w pamięci. Obok tego, w klasie o której mówimy, rzadko spotkać osobę, któraby nie miała rzeżączki, łatwo więc zrozumieć jak często mogą ztąd wynikać błędy w rozpoznaniu, gdy lekarz tylko ze słów chorego stara się dowiedzieć o istniejącém cierpieniu.

Szpital St Louis, przykrém zrządzeniem okoliczności, stał się ostatniém schronieniem wiary w tożsamość jadu. Do szpitala tego wstępują chorzy z chorobami skóry, tak zwyczajnemi, jako téż i przymiotowemi. Naczelnym lekarz, przy badaniu chorego, posiadającego nowotwory, albo inne objawy przymiotowe, trwające nieraz od 10 lub 15 lat, bardzo łatwo mógł popełniać błędy w rozpoznaniu; inaczéj się działo w szpitalu *du Midi*, gdzie przyjmują chorych przeważnie z cierpieniami wenerycznemi i tym sposobem mają możność widzenia choroby od samego początku jéj rozwoju. W tym to więc szpitalu, zdanie wypowiedziane przez H e r n a n d e z'a zostało przyjęte w zupełności, a słusność jego, stwierdzona dowodami opartemi na doświadczeniach przez Dra C u l l e r i e r'a, (synowca), który w swém dziełku ¹⁾, wydaném przez jego ucznia Lucas'a C h a m p i o n i è r e'a twierdzi, iż w przeciągu 20-letniej praktyki zdołał się przekonać, że: wrzód przymiotowy powodujący ogólne objawy po zaszczepieniu nie daje rzeżączki i odwrotnie, że rzeżączka nie sprawdza objawów właściwych chorobie przymiotowej i nie zdolna jest wywołać po zaszczepieniu wrzodu przymiotowego.

R i c o r d, który w tym czasie wszedł jako ordynujący lekarz do szpitalu *du Midi*, bystrym swym umysłem pojął i ocenił należycie pracę H e r n a n d e z'a, wzbogacił jego odkrycie znakomitým wytlómaczeniem podanych faktów, oparł je na anatomicznych danych i uczynił swoim.

W przeciągu prawie 30 lat słynny ten professor nauczał nie jedno pokolenie lekarzy o nie tożsamości jądów rzeżączki i wrzodu przymiotowego; pojęcia te zaszczepione na ławce uniwersyteckiej, szybko rozniosły się po Francyi i wydały pożądaný owoc tak, że w 1850 r. wszyscy prawie lekarze (z wyjątkiem niewielkiej liczby ze szpitala St. Louis), o nietożsamości jądów byli najzupełniej przekonani.

Pojęcia lekarzy francuzkich o chorobach wenerycznych w 1850 r. były zawarte w następných twierdzeniach:

a) Rzeżączka jest chorobą weneryczną, zaraźliwą, niemającą nic wspólnego z przymiotem i zostającą zawsze cierpieniem miejscowém.

b) Przymiot rozpoczyna się zawsze wrzodem.

c) Wrzód miękki nie daje objawów następczych, ogólných, właściwych przymiotowi dla wywołania takowych potrzeba, aby stał się twardym.

d) Każdy wrzód weneryczny może stwardnieć, co zależy od idiosynkrazy chorego. Stwardnienie wrzodu

¹⁾ *Recherches pratiques sur la syphilis.* pag. 384. 1836 r.

jest następczym zjawiskiem, którego można uniknąć przez przeistoczenie wrzodu w samym początku jego rozwoju.

e) Sam tylko wrzód jest zaraźliwym, i to w czasie jego zupełnego rozwoju (*pendant sa periode d'état*), objawy zaś następcze nie są zaraźliwe.

f) Krew osoby zakażonej przymiotem nie jest nigdy zaraźliwą.

Zastanówmy się teraz nad zmianami, jakie w niektórych z tych zasad, doświadczenie poczyniło.

Twierdzenie pierwsze (a) *Hernandeza*, jest powszechnie uznane i przyjęte przez wszystkich tegoczesnych lekarzy. Drugie (b) zostało poparte nowymi pracami, o których powiemy niżej. Co się zaś tyczy wniosków wypływających z trzeciego i czwartego (c i d), to takowe najzupełniej zostały przemienione, dla powodów o których zaraz wspomnimy.

Pierwsi autorowie, którzy pisali o przymiocie, zauważyli że niekażdy wrzód jest wstępem do ogólnych objawów i zakażenia całego organizmu, i zwrócili już wtedy swą uwagę na to, że wrzód towarzyszony stwardnieniem, jest gorszym pod względem rokowania w tych razach. *Thierry de Héry*, autor francuzki pisał w 1569 roku: „wrzody więcéj twardości posiadające skłaniają do gorszego o przebiegu choroby rokowania, są oncz złośliwe, trudne w leczeniu i bardzo powoli się goją.“ Sławny chirurg francuzki *Ambroise Paré* mówił w tym samym czasie: „jeżeli jest wrzód na prąciu i towarzyszy mu miejscowe stwardnienie, to możemy być pewni że chory posiada przymiot.“ *Hunter* kładł także większy nacisk na podobne stwardnienie; lecz zasługa, za dowodne i stanowcze przekonanie publiczności lekarskiej iż wrzód twardy jest pewnym znakiem przymiotu, bez zaprzeczenia należy się profesorowi *Ricord*owi.

Ricord, jakśmy to wyżej przytoczyli uważał stwardnienie wrzodu jako objaw następczy, którego można było uniknąć przeistaczając wrzód, w samym początku jego rozwoju, z twardego na miękki. Przypuszczenie to potrzebowało wielkiego talentu i przekonywającej wymowy aby zostało przyjętem, gdyż jakim sposobem można przypuścić że niektóre osoby tak prętko zmieniają idiosynkrazję, że w przeciągu bardzo krótkiego czasu mogą mieć dwa te różnorodne gatunki wrzodów (miękki i twardy)?

Dopiero w 1852 roku *Bassereau* po raz pierwszy wytłomaczył dwoistość wrzodów, o czém nie jasno wspominał już *Hunter*. *Bassereau* dowiódł: że wrzód prosty jest cierpieniem miejscowym, niemającym żadnego podobieństwa do przymiotu i że jest znanym w głębokiej starożytności; przeciwnie, wrzód przymiotowy, zakażający cały organizm, jest plagą poznaną dopiero w nowszych czasach, i stanowi objaw pierwszorzędny przymiotu; oba po zaszczepieniu, wydają sobie tylko podobne wrzody.

Bassereau przekonał wyciągami z dzieł historycznych, że w starożytności znany był wrzód zaraźliwy (na częściach pleiowych), którego cechy odpowiadały zupełnie wrzodowi prostemu. Nie mniej starał się dowieść że przymiot nie był znanym przed odkryciem Ameryki t. j. przed 1493 r. i że wcześniejsze opisy w których chciano upatrzeć podobieństwo do objawów drugo — lub trzeciorzędnych przymiotu, były źle zrozumiane i odnosiły się do innych cierpień, lecz nie przymiotowej natury. Za zdaniem *Bassereau* a prócz dowodów podanych w jego dziele, przemawiają prace *Rolle*'a, *Belhomme*'a, *Aimé Marti*'na, a także rozprawa *Chaballiera*'a broniona przed paryzkim fakultetem w 1860 roku, gdzie mieści się tak znaczna liczba szczegółów historycznych i bibliograficznych, że takowe, dostatecznie przekonywają w tym względzie.

Postrzeżenia kliniczne stanowczo rozstrzygnęły kwestyę dwoistości wrzodów. Liczne doświadczenia czynione przez wielu lekarzy, a w szczególności przez *Dron*'a, *Alfreda Fourniera*'a i *Caby* (*Union médical*, 1857 r.) wydały dodatne wypadki; przeko-

nano się bowiem, że zawsze osoba zarażająca i zarażona posiadały wrzody jednej i tej samej natury. Dalej, Clere oparty na doświadczeniach klinicznych podał: że wrzód przymiotowy nie daje się szczepić ani u osoby posiadającej już takowy, ani też u takiej, która nosi na sobie dowody zakażenia organizmu przymiotem, (przy objawach drugo — lub trzeciorzędnych); wrzód zaś prosty daje się szczepić do nieskończoności u każdej osoby. (D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

— Prostytucya w Warszawie w r. 1867. Chorych wenerycznych leczonych tak w cywilnych, jako też i wojskowych szpitalach w ubiegłym roku było ogółem: 5,229., z nich 4,635 wyzdrowiało, 67 umarło; zostaje w leczeniu 527,— mianowicie: a) w szpitalu wojskowym w Ujazdowie: zostało się chorych 194; przybyło w ciągu roku 1280; wyzdrowiało 1,329; zostaje w leczeniu 145. b) w szpitalu Aleksandrowskim (wojskowym): zostało chorych 40; w ciągu roku przybyło 486; wyzdrowiało 489; zostaje w leczeniu 37. c) w szpitalu Śgo Łazarza: zostało chorych mężczyzn 89, kobiet 191, dzieci 12; przybyło męż. 619, kob. 1,792, dz. 149; wyzdrowiało męż. 636, kob. 1,742, dz. 94; umarło męż. 6, kob. 9, dz. 49; zostaje męż. 66, kob. 232, dz. 18. d) w szpitalu starozakonnych: zostało chorych męż. 13, kob. 13, dz. 8; przybyło męż. 189, kob. 124, dz. 50, wyzdrowiało męż. 180, kob. 119, dz. 46; umarło dz. 3; zostało męż. 22, kob. 18, dz. 9. Z doniesień Komisarza Komitetu Policyjno-Lekarskiego widzimy, iż w Warszawie domów schadzek jest 23. W tej liczbie Igo rzędu 1, IIgo 22. Domów publicznych 16. W tej liczbie IIIgo rzędu 1, IVgo rzędu 15. Razem więc i domów schadzek i domów publicznych 39. Nierządnie w domach publicznych 181; w domach schadzek i mieszkających oddzielnie 323; tolerowanych 223. Razem 727. W 1867 roku zapisano do kontroli kobiet publicznych i tolerowanych 598. Wykreślono z powodu zamążpójścia, wejścia do służby, wyjazdu, ucieczki i t. p. 628. Aresztowano przez policję wykonawczą włóczących się kobiet 13,570, przez policję lekarską 1,094, za miastem 1,353. Razem 16,017. Z liczby tej odesłano do szpitala Śgo Łazarza: kobiet publicznych 640, tolerowanych 342, sług i wyrobnic 491. Razem 1,776. Za dopomaganie i tajemne ułatwianie w rozpuszcie przedstawiono do kary 32 osoby.

— Pijaństwo i obłąd opileczy w Petersburgu. Do państw, w których najwięcej piją wódkę, należą Anglia, Szwecya i Rossya. Wpływ tego napoju na ustrój ludzki jest zubożycy: nie mamy wprawdzie dokładnej statystyki odnośnie do średniego wieku, stopnia przyrostu i ubytku ludności, pewnym jest jednak, że oprócz upadku dobrobytu narodu, poniżenia moralnego i umysłowego, nadużywanie wódki sprowadza ostre zatrucie organizmu (*alcoholismus acutus*) i obłąd opileczy (*delirium tremens v. potatorum*). Pod względem sposobu nadmiernego picia wódki opilstwo dzieli się na ciągłe (*ebriositas, temulentia*) i na peryodyczne czyli przerywane (*methomania, Quartalsüuferei*). Miarą opilstwa w danej miejscowości jest częstość przypadków choroby obłądem opileczym zwaną. Dr. Hermann podał statystykę obłądu opileczego w ciągu lat 3ch postrzeganego w 4ch szpitalach cywilnych Petersburga, mianowicie w r. 1862 chorych na obłąd opileczy było 266, w 1863 r. — 715, w 1864 r. — 853. Choroba ta wzmagala się w miarę zwiększającej się taniości wódki i mnożenia się szynków. Z ogólnej liczby chorych przypada 34,10 do 35,78⁰/₀ na drobnych urzędników; 31,00 do 33,31⁰/₀ na mieszczan i rzemieślników; 10,70 do 16,28⁰/₀ na wyrobników i t. d. Dr. H. dowodzi, że zaczynając od r. 1803 do 1859 pijaństwo wciąż się wzmagalo; wojny, głód i drożyzna chwilowo wpływały na jego zmniejszanie się. W r. 1859 ilość wypitej wódki w Petersburgu i Moskwie na osobę bez względu płci i wieku wynosiła 1,68 wiadra; dochód zaś z wódki dla państwa w r. 1866 wynosił 115⁶/₁₀ milionów rubli srebrem. (Petersburger medicinische Zeitung, zeszyt 8, 1867 r.)

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Patologii i terapii szczególnej* ark. 8my i 9ty.

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 poczte (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskiej. *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.** Wycięcie jajnika (Ovariotomia). Spostrzeżenie Dra Ludwika Adolfa Neugebauera, lekarza ordynującego w szpitalu Sgo Ducha w Warszawie. — Żoły podejrzane, nosacizna i tylezak. Lekcyja Magistra weterynaryi Piotra Seifmana, zarządzającego Szkołą weterynaryjną i wykładającego Epizoocyologią w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). — O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. M. L. Hirschfeld. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). — **Kronika Zagraniczna.** Rzut oka na postępy w ostatnich czasach nauki o chorobie przymiotowej (syphilis). M. Lewiński. — **Wiadomości bieżące.** Prostytucya w Warszawie w r. 1867. — Pijaństwo i obłąd opilczy w Petersburgu.

Wycięcie jajnika (Ovariotomia).

Spostrzeżenie Dra Ludwika Adolfa Neugebauera, Lekarza ordynującego w szpitalu Sgo Ducha w Warszawie.

Jakkolwiek szczęśliwie przebiegające wypadki wycięcia jajnika nie należą dziś już do rzadkości, to jednak tak wiele jeszcze znajduje się momentów, odnoszących się bądź do strony technicznej tej operacyi, bądź do leczenia pooperacyjnego, względem których lekarze różnią się w zdaniach, iż każdodziennie uczuć się daje potrzeba, o ile można największego statystycznego materiału, któryby był w stanie przyczynić się do wyświeatlenia wątpliwych momentów, a tém samém posłużyć za podstawę do postawienia pewnych prawideł, operacyi tej dotyczących. To też każdy, chociażby najszczuplejszy przyczynek tu się odnoszący, pożądanym jest w nauce, i dla tego nie mogę uważać za rzecz zbyteczną ogłoszenia historyi wykonanego przezemnie przed niedawnym czasem wycięcia jajnika, które pomyslnym zostało uwieńczone skutkiem.

Józefina G....., wieśniaczka, ze wsi Sinołęka w pow. Węgrowskim gub. Siedleckiej, 25 lat wieku licząca, zrodzona z rodziców zdrowych, którzy oprócz niej mieli jeszcze jedną córkę i syna również zdrowych, w dzieciennym wieku przebywała zimnicę pół roku trwającą, a cały wiek młodociany w zupełném spędziła zdrowiu. Odpływy miesięczne pojawiły się u niej w 18 roku życia i od tego czasu

przychodziły regularnie. W dwa lata po zjawieniu się pierwszej regularności przebyła szczęśliwie gorączkę tyfoidalną, poczem znowu cieszyła się niezachwianym zdrowiem. Lecz trwało to tylko do późnej jesieni 1865 r. W owym bowiem czasie, pewnego dnia, bez żadnej szczególnej przyczyny, pochwycił ją nagły i gwałtowny ból w głębi i nieco po lewej stronie podbrzusza, ból, który z tego miejsca rozpromieniał się ku lewemu udu. Trwał on dni kilka z równą gwałtownością, poczem zaczął stopniowo łagodnieć, lecz nie znikł zupełnie, owszem w mniejszym stopniu, przez długi przeciąg czasu nie opuszczał chorą. Lecz i w tym okresie nasilał się on od czasu do czasu z większą lub mniejszą gwałtownością, a podczas tych nasileń (*exacerbatio*), niekiedy przyłączało się doń uczucie drętwienia lewego uda. Gwałtowniejsze te napady, czyli nasilenia bólu powtarzały się początkowo co drugi lub czwarty dzień, potem w dłuższych odstępach czasu i trwały to dwie to trzy godziny, czasem i dłużej. Stan taki przetrwał całą zimę z r. 1865 na 1866, i dopiero z początkiem wiosny bóle zupełnie ustały. — Przez cały ten czas chora bardzo była osłabiona i większą część tegoż przeleżała w łóżku; ale i po ustaniu bólu na długo jeszcze pozostała osłabioną i tylko bardzo wolno wracała do sił. — W lecie dopiero stan jej zdrowia o tyle się polepszył, iż mogła wrócić do zajęć swych jako sługa dworska.

Tymczasem wtedy już, gdy cierpiała na wyżej opisany ból w brzuchu, dostrzegła w tym ostatnim guz kształtu okrągłego, wielkością pięści męzkiej dorównywający, który leżał w dolnej części podbrzusza więcej na lewo, wyczuwał się twardym, sam przez się był niebolesny, lecz za naciskiem dolegał wyraźnie, i do pewnego stopnia był ruchomym. Mianowicie, gdy chora leżała na grzbiecie i przewróciła się potem na bok lewy, to guz z dopiero co opisanego położenia przesuwał się jeszcze nieco więcej na lewo; przeciwnie, jeżeli chora zwróciła się na bok prawy, to prześlizgał się on na tę ostatnią stronę. — Po pewnym czasie chora dostrzegła, że guz dopiero co opisany, przybrał nieco na wielkości. Wzrost ten wciąż postępował z pewną szybkością, a w upłynionym roku (1867) dosięgnął tego już stopnia, że guz zaczął się stawać uciążliwym dla chorą z powodu swego ciężaru. Nadto od chwili, w której tenże znacznie powiększać się zaczął, chora na nowo doznawać zaczęła bólu w podbrzuszu, który nie był wprawdzie tak silnym jak dawniejszy, jednak niekiedy, mianowicie przy chodzeniu i pracy mocno jej dokuczał; obok tego chora dostrzegła znowu stopniowy upadek swych sił, do których zaledwie dopiero wracać poczęła.

W takich okolicznościach chora, która do tego czasu posiłkowała się li tylko nieznaczacemi domowemi środkami, ujrzała się nakoniec zmuszoną zasiągnięcia porady lekarskiej i w tym celu udała się do poblizkiego miasta Kałuszyna, wzywając pomocy praktykującego tam Dra L e o n a D u d r e w i c z a. — U tego ostatniego znajdował się przypadkowo jako gość inny lekarz, P. J. F. N o w a k o w s k i asystent kliniki chirurgicznej Warszawskiej. Obaj ci lekarze rozpoznali natychmiast cierpienie chorą, jako t o r b i e l o w a t e z w y r o d n i e n i e j a j n i k a, i radzili jej udać się w celu doszczętnego (radykalnego) wyleczenia tegoż, do szpitala Śgo Ducha w Warszawie. — Chora poszła za

daną sobie radą i już 1 sierpnia tegoż roku wstąpiła do rzezonego szpitala.

W tym czasie nie znajdowałem się w Warszawie, lecz przebywałem w Strasburgu w Alzacyi, dokąd udałem się w celu czynienia studyów u Prof. K o e b e r l é nad postępowaniem jego przy operacjach wycięcia jajników, które on wykonywał z najświetniejszymi rezultatami. Dopiero w połowie września wróciłem do Warszawy.

Z początku chora powierzona była profesorowi chirurgii w Warszawskiej Szkole Głównej Dwi G i r s z t o w t o w i, który po moim powrocie, mnie ją przekazał. Pomimo to, nie byłem w możności przyjęcia jęj natychmiast, gdyż zaraz po powrocie popadłem w ciężką chorobę, która na dość długi czas przykuła mnie do łóżka. Dopiero tedy w miesiącu listopadzie objąłem obowiązek mój lekarza ordynującego w oddziale gyniatryczno-chirurgicznym szpitala, i wtedy mogłem poddać naszą chorą szczegółowemu zbadaniu.

Wypadek tego badania był następujący:

Wzrost choręj wynosił 54 cale według staręj, albo $146\frac{1}{2}$ centymetrów według nowęj francuzkięj miary, był zatęm niski; układ kostny regularny, delikatny, mięśnie stosunkowo słabo rozwinięte; włosy koloru szatyn; oczy (tęczówki) cięmno-bure; chora była nieco wychudła, twarz miała wybladłą nieco, ale jednak nie wyglądała kachektycznie. Sutki miała słabo rozwinięte ale nie wiotkie, a brzuch bardzo znacznie powiększony. Obwód poziomy tułowia na wysokości pępka wynosił przy pionowém położeniu choręj $36\frac{1}{4}$ cala (98 ctm), przy poziomém zaś położeniu na grzbiecie 37 cali (100 ctm.). Odległość wyrostka mieczykowatego kości mostkowej od spojenia łonowego, w łuku przechodzącym wzdłuż linii białęj, wynosiła: odcinek górny, t. j. od wspomnianego wyrostka do pępka, w położeniu stojącém $9\frac{1}{2}$ cali (26 cent.), w położeniu leżącém $8\frac{3}{4}$ c. (21 ctm.), odcinek zaś dolny, t. j. od pępka do spojenia łonowego w pierwszém położeniu $9\frac{1}{4}$ cala (25 ctm.) w drugięm 9 cali (24 ctm.); w całości zatęm, podczas stania $18\frac{3}{4}$ cala (51 ctm.), podczas leżenia $16\frac{3}{4}$ cala (45 ctm.).

Powiększenie brzucha spowodowanęm było częścią przez zawarty w jamie brzusznej wielki i nieregularny guz, częścią zaś przez płyn, w niewielkięj stosunkowo ilości tamże zebrany. Wspomniany guz, miał długości $11\frac{1}{2}$ cali (31 ctm.) szerokości 8 cali (22 ctm.); przy opukiwaniu we wszystkich swych częściami dawał odgłos próżny i składał się z trzech większych, okrągławych częściami, oddzielonych od siebie za pośrednictwem głębokich przewężeń; z tych trzech częściami, jedna większa, wielkością dorównywała macicy w 7 miesiącu ciąży, z dwóch zaś mniejszych każda przechodziła nieco wielkością głowę noworodka. Część większa zajmowała środek i dolną część jamy brzusznej i w tym kierunku opuszczała się ku tyłowi do wchodu miednicy; dolna jęj połowa była nieco stępioną i wydawała się nie podatną i twardą, a przy jednoczesnęm omacywaniu palcami obu rąk wyczuwać się w nięj dało wyraźne przelewanie (*fluctuatio*). Z dwóch mniejszych częściami, które były z lekka naprężone, i obie bardzo wyraźne przedstawiały przelewanie, jedna leżała ponad większą, druga po prawęj jęj stronie. Powyżęj leżąca

wypełniała cały odstęp między częścią większą a dołkiem sercowym, a ztąd dość spory jój kawałek wnikał w prawą okolice nadbrzuszną (*hypochondrium*), gdzie zlewał się z prawym płatem wątroby. Część leżąca na prawo, zajmowała miejsce przed okrężnicą wstępującą. Każda z tych części wypukła nieco odpowiednią sobie część ściany brzusznej, większa najwięcej, prawa z dwóch mniejszych najmniej. Przy tém część większa przyrośnięta była do ściany brzucha, i przyrośnięcie to zdawało się rozciągać na całą powierzchnię zetknięcia z tą ostatnią, bowiem gdy guz w brzuchu poruszany był w tę i ową stronę, to w okolicy jego lewej górnej części, po przyłożeniu ucha w tém miejscu do ściany brzucha, wyraźnie słyszeć się dawał szmer tarcia, który za tém przemawiał, że nie było tu żadnego zrośnięcia z tą ścianą.

Co się tyczy dwóch mniejszych części guza, to te nie były zrośnięte ze ścianą brzuszną, lecz najzupełniej pod nią przesuwalne. Przesuwalność tę posiadała mianowicie część p o n a d większą położona, w tak wysokim stopniu, że przy pomocy odpowiedniego nacisku ręką, bez wielkich trudności mogła być przepchaną ze swego położenia do prawej okolicy podbrzusznój i przed żołądek, prawie pod fałszywe żebra lewej strony.

Przy badaniu przez pochwę, przez przednią część sklepienia téjże wyczuwałem dolny koniec guza, jako ciało wielkie, wypełniające górne wejście do miednicy, odporne, ale dość sprężyste, które w tym kierunku wydało się zaokrągloném. Posuwając końce dwóch palców użytych do badania: wskazującego i środkowego, po przedniej części tego ciała, natrafiłem na macicę, której część pochwowa położeniem swoim dość dobrze odpowiadała linii osiowej kanału miednicy, ciało jednak okazało się przez guz zepchniętém z téj linii ku prawej ścianie miednicy. W ogóle cały ten organ był przez guz nieco ku dołowi popchniętym, i dla tego leżał nieco niżej niż w stanie prawidłowym. Zresztą nie przedstawiał on nic nieprawidłowego, wyjąwszy to, iż był nieco dłuższy niż zwyczajnie. Pomiar jego jamy przedsięwzięty przezemnie za pomocą hysterometru (macicomiaru) wykazał mianowicie, że długość tego organu wynosiła 3 cale i 2 linie ($8\frac{1}{2}$ ctm.).

Jako skutek wyż opisanego guza i płynu zebranego w jamie brzusznej, chora podczas chodzenia i stania przybierała nieco przechyloną postawę na podobieństwo kobiety w końcu ciąży, doznawała przykrego uczucia ciężenia i prężenia w podbrzuszu i uskarżała się na ogólne osłabienie, które jak mówiła, stopniowo się zwiększało. — Zresztą, wszystkie czynności jój organiczne zachowywały się dość prawidłowo, tylko odpływy miesięczne, które zwykle trwały normalny przeciąg czasu i były miernie obfite, w ostatnich czasach nieco za prędko, mianowicie co 3 tygodnie po sobie przychodziły.

Z uwagi na to cośmy powiedzieli, nie mogło ulegać żadnej wątpliwości, że chora dotkniętą była wielokomorową torbielą jajnika (*Cystoma multiloculare ovarii*), i że ta torbiel zajmowała lewy jajnik.

Co się tyczy p r a w e g o jajnika, ten przez wzgląd na trwanie regularności prawdopodobnie był zdrowym, jako téż i macica, pomijając jój przedłużenie

o 10 linii (22 mm.) sprawione przypuszczalnie cierpieniem jajnika i jój przesunięciem przez guz na prawą stronę.

Zebranie się płynu w jamie brzusznej (*ascites*), było następstwem ucisku jaki guz wywierał na wielkie pnie naczyniowe brzucha i miednicy, a z powodu swój nieznaczności, odgrywało podrzędną tylko rolę. To więc, przy stawianiu sobie planu leczenia nie zasługiwało u naszój chorój na żadne szczególne uwzględnienie.

Pytanie, jak długo trwać mogło cierpienie jajnika u chorój, znajduje odpowiedź samo w sobie, skoro rozważymy, że chora w zimie r. 1865 na 1866 rok przez dłuższy czas doznawała bólów w lewój połowie podbrzusza i w lewém udzie, które przyjąć należy za objaw zapalenia lewego jajnika, jako téż, że podczas owego okresu trwania bólów rozwinął się w lewój połowie tego podbrzusza guz, który nie mógł być niczém inném jak tylko początkiem wielkiego torbielaka lewego jajnika, z którym chora wstąpiła do szpitala.

Rokowanie dla chorój z powodu jój cierpienia mogło być tylko najgorsze, bo jakkolwiek cierpienie to istniało dopiero od dwóch lat, to jednak zrobiło przez ten czas znaczne stosunkowo postępy, a chora pozostawiona samój sobie, szybkim krokiem zdążała do niechybnego fatalnego końca; ocalić ją mogło tylko wycięcie torbieli jajnika (*ovariotomia*), gdyż na téj tylko drodze mógł być powstrzymany stopniowy upadek jój organizmu cierpieniem jajnika spowodowany.

Przedstawiłem tedy chorój, że operacya ta jest ostatecznym i jedynym środkiem jój ocalenia, a gdy przedstawienie moje chętnie przyjęła, postanowiłem wykonać na niój rzeczoną operacyę i dzień operowania naznaczyłem na 27go listopada.

Zanim przystąpiłem do dzieła, przedtém raz jeszcze ściśle zbadałem chorą, wraz z kilku innymi kolegami, którzy mi potém przy operacyi assistowali albo byli przy niój obecnymi, utworzyłem plan operacyi i poczyniłem potrzebne do niój przygotowania. Rozkazałem mianowicie przenieść chorą z sali ogólnej, na której dotychczas pozostawała, do oddzielnego, widnego i ogrzanego pokoju, w przeddzień operacyi dać jój kąpiel, przeczyszczającą dawkę oleju rycynowego i sześć 10cio granowych proszków Bismuthi nitrici praecipitati, a bezpośrednio przed operacyą zaleciłem wypuścić jój mocz.

Samą operacyę wykonałem w dniu wyżej podanym, w assistencyi PP. Prof. Girsztowta i Korzeniowskiego, lekarzy praktykujących Helbicha, Groëra, Kwaśnickiego, Nowakowskiego, Chwata, Brauna, Śmiechowskiego i studenta medycyny Ciumkiewcza, w obecności PP. Profów. Le Brun'a i Tyrchowskiego, Drów Konitz'a, Darewskiego i wielu innych kolegów, i pewnej liczby studentów medycyny.—Działo się to w tym samym pokoju, w którym chora kilka dni przepędziła, i który w dniu operacyi ogrzany był do $+ 18^{\circ}$ R.

(Dalszy ciąg nast.).

Zołyzy podejrzone, nosacizna i tyleczak.

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

(Ciąg dalszy, patrz nr. 41).

Objawy i przebieg choroby (*Symptomatologia*). W formie, która nosi nazwę *nosacizny* (*malleus humidus*) głównymi objawami, przy dostatecznym rozwoju choroby są: wyciek z nozdrzy, guziczki i wrzodziki na błonie śluzowej nosa, tudzież nabrzmienie gruczołów limfatycznych w rowie podszczękowym. Cała ta sprawa zajmuje zwykle jedną tylko jamę nosową i odpowiedniej strony gruczoł podszczękowy, jak Gerlach i niektórzy inni weterynarze twierdzą, częściej lewą niż prawą stronę; jeżeli zaś dotyka współcześnie z obu stron błonę śluzową, to zawsze jest z jednej strony więcej niż z drugiej wydawną. Sama błona śluzowa, będąc w stanie kataru, rzadko jednostajnie, najczęściej jest plamisto zaczerwienioną, rozpulchnioną, zgrubiałą i można dostrzedz rozgałęziające się w niej drobne naczynia krwionośne, nie jednostajnej średnicy, (katar chroniczny). Wydzielający się płyn, z początku więcej przejrzysty, staje się później mętnym, (od obfitszej przymieszki komórek epitelialnych), lepkiem, brudno żółtawym, lub zielonawym, czasami zaczerwienionym (od przymieszki krwi), albo też jest upstrzony punktami zielonemi (od przymieszania się drobnych odłamków zniszczeniu uległej chrząstki przegrodowej nosa, lub muszli nosowych). Ciecz rzeczona ma obok tego, zwłaszcza jeżeli uległy owrzodzeniu (*caries*) muszle nosowe lub chrząstka przegrodowa, woń cuchnącą i nadżera części, po których przepływa, przez co na brzegach nozdrzy powstają nadżarcia (*excoriationes*), oraz obrzmienie, przyczyniające się do ściśnienia ujścia odpowiedniego nozdrza i utrudzające przez to oddychanie tém więcej, że sama błona nosowa jest czasami, mianowicie przy przebiegu ostrym, mocno nabrzmiała i że materyja lepka zasychająca w około nozdrzy na strupy, także formuje tamę w swobodnym przepływie powietrza respiracyjnego.

Przy bliższém obejrzeniu jam nosowych, (do czego należy podnieść głowę zwierzęcia, odwrócić je do słońca, rozszerzyć skrzydełka nosowe, a czasami i oświecić wewnątrz nosa, wprowadzając odblask stosownie utrzymywanego lusterka), widzieć się dają na błonie śluzowej guziczki wielkości ziarna prosa, konopi lub soczewicy, barwy szarawej lub żółtawej, zamienione już czasami we wrzodziki; około nich zaś stan kataru błony najwyraźniej jest uwydatniony. Guziczki te sadowią się najczęściej na przegrodzie, rzadko na ścianach bocznych nosa, a nieraz umieszczone są w jamie nosowej tak wysoko, że za życia nie tylko dojrzeć, ale nawet przez wprowadzenie palca wymacać ich nie jesteśmy w stanie.

W tym razie, z powodu że wypływ z nozdrza i zbrzęknięcie gruczołu limfatycznego podszczękowego, przypominają tak zwane zołyzy, przy względzie na uporeczywość choroby, jednostronny tylko wpływ, i także nabrzmienie gruczołu podszczękowego, w przypuszczeniu że nowotwory nosacizny mogą właśnie być

usadowione w wyższych częściach jam nosowych, oznaczamy chorobę nazwą *z o ł z ó w p o d e j r z a n y c h* (*adenitis suspecta*).

Guziczki o jakich wyżej mowa, znajdują się czasami gromadnie obok siebie, a w takim razie, po zamienieniu się na wrzodziki, zlewając się, tworzą wrzód nieoznaczonój formy, gdy wrzodziki powstałe z guziczków samotnie poustawianych, zazwyczaj są okrągławe. Również powstaje wrzód nieoznaczonój postaci i zawsze dość duży, gdy oprócz guziczków, błona śluzowa zajęta jest nasiękiem rozlanym (*infiltratio diffusa*), co zwykle ma miejsce w tak zwanój nosaciznie ostrój.

Wrzodziki, o których mowa, odznaczają się wyniosłemi, wywiniętymi, nierównemi brzegami i dnem zagłębioném, słoninowatém, brudno-szarém lub brudno-żółtawém, które jest powleczone masą lepką, lśniącą się. Drażą one przytem i w głąb, tak że nie samą tylko błonę śluzową i tkankę podśluzową, ale nieraz i chrząstkę przegrodową albo kości muszlowe zajmują, powodując zniszczenie w tych częściach.

Wymienione właśnie cechy ułatwiają odróżnienie sprawy nosacizny od owrzodzeń powstałych na błonie śluzowój nosa, przy niektórych innych sprawach chorobowych np. od *nażarć* (*erosiones*) przy katarze, od owrzodzenia błonicowego (difterytycznego), od wrzodzików powstałych skutkiem mechanicznego lub chemicznego obrażenia błony śluzowej nosa i t. d.

Oprócz otwartych jeszcze wrzodzików, znajdują się niekiedy na błonie śluzowój wystające nad jój powierzchnią blizny po już zagojonych, które mają zazwyczaj formę promienisto-gwiazdzistą, kolor żółtawo-biały i są mniej więcej twarde.

Niezależnie od zmian dotąd opisanych, znajdujemy statecznie zbrzęknienie gruczołów limfatycznych w rowie podszczękowym. Obrzękłość w nosaciznie chronicznój zwykle wyraźnie ograniczona, kulista, lub więcej podługowata, twar-da, pagórkowata, niesprężysta i bez podniesionój temperatury, w rzadkich tylko wypadkach, okazuje w dotknięciu wyższą czułość, zazwyczaj bowiem, zwłaszcza gdy choroba trwa już od pewnego czasu, jest niebolesną i skóra bywa zwykle z guzem złana, tak, że nie daje się na nim przesuwac, a dość często jest cały guz nieruchomy, w skutek przyrośnięcia do żuchwy. Podobnie jak sprawa chorobowa w nosie, zajmuje i zbrzęknienie gruczołu tylko jedną stronę, odpowiadającą właśnie dotkniętemu nozdrzu. Czasami jednak jest nieco nabrzmiaty i gruczoł strony przeciwnój. Nadto po stronie zajętogo nozdrza spostrzega się niekiedy katar łączniocy, a ztąd wypływ łez i śluzu, zasychającego w kącie wewnętrznym oka, na brudno żółtawe grudki.

Czasami przy znaczném rozszerzeniu sprawy chorobowój, rozciąga się on i na worki powietrzne, — (organa tylko w rodzaju konia istniejące, i stanowiące wypuklenia torbiaste błony śluzowój trąbek Eustachiusza), — na zatoki czołowe i szczękowe; a w takim razie można niekiedy dostrzedz zbrzęknienia, wynikające od rozprzestrzenienia się pomienionych jam. Jeżeli zaś cierpienie dotyka i błonę śluzową krtani, słyszeć się daje oddech sapliwy, i ochrypliwy kaszel. Nadto ponieważ statecznie zajmuje sprawa chorobowa i płuca, przeto występuje prędzej lub później kaszel.

Przy obsłuchiwaniu (*auscultatio*) wykryć można różne nieprawidłowe szmery oddechowe; dźwięk zaś perkusyjny staje się nieprawidłowym tylko w tych wypadkach, kiedy wiele guziczkowatych tworów jest skupionych gęsto, na znacznie szerszą przestrzeń, w miejscu dla perkusyi przystępnem, kiedy zatem znaczniejsza część płuc, skutkiem obecności nowotworu, powietrza jest pozbawioną.

W t y l c z a k u (*morbus farciminosus*) twory guziczkowate zamieniające się na wrzody, zamiast błony śluzowej, zajmują różne miejsca skóry, lub tkanki łącznej podskórnej. Spostrzegają się np. na głowie, szyi, na piersiach, brzuchu, na kończynach i t. d. Guziki mają tu wielkość orzecha laskowego do orzecha włoskiego. Z początku są zwykle bolesne, twarde, bez znacznego podniesienia temperatury, pojedynczo rozrzucone, lub gromadnie na obrzniętym miejscu skóry umieszczone. Występują zwykle powoli i stopniowo co raz więcej, a tylko wtenczas, kiedy przy towarzyszeniu gorączki, choroba w ogóle jest nacechowana szybkim przebiegiem, stanowiąc tak zwany t y l c z a k o s t r y, okazują się guzy jednocześnie na wielu miejscach skóry i zamieniają się rychlej we wrzody. Przy biegu przewlekłym niektóre z wystąpionych guzów, tracąc z wolna podniesioną czułość, zostają przez czas długi bezzmiennie, znaczniejsza jednak ich liczba prędzej lub później mięknie na swym wierzchołku, i po pęknięciu zamienia się we wrzody. Wrzód taki, znacznie zagłębiony, ze zgrubiałemi, wywróconemi i nadciętymi brzegami, z dnem zagłębionem, nieczystem, słoninowatym, wydziela ciecz posokowatą, żółtawą, klejką, zlepiającą sierć naokoło i tylko u młodych, dobrze odżywianych sztuk, posiada z początku wydzielina wrzodów własności r o p y.

W czas niejaki po wystąpieniu rzeczonych guzów i wrzodów, nabrzmiewają w okolicy zajętej i naczynia oraz gruczoły limfatyczne, przez co przy zajęciu np. gruczołów pachwinowych okazuje się chromanie. Czasami wyprzedza rozwinięcie się guzów, bolesny edematyczny obrzęk kończyn tylnych, lub puzdra (*praeputium*) i moszny, a w takim razie, zdarza się nawet niekiedy, że wrzody sięgające zwykle głęboko, powstają na obrzniętych kończynach w miejscach, gdzie na skórze nie znajdowały się poprzednio wcale guzy. Ma to miejsce szczególnie, jeżeli nowotwór w skórze jest jakby nainfiltrowany.

Podobnie jak wrzodziki nosacizny w nozdrzach, zagajają się niekiedy i tylczakowe na skórze, zostawiając sterczące promienisto-gwiazdźdźiste, twarde blizny. To jednak nie kończy sprawy chorobowej, gdyż tworzenie się coraz nowych guziczków i wrzodzików, ciągle się odbywa.

Jak w nosaciznie tak i w tylczaku chronicznym, u sztuk z kąd inąd zdrowych, nie spostrzegamy z początku żadnych widocznych objawów chorobowych w ogólnym stanie. Zwierzę przy należytem utrzymywaniu jest rzeźkie, lśniaca sierć na niem przylega, (z wyjątkiem miejsc guzami i wrzodami zajętych), ma dostateczny apetyt, słowem zachowuje się jak w stanie zupełnie zdrowym. Trwa to tak miesiące, a nawet lata całe, przyczem niekiedy nawet, w czasie pogody i niezbyt gorącej pory, znika na czas pewny w nosaciznie wypływ z nozdrzy i zwierzę zdaje się być wyleczone. Z tem wszystkiem jednak, w miarę rozprzestrzenienia się znacznie chorobowego procesu w płucach, zaczyna w końcu koń chudnąć, słabnąć

i przy objawach co raz bardziej uwydatniającego się charłactwa (*cachexia*), wśród przypadków tak zwanéj gorączki wycieńczającej (*febris hectica*) następuje śmierć. Częściej jednak sprowadza śmierć *n o s a c i z n a* lub *t y l e z a k o s t r y*; — formy następujące po trwaniu już choroby przez czas pewny pod postacią przewlekłej. W takim razie, podobnie jak wówczas gdy choroba od razu się objawia pod formą ostrą, obok wystąpienia oznak silnéj gorączki, zaczynają się szybko tworzyć opisane guziczki, w nosie lub na skórze albo jednocześnie w nosie i na skórze, które zamieniają się rychło we wrzodziki, przyczém miejsca niemi zajęte są bolesne, mocniej obrzmiałe i gorące. Kaszel i inne objawy zajęcia płuc stają się mianowicie w nosaciznie ostréj bardzo wydatnemi; nabrzmiała, mocno zaczerwieniona, czasami i krwawiąca błona śluzowa zajętego nozdrza, bywa w takim razie nainfiltrowana masą trzęską, a czasami pokryta wsiękiem krupowym. Również bolesnemi są i mocno nabrzmiętymi gruczoły limfatyczne w rowie podszczękowym, a niekiedy także naczynia i gruczoły limfatyczne innych okolic ciała. Przy coraz znaczniejszem zaś wzmaganiu się wskazanych przypadków, słabnie zwierzę widocznie, w końcu, około dnia 10—15 od wystąpienia gorączki zdycha. Niekiedy do nosacizny ostréj przyłącza się rychło zapalenie stawów, które tylko do przyspieszenia śmiertelnego zejścia się przyczynia; czasami zaś, jak wspomina Röll, ropnica (*pyaemia*), ostateczny kres życia stanowi.

(Dalszy ciąg nastąpi).

O kanałach pachwinowym i udowym.

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

(Ciąg dalszy).

3) **W i ą z u d o w y H e j'a** (*ligamentum femorale Hej*). Opisany po raz pierwszy w Anglii przez H e j'a, a następnie zbadany przez Ch. B e l l'a, wiąz ten nie uznany został za rzeczywisty przez niektórych współczesnych chirurgów, jakoto: A. C o o p e r. L a w r e n c e etc. i jeszcze dotąd jest przedmiotem sporu pomiędzy autorami a wielu nawet wcale nie znany. Wreszcie wiąz H e j'a zdaje się być tylko zgrubialością powięzi poprzecznej przy obrączce udowej i więzie G i m b e r n a t a, powstaje więc w samej grubości tej powięzi. Wzmocniony włóknami pochodzącymi z mięśnia poprzecznego brzucha i łuku P o u p a r t a, pęczek ten, tasiemkowaty rozciąga się za łukiem rzeczonym wzdłuż części przedniej obrączki udowej i kończy się na grzebieniu łonowym, blisko więzu G i m b e r n a t a, zlewając się z niektórymi włóknami tegoż ostatniego więzu, jako też z przedłużeniem górnem więzu sierpowatego.

Kierunek więzu H e j'a jest równoległy do części tylnej i dolnej łuku P o u p a r t a, ale jest nieco więcej poziomy; był uważany za łuk udowy głęboki. Autor angielski G a y zwrócił uwagę anatomów na inny jeszcze mały wiąz, który oznacza pod nazwą: *fibrae crassiores ligamenti interni Hesselbachii*. Ten pęczek włóknisty ma się odróżniać podług tego autora od więzu H e j'a nie tylko położeniem, ponieważ znajduje się nad nim, a zatém nad obrączką udową, ale także samym składem, albowiem jest prawdziwą należnością powięzi poprzecznej, któ-

rój włókna są grubsze i bardziej skupione w tém miejscu, a wiąz H e y'a będzie więcej zawistością więzu sierpowatego. Sławny chirurg L i s t o n utrzymuje, że kiedy nawet wiąz G i m b e r n a t a, przy operacyi, przetniemy z zachowaniem więzu H e y'a, otwór obwodu przedniego obrączki udowej nie zmniejszy się. W samej rzeczy, wiąz H e y'a, znajdując się więcej ku tyłowi, jak wiąz G i m b e r n a t a, łatwo pojąć można, że jeżeli jelita mogą ulegnąć zaciśnieniu przez pęczki ścięgniaste, otaczające obrączkę udową, więzowi H e y'a szczególnie przypisać należy uwężenie, wiąz ten jest bowiem w bliższym stosunku do jelita jak wiąz G i m b e r n a t a; wszelkie więc staranie chirurga dążyć powinno do przecięcia najsamprzód tego więzu.

1° O b r ą c z k a u d o w a (*annulus cruralis*). Zwana także otworem górnym kanału udowego, obrączka ta znajduje się pomiędzy naczyniami udowemi, a zwłaszcza między żyłą udową i więzem G i m b e r n a t a i przy końcu górnym dołka owalnego Scarpy, pod otrzewną i powięzią poprzeczną jamy brzusznej. Umieszczona jest około 4 centymetrów na zewnątrz spojenia łonowego, a zatem na zewnątrz i poniżej kanału pachwinowego i łączy, za łukiem udowym, dołek owalny Scarpy z jamą brzuszną.

Obrączka ta ma kształt trójkąta nieregularnego, mającego w obwodzie 3—4 centim. z jednym kątem wewnętrznym i dwoma zewnętrznymi. Trzy kąty tego otworu są zazwyczaj zaokrąglone z powodu że 3 więzy, które tworzą trzy jego brzegi, zlewają się nieznacznie między sobą; i tak widzimy, że niektóre włókna więzu G i m b e r n a t a łączą się bez żadnej linii demarkacyjnej z więzem grzebieniastym C o o p e r'a. Podobne zlanie się ma miejsce jeszcze w wyższym stopniu między tym ostatnim więzem a tasiemeczką biodro-grzebieniastą. Nakoniec znajdują się także włókna łukowate, pośredniczące przy zetknięciu się tasiemeczki biodro-łonowej z tasiemeczką biodro-grzebieniastą.

Kąt wewnętrzny obrączki udowej, wyraźnie zaokrąglony, utworzony jest przez podstawę wklęsłą i jakby sierpowatą więzu G i m b e r n a t a, stykającą się z tyłu z tętnicą zastonową, w razie kiedy ona powstaje z tętnicy nadbrzusznój; kąt zewnętrzno-tylny przylega do żyły udowej, od której oddzielony jest końcem górnym więzu sierpowatego; kąt zewnętrzno-przedni jest w stosunku do tętnicy nadbrzusznój. Co do trzech brzegów tej trójkątnej obrączki: przedni stanowi łuk udowy i wiąz H e y'a i odznacza się swym stosunkiem do sznurka nasiennego; tylny wewnętrzny, utworzony jest przez gałąź poziomą kości łonowej, pokrytej powięzią i mięśniem łonowym, jako też więzem grzebieniastym; nakoniec brzeg zewnętrzny stanowi żyła udowa, którą przedziela przegródka przednio-tylna podłużna wyżej wzmiankowana.

Obrączka udowa zatkana jest, w stanie prawidłowym: otrzewną, tkanką łączną podotrzewną (*textus cellularis subperitonealis*) i częścią powięzi poprzecznej rozciągającej się od grzebienia łonowego za więzem G i m b e r n a t a. Ta ostatnia zachowuje się w sposób odmienny na około naczyń krwion ośnych i limfatycznych: naokoło pierwszych, stanowi rodzaj worka ślepego lub rodzaj lejka współśrodkowego przebitego przez tętnicę i żyłę udową w ten sam sposób, jak sznurek nasienny przechodzi przez powięź poprzeczną przy dole pachwinowym; naokoło

obrączki udowej, czyli naokoło pochwy naczyń limfatycznych, powięź ta przyczepia się na więzach G i m b e r n a t a i C o o p e r a, otaczając stronę wewnętrzną żyły udowej, i stanowi rodzaj przegrody wkłęsłej, oznaczonej pod nazwą *Septum crurale Cloqueti s. fascia propria herniae cruralis* A. C o o p e r a lub *infundibulum femorali-vasculare Thompsoni*.

Przegroda ta stanowi w samej rzeczy, wkłęśnienie lejkowate wypełnione tkanką łączną podotrzewną, zawarte w kanale lejkowatym rozdwojenia powięzi szerokiej uda i odpowiadające dołkowi udowemu otrzewnej. Tak więc kanał udowy składa się z dwóch współśrodkowych lejków, z których zewnętrzny, obszerniejszy i tęższy, powstaje z rozdwojenia powięzi szerokiej uda (*fascia lata*) i stanowi pochwę naczyń limfatycznych; wewnętrzny czyli współśrodkowy, mniejszy, węższy i luźniejszy, jest wypukleniem powięzi poprzecznej (*fascia transversalis*). Część wewnętrzna wierzchołka tego ostatniego lejka błoniastego przedstawia rodzaj blaszki sitowej, bo przebitą jest licznymi dziurkami dla przejścia naczyń chłonnych powierzchniowych uda, które tędy udają się do gruczołów, znajdujących się wzdłuż brzegu wewnętrznego dołu biodrowego. Zawiera ona często, w jednej z tych dziur gruczoł limfatyczny, zasługujący na uwagę, z tego względu, że znajdując się w wydrażeniu lejkowatym na wewnątrz żyły udowej, gdy ulegnie nabrzęknięciu zapalnemu ostremu, to niekiedy mylnie był brany za przepuklinę udową. Dziury te uważane były przez C l o q u e t a i T h o m p s o n'a jako przyczyna uwięzienia przepuklin udowych.

Trzon kanału udowego. Krótszy i szerszy u niewiast niż u mężczyzn, trzon czyli przebieg kanału udowego ma kształt lejka trójkątnego z wierzchołkiem dolno-przednim i z podstawą górną tylną. W nim rozróżnić można trzy ściany, odpowiadające trzem bokom obrączki udowej, przednią, zewnętrzno-tylną i wewnętrzno-tylną.

a) Ściana przednia. Rozciąga się ona od więzu P o u p a r t a do otworu przebitego przez żyłę zaskórną wewnętrzną. Żółtawa, gruba i tęga przy części zewnętrznej odpowiadającej tętnicy i żyły udowej, ściana ścięgniasta przedstawia, z przodu, a zwłaszcza na wewnątrz, przy pochwie limfatycznej uda, wejrzenie mniej włókniste i układ przetakowaty lub sitowaty, ztąd właśnie powstała jej nazwa powięzi sitowej czyli dziurawej (*fascia cribriformis*).

Powięź ta ograniczona jest na wewnątrz pasemkiem ścięgniastym, półksiężycowem, jest to, co nazywają więzem sierpowatym (*lig. falciformis*).

Powięź dziurawa czyli sitowa (*fascia cribrosa s. cribriformis*). Ściśle połączona z warstwą głęboką powięzi wierzchniej uda i z tego powodu dosyć trudna do preparowania, powięź ta stanowi, podług Angielskiego Chirurga G a y, oddzielną blaszkę, składającą się z dwóch listków, z których powierzchniowy będzie przedłużeniem rozścięgni mięśnia poprzecznego brzucha, a głęboki dalszym ciągiem powięzi szerokiej uda, stanowiąc tylko jej listek powierzchniowy.

Zatyka ona w sposób pokrywki dół owalny Scarpy i stanowi z więzem sierpowatym jedną całość. Powięź dziurawa, tem cieńsza im bardziej uważamy ją na wewnątrz, odznacza się tem, że jest przebitą wielką liczbą dziurek, przez które przechodzą drobne naczynia.

Najobszerniejszy z tych otworów znajduje się przed i nieco na wewnątrz żyły udowej i służy dla przejścia żyły zaskórnej wewnętrznej. Tętnice i żyły sromne zewnętrzne, stając się powierzchownymi, przebijają również tę powięź; tak samo się zachowują tętnice i żyły podskórne Hallera, jakoteż liczne naczynia krwionośne przeznaczone dla gruczołów limfatycznych, a szczególnie znaczna liczba naczyń limfatycznych podskórnych, udających się do gruczołów podpowięziowych. Wszystkie te naczynia przedziurawiają powięź dziurawą, jedne obok drugich w przestrzeni dosyć wąskiej, zawartej w poprzek, między brzegiem więzu sierpowatego i powięzią oblekającą mięsień grzebieniasty, a z góry na dół, między kolcem łonowym a ujściem żyły zaskórnej wewnętrznej. Dziury najbardziej zasługujące na uwagę są: jedna, przez którą przechodzi żyła zaskórna wewnętrzna, a następnie dwie lub trzy dziury górne, przy kolecu łonowym, albowiem przez jedną z nich, znacznie rozszerzoną, tworzy się często przepuklina udowa, mówię często, bo wyjątkowo jelita mogą występować przez jakąkolwiek bądź z dziur i nawet przez wiele jednocześnie jak to Hesselbach miał sposobność obserwować.

Odpowiadając szczególnie pochwie naczyń limfatycznych, powięź sitowa kończy się: na wewnątrz, pod kątem ostrym, na powięzi mięśnia grzebieniastego; na zewnątrz, zlewa się z powięzią nie przedziurawioną, pokrywającą tętnicę i żyłę udową; ku dołowi gubi się nieznacznie na obwodzie żyły zaskórnej wewnętrznej; a ku górze, łączy się ze stroną dolną łuku udowego, przyczyniając się do wzmocnienia więzu Gimbernata.

b. Ściana zewnętrzna. Jest utworzona przez stronę wewnętrzną żyły udowej i przez przegródkę tkanki łącznej wyżej wzmiankowaną.

c. Ściana wewnętrzna. Będąc dalszym ciągiem listka głębokiego powięzi udowej, rozciąga się przed mięśniem grzebieniastym czyli łonowym udową, gdzie zlewa się z listkiem powierzchownym.

Obie ściany tylne listka głębokiego powięzi udowej, złączywszy się między sobą, tworzą podwójną płaszczyznę pochyłą z kątem wchodzącym dosyć głębokim, obróconym ku przodowi, gdzie umieszczone są, postępując z zewnątrz na wewnątrz: tętnica, żyła udowa i chłonice, a oba listki, oddzielone od siebie w środku w kształcie lejka i połączone przy brzegach, stanowią część górną pochwy naczyń krwionośnych i pochwy naczyń limfatycznych czyli trzonu kanału udowego.

(Dok. nast.).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Rzut oka na postępy w ostatnich czasach nauki o chorobie przymiotowej (*syphilis*).

Nauka o chorobie przymiotowej jest gałęzią wiadomości lekarskich których postęp stał się najwidoczniejszym dopiero w obecnym stuleciu, szczególnie zaś ostatnimi czasy. Francya bez zaprzeczenia najbardziej przyczyniła się do tego postępu, opierając swe zasady i przekonania na bogatej niwie doświadczenia.

W końcu ostatniego wieku wielu autorów piszących o przymiocie, pod wpływem panujących wtedy wyobrażeń zamieniało przypuszczenia w zasady nie starając się ich dowieść na postrzeżeniach klinicznych, które podług ich przekonania podrzędną grały rolę. W ich

obszernych pracach nie znajdujemy żadnego naukowego interesu, chyba pod względem historycznym, lecz dzieła *Astruc'a* dostatecznie nas obznajmiają z historią powstania i szerzenia się choroby przymiotowej, za to część traktująca o przyczynach i objawach przymiotu jest najslabszą stroną dzieła tego autora. Syflografowie francuzcy twierdzili wtedy że wiele cierpień i zaburzeń w naszym organizmie, które my dziś uważamy jako skutek działania jadu przymiotowego, może powstać pod wpływem tak zaraźliwości rzeżączki, jako też i wrzodu prostego (pojęcia o dwóch różnych wrzodach, które jest nabytkiem naszego czasu nie miało wtedy). W ogóle, przypisywano wszystkie choroby zaraźliwe do tej grupy należące, jednej przyczynie i jednemu jadowi; lecz to pojęcie nie oparte na żadnym doświadczeniu, już wtedy przeznaczonóm było do ustąpienia miejsca więcej prawdziwemu i bliżej wymagań nauki stojącemu.

Już w roku 1777 prof. *Tode* w Kopenhadze wygłosił pierwszy że rzeżączka i przymiot są różnej natury; w 1793 r. *Benjamin Bell* powtórzył w Anglii toż samo zdanie zasadzając się głównie na tém, że przymiot jest *cierpieniem ogólném* wtedy gdy *rzeżączka* nie przestaje być nigdy miejscowém.

Bosquillon, który przetłumaczył dzieło *Bella* na język francuzki w 1802 roku, aby tém wyraźniejszą różnicę między temi chorobami wykazać, dodał, że przymiot poznano dopiero po odkryciu Ameryki, a rzeżączkę już znano w głębokiej starożytności; obok tego nadmienił iż: „*naturam morborum curationes ostendunt*“ a ponieważ rtęć potrzebna do wyleczenia przymiotu nie przynosi żadnej ulgi w rzeżączce, przeto i te dwa cierpienia podług tego ostatniego aforyzmu nie wspólnego nie mają.

Rozróżnienie tych dwóch cierpień doczekało się wkrótce i naukowego wytłumaczenia.

W 1808 roku Towarzystwo Lekarskie w *Besancon* mocno zajęte tą kwestyą, która wtedy najwięcej budziła interesu, ogłosiło konkurs na rozprawę następującej treści: „Rozstrzygnąć stanowczo, przez badania i doświadczenia, wątpliwość co do tożsamości natury jadu rzeżączki i przymiotu;—czy ten sam jad może wywołać raz tę, drugi raz tamtą chorobę; i nakoniec czy leczenie skuteczne w jednej z tych chorób, może być zastosowane z powodzeniem i w drugiej.

Toż samo Towarzystwo w dniu 3im lipca 1810 r. przyznało nagrodę za rozprawę na powyższy temat, *J. F. Hernandez*owi, profesorowi patologii wewnętrznej w Szkole medycznej w Tulonie, który dowiódł istnienia dwóch oddzielnych jądów dla tych dwóch chorób a to wychodząc z następujących zasad:

- 1) Historia wskazuje nam iż rzeżączka i przymiot nie powstały jednocześnie;
- 2) Doświadczenie przekonywa iż zaszczerpiony jad rzeżączkowy może wywołać tylko rzeżączkę, lecz żadną miarą nie powstają pod jego wpływem wrzody przymiotowe, ani też objawy właściwe tej chorobie;
- 3) Rzeżączka nie prowadzi nigdy do zakażenia całego organizmu, o czém z postrzeżeń klinicznych dowodnie przekonać się możemy.

Jak *Laennec* w osłuchiowaniu (*auscultatio*) tak *Hernandez* w kwestyi o nietożsamości jadu, nie zostawił swoim następcom najmniejszej nawet rzeczy do wyswietlenia.

Po ogłoszeniu pracy *Hernandez'a*, zdawałoby się że cały świat lekarski zgodzi się z pojęciem autora i przyjmie *rozdzielność jądów*— stało się jednak inaczej, walka między utrzymującymi o tożsamości i rozdzielności jądów, wsczęta jeszcze za czasów *Bella* podtrzymywana przez *Bosquillon'a*, stała się jeszcze zaciętszą i trwała całe pół wieku; i gdybyśmy nawet dziś pilnie przyłożyli ucho, to jeszcze nie jedno z niej echo możeby nas doleciało.

W książkach o chorobach wenerycznych po 1810 r. wydanych, znajdujemy w miejsce otwartego przyjęcia zdania *Hernandez'a*, coś stojącego pośrednio między jego zdaniem, a nowém pojęciem. *Lagneau* w swém dziele, które było uważane przez długi przeciąg czasu za klasyczne i miało sześć wydań, przyjmuje za przykładem swego nauczyciela *Swediaur'a*, iż rzeżączka bywa raz przymiotową t. j. w towarzyszeniu właściwych objawów temu cierpieniu, drugi raz nieprzymiotową, t. j. łagodną, bez ogólnego zakażenia

i następstw. To pojęcie, które i dziś ma kilku zwolenników, ludzi wsławionych nauką, jak: C a z e n a v e, B a z i n i w. i., wydaje się na pozór łatwiejszém do zrozumienia, jak rozdział między rzeżączką a przymiotem. Zdarza się dość często spotykać takie osoby, które przedstawiając znaki ogólnego zakażenia chorobą przymiotową, nie mogą sobie przypomnieć, aby kiedy miały wrzód przymiotowy i obwinają we wszystkiém tylko rzeżączkę którą kiedyś miały. Nic naturalniejszego na pozór jak odnieść w tych razach objawy ogólne do następstw rzeżączki, lecz z drugiej strony, nic bardziej fałszywszego nad to wymyślić nie można. Wrzód przymiotowy przebiega często bez objawów zapalnych, jest mało, albo wcale niebolesny; siedlisko jego bywa niekoniecznie na częściach płciowych, często nawet nie zwraca na siebie uwagi chorego, tém bardziej w niższej klasie społeczeństwa, która najwięcej chorych tego rodzaju dostarcza szpitalom, wrzód taki przechodzi niespostrzeżonym. Rzeżączka zaś przeciwnie, jest bolesną, przykrą i zmusza chorych do zmiany trybu ich życia, jeżeli chcą być wyleczonymi i przez to wspomnienie o niej, zostaje na długo u nich w pamięci. Obok tego, w klasie o której mówimy, rzadko spotkać osobę, któraby nie miała rzeżączki, łatwo więc zrozumieć jak często mogą ztąd wynikać błędy w rozpoznaniu, gdy lekarz tylko ze słów chorego stara się dowiedzieć o istniejącém cierpieniu.

Szpital St Louis, przykrém zrządzeniem okoliczności, stał się ostatniém schronieniem wiary w tożsamość jadu. Do szpitala tego wstępują chorzy z chorobami skóry, tak zwyczajnemi, jako téż i przymiotowemi. Naczelnym lekarz, przy badaniu chorego, posiadającego nowotwory, albo inne objawy przymiotowe, trwające nieraz od 10 lub 15 lat, bardzo łatwo mógł popełniać błędy w rozpoznaniu; inaczéj się działo w szpitalu *du Midi*, gdzie przyjmują chorych przeważnie z cierpieniami wenerycznemi i tym sposobem mają możność widzenia choroby od samego początku jéj rozwoju. W tym to więc szpitalu, zdanie wypowiedziane przez H e r n a n d e z'a zostało przyjęte w zupełności, a słusność jego, stwierdzona dowodami opartemi na doświadczeniach przez Dra C u l l e r i e r'a, (synowca), który w swém dziełku ¹⁾, wydaném przez jego ucznia Lucas'a C h a m p i o n i è r e'a twierdzi, iż w przeciągu 20-letniej praktyki zdołał się przekonać, że: wrzód przymiotowy powodujący ogólne objawy po zaszczepieniu nie daje rzeżączki i odwrotnie, że rzeżączka nie sprawdza objawów właściwych chorobie przymiotowej i nie zdolna jest wywołać po zaszczepieniu wrzodu przymiotowego.

R i c o r d, który w tym czasie wszedł jako ordynujący lekarz do szpitalu *du Midi*, bystrym swym umysłem pojął i ocenił należycie pracę H e r n a n d e z'a, wzbogacił jego odkrycie znakomitým wytlómaczeniem podanych faktów, oparł je na anatomicznych danych i uczynił swoim.

W przeciągu prawie 30 lat słynny ten professor nauczał nie jedno pokolenie lekarzy o nie tożsamości jądów rzeżączki i wrzodu przymiotowego; pojęcia te zaszczepione na ławce uniwersyteckiej, szybko rozniosły się po Francyi i wydały pożądaný owoc tak, że w 1850 r. wszyscy prawie lekarze (z wyjątkiem niewielkiej liczby ze szpitala St. Louis), o nietożsamości jądów byli najzupełniej przekonani.

Pojęcia lekarzy francuzkich o chorobach wenerycznych w 1850 r. były zawarte w następujących twierdzeniach:

a) Rzeżączka jest chorobą weneryczną, zaraźliwą, niemającą nic wspólnego z przymiotem i zostającą zawsze cierpieniem miejscowém.

b) Przymiot rozpoczyna się zawsze wrzodem.

c) Wrzód miękki nie daje objawów następujących, ogólnych, właściwych przymiotowi dla wywołania takowych potrzeba, aby stał się twardym.

d) Każdy wrzód weneryczny może stwardnieć, co zależy od idiosynkrazy chorego. Stwardnienie wrzodu

¹⁾ *Recherches pratiques sur la syphilis.* pag. 384. 1836 r.

jest następczym zjawiskiem, którego można uniknąć przez przeistoczenie wrzodu w samym początku jego rozwoju.

e) Sam tylko wrzód jest zaraźliwym, i to w czasie jego zupełnego rozwoju (*pendant sa periode d'état*), objawy zaś następcze nie są zaraźliwe.

f) Krew osoby zakażonej przymiotem nie jest nigdy zaraźliwą.

Zastanówmy się teraz nad zmianami, jakie w niektórych z tych zasad, doświadczenie poczyniło.

Twierdzenie pierwsze (a) *Hernandeza*, jest powszechnie uznane i przyjęte przez wszystkich tegoczesnych lekarzy. Drugie (b) zostało poparte nowymi pracami, o których powiemy niżej. Co się zaś tyczy wniosków wypływających z trzeciego i czwartego (c i d), to takowe najzupełniej zostały przemienione, dla powodów o których zaraz wspomnimy.

Pierwsi autorowie, którzy pisali o przymiocie, zauważyli że niekażdy wrzód jest wstępem do ogólnych objawów i zakażenia całego organizmu, i zwrócili już wtedy swą uwagę na to, że wrzód towarzyszony stwardnieniem, jest gorszym pod względem rokowania w tych razach. *Thierry de Héry*, autor francuzki pisał w 1569 roku: „wrzody więcéj twardości posiadające skłaniają do gorszego o przebiegu choroby rokowania, są oncz złośliwe, trudne w leczeniu i bardzo powoli się goją.“ Sławny chirurg francuzki *Ambroise Paré* mówił w tym samym czasie: „jeżeli jest wrzód na prąciu i towarzyszy mu miejscowe stwardnienie, to możemy być pewni że chory posiada przymiot.“ *Hunter* kładł także większy nacisk na podobne stwardnienie; lecz zasługa, za dowodne i stanowcze przekonanie publiczności lekarskiej iż wrzód twardy jest pewnym znakiem przymiotu, bez zaprzeczenia należy się profesorowi *Ricord*owi.

Ricord, jakśmy to wyżej przytoczyli uważał stwardnienie wrzodu jako objaw następczy, którego można było uniknąć przeistaczając wrzód, w samym początku jego rozwoju, z twardego na miękki. Przypuszczenie to potrzebowało wielkiego talentu i przekonywającej wymowy aby zostało przyjętem, gdyż jakim sposobem można przypuścić że niektóre osoby tak prętko zmieniają idiosynkrazję, że w przeciągu bardzo krótkiego czasu mogą mieć dwa te różnorodne gatunki wrzodów (miękki i twardy)?

Dopiero w 1852 roku *Bassereau* po raz pierwszy wytłomaczył dwoistość wrzodów, o czém nie jasno wspominał już *Hunter*. *Bassereau* dowiódł: że wrzód prosty jest cierpieniem miejscowym, niemającym żadnego podobieństwa do przymiotu i że jest znanym w głębokiej starożytności; przeciwnie, wrzód przymiotowy, zakażający cały organizm, jest plagą poznaną dopiero w nowszych czasach, i stanowi objaw pierwszorzędny przymiotu; oba po zaszczepieniu, wydają sobie tylko podobne wrzody.

Bassereau przekonał wyciągami z dzieł historycznych, że w starożytności znany był wrzód zaraźliwy (na częściach płciowych), którego cechy odpowiadały zupełnie wrzodowi prostemu. Nie mniej starał się dowieść że przymiot nie był znanym przed odkryciem Ameryki t. j. przed 1493 r. i że wcześniejsze opisy w których chciano upatrzeć podobieństwo do objawów drugo — lub trzeciorzędnych przymiotu, były źle zrozumiane i odnosiły się do innych cierpień, lecz nie przymiotowej natury. Za zdaniem *Bassereau* a prócz dowodów podanych w jego dziele, przemawiają prace *Rolle*'a, *Belhomme*'a, *Aimé Marti*'na, a także rozprawa *Chaballiera*'a broniona przed paryzkim fakultetem w 1860 roku, gdzie mieści się tak znaczna liczba szczegółów historycznych i bibliograficznych, że takowe, dostatecznie przekonywają w tym względzie.

Postrzeżenia kliniczne stanowczo rozstrzygnęły kwestyę dwoistości wrzodów. Liczne doświadczenia czynione przez wielu lekarzy, a w szczególności przez *Dron*'a, *Alfreda Fourniera*'a i *Caby* (*Union médical*, 1857 r.) wydały dodatne wypadki; przeko-

nano się bowiem, że zawsze osoba zarażająca i zarażona posiadały wrzody jednej i téj samej natury. Dalej, Clere oparty na doświadczeniach klinicznych podał: że wrzód przymiotowy nie daje się szczepić ani u osoby posiadającej już takowy, ani téż u takiej, która nosi na sobie dowody zakażenia organizmu przymiotem, (przy objawach drugo — lub trzeciorzędnych); wrzód zaś prosty daje się szczepić do nieskończoności u każdej osoby. (D. c. n.)

Wiadomości bieżące.

— Prostytucya w Warszawie w r. 1867. Chorych wenerycznych leczonych tak w cywilnych, jako téż i wojskowych szpitalach w ubiegłym roku było ogółem: 5,229., z nich 4,635 wyzdrowiało, 67 umarło; zostaje w leczeniu 527, — mianowicie: a) w szpitalu wojskowym w Ujazdowie: zostało się chorych 194; przybyło w ciągu roku 1280; wyzdrowiało 1,329; zostaje w leczeniu 145. b) w szpitalu Aleksandrowskim (wojskowym): zostało chorych 40; w ciągu roku przybyło 486; wyzdrowiało 489; zostaje w leczeniu 37. c) w szpitalu Śgo Łazarza: zostało chorych mężczyzn 89, kobiet 191, dzieci 12; przybyło męż. 619, kob. 1,792, dz. 149; wyzdrowiało męż. 636, kob. 1,742, dz. 94; umarło męż. 6, kob. 9, dz. 49; zostaje męż. 66, kob. 232, dz. 18. d) w szpitalu starozakonnych: zostało chorych męż. 13, kob. 13, dz. 8; przybyło męż. 189, kob. 124, dz. 50, wyzdrowiało męż. 180, kob. 119, dz. 46; umarło dz. 3; zostało męż. 22, kob. 18, dz. 9. Z doniesień Komisarza Komitetu Policyjno-Lekarskiego widzimy, iż w Warszawie domów schadzek jest 23. W tej liczbie Igo rzędu 1, IIgo 22. Domów publicznych 16. W tej liczbie IIIgo rzędu 1, IVgo rzędu 15. Razem więc i domów schadzek i domów publicznych 39. Nierządnie w domach publicznych 181; w domach schadzek i mieszkających oddzielnie 323; tolerowanych 223. Razem 727. W 1867 roku zapisano do kontroli kobiet publicznych i tolerowanych 598. Wykreślono z powodu zamążpójścia, wejścia do służby, wyjazdu, ucieczki i t. p. 628. Aresztowano przez policję wykonawczą włóczących się kobiet 13,570, przez policję lekarską 1,094, za miastem 1,353. Razem 16,017. Z liczby tej odesłano do szpitala Śgo Łazarza: kobiet publicznych 640, tolerowanych 342, sług i wyrobnic 491. Razem 1,776. Za dopomaganie i tajemne ułatwianie w rozpuszcie przedstawiono do kary 32 osoby.

— Pijaństwo i obłąd opileczy w Petersburgu. Do państw, w których najwięcej piją wódkę, należą Anglia, Szwecya i Rossya. Wpływ tego napoju na ustrój ludzki jest zubożycy: nie mamy wprawdzie dokładnej statystyki odnośnie do średniego wieku, stopnia przyrostu i ubytku ludności, pewnym jest jednak, że oprócz upadku dobrobytu narodu, poniżenia moralnego i umysłowego, nadużywanie wódki sprowadza ostre zatrucie organizmu (*alcoholismus acutus*) i obłąd opileczy (*delirium tremens v. potatorum*). Pod względem sposobu nadmiernego picia wódki opilstwo dzieli się na ciągłe (*ebriositas, temulentia*) i na peryodyczne czyli przerywane (*methomania, Quartalsüferei*). Miarą opilstwa w danéj miejscowości jest częstość przypadków choroby obłądem opilezym zwanéj. Dr. Hermann podał statystykę obłądu opileczego w ciągu lat 3ch postrzeganego w 4ch szpitalach cywilnych Petersburga, mianowicie w r. 1862 chorych na obłąd opileczy było 266, w 1863 r. — 715, w 1864 r. — 853. Choroba ta wzmagala się w miarę zwiększającéj się taniości wódki i mnożenia się szynków. Z ogólnéj liczby chorych przypada 34,10 do 35,78⁰/₀ na drobnych urzędników; 31,00 do 33,31⁰/₀ na mieszczan i rzemieślników; 10,70 do 16,28⁰/₀ na wyrobników i t. d. Dr. H. dowodzi, że zaczynając od r. 1803 do 1859 pijaństwo wciąż się wzmagalo; wojny, głód i drożyzna chwilowo wpływały na jego zmniejszanie się. W r. 1859 ilość wypitéj wódki w Petersburgu i Moskwie na osobę bez względu płeć i wieku wynosiła 1,68 wiadra; dochód zaś z wódki dla państwa w r. 1866 wynosił 115⁶/₁₀ milionów rubli srebrem. (Petersburger medicinische Zeitung, zeszyt 8, 1867 r.)

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP. prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Patologii i terapii szczególnej* ark. 8my i 9ty.

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

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.