

kowej komórce oka, a po 6-u dniach przednia jej część opuściła się do komórki przed dolnym źrenicowym brzegiem tęczówki.

28 Kwietnia. Papkowata masa soczewki, znajdująca się w przodkowej komórce, prawie zupełnie wchłoniętą została. Była to wyciśnięta ku przodowi masa soczewkowa przez rozciągniętą i kurczącą się torebkę, która pozostała w kształcie wąziutkiej białej błony, dzielącej czarną źrenicę na dwie części: nosową i skroniową, i przyrośniętej do tęczówki u dołu i u góry.

2 Maja. Stwierdziłem zupełne wchłonięcie soczewki po upływie 4-ch miesięcy i 10 dni od obrażenia oka. Chory liczy palce na 5'. Dno oka widać było wziernikiem, lecz badaniu temu przeszkodziły resztki torebki: skurczona wązka błonka, dzieląca prostopadle źrenicę na dwoje, przy bocznem oświetleniu przedstawiała cieniutkie poziomo łączące się z nią wyrostki, ruszające się przy najmniejszym poruszeniu gałki ¹⁾.

7 Maja. Przy pomocy kol. JAWOROWSKIEGO zrobiłem w górnej części wąziutkie wycięcie tęczówki (*iridektomia*) z powodu przyrostu w tem miejscu resztek torebki, którą rozciąłem igłą: poczem się takowa skurczyła i schowała pod nosową część tęczówki.

W trzy tygodnie potem: źrenica czarna, prawie okrągła z powodu wąskiego wycięcia brzegu źrenicznego tęczówki. Z + 5 czyta Nr. 15 J., jasności wzroku przeszkadza nieco blizna rogówki, spowodowana uderzeniem drzazgą, leżąca naprzeciwko górnej połowy źrenicy. Gałka odzyskała prawidłową twardość.

Chorego tego przedstawiałem dwa razy na posiedzeniach Tow. Lek. lubelskich: raz kiedy ruszające się cząstki soczewki wpadały do przodkowej komórki i następnie po zupełnem wyzdrowieniu, przed wyjściem ze szpitala.

Drugi przypadek wchłonięcia soczewki spostrzegalem u 42-letniego Grzegorza M., który przed 17-u laty przy rąbaniu drzewa zranił sobie prawe oko drzazgą. Drzazga rozciąła, jak i w poprzednim przypadku, środek rógówki (dziś jest tam plamka—*macula*) i torebki, poczem natychmiast rozwinęło się zapalenie tęczówki i zmętnienie soczewki z zupełną utratą wzroku.

Po 8-u jednak miesiącach chory począł odzyskiwać wzrok, co trwało przez lat dwa; od 15-u lat nie widzi jednak polepszenia: liczy palce w odległości 1 sążnia. Źrenica czarna i okrągła, lecz po użyciu atropiny powiększa się i staje się trójkątną, w skutek tylnych przyrostów do skurczonych ku obwodowi resztek torebki (*cataracta membranacea*).

Soczewka wchłonięta i w pozostałej białawej, częściowo przyrośniętej do tęczówki torebce istnieje środkowy czarny otwór, długi 3 i szeroki 2 mm., przez który można było za pomocą wziernika zbadać prawidłowe dno oczne.

¹⁾ Resztki te torebki kształtem i ruchami przypominały wielonoga (*scolopendra hortensis*), jeśli tylko podobne porównanie uchodzi.

Wiadomo że prawidłowa soczewka po zranieniu torebki potrzebuje rozmaitego czasu, aby uleść wchłonięciu, zależy to głównie od wieku chorego, od wielkości i rodzaju rany w przodkowej torebce i soczewce. Z kilku znanych mi spostrzeżeń, a które w ogóle dosyć są rzadkie, widać że wchłonięcie trwało od 4-ch miesięcy do roku, a nawet i więcej; tak u 7-letniego chłopca (DEMOURS) soczewka zupełnemu wchłonięciu uległa w ciągu 6-u miesięcy, u 17-letniej chorej po 4-ch miesiącach, u 19-letniego (LETENNEUR) po upływie 10 miesięcy, u 8-letniego (COOPER) po 6-u miesiącach. Najlepszymi warunkami do całkowitego wchłonięcia soczewki są: wiek dziecięcy i kłóta rana w przodkowym biegunie soczewki, osobliwie, jak powiadają ZANDER i GEISSLER (*Die Verletzungen des Auges*. 1863 str. 277), gdy „aus der kleinen Kapselöffnung nach Resorption der vorderen Partien der Flocke immer wieder neue Massen nachrückten bis endlich aus die Kapsel übrigbliebe.”

II. Zaćma obrażeniowa (*Cataracta traumatica*).

Niezawsze jednak, jak wiadomo, można przy uszkodzeniu rogówki i torebki oczekiwać wchłonięcia soczewki, osobliwie u chorych liczących więcej niż 30 lat wieku. Massa soczewkowa często tak pęcznieje w przodkowej części oka i wywołuje tak silne bóle, iż z obawy rozwinięcia się następowego zapalenia tęczówki i naczyniówki (*irido-chorioiditis*) i jaskry bywamy przymuszeni uciec się do wydobycia soczewki (*extractio*).

Przypadek tego rodzaju spostrzegałem w 1873 r. Aleksander Litwiński, 45-letni kowal z Lubartowa, przybył do mnie skarżąc się na osłabienie wzroku lewego oka, do którego „coś wpadło” w kuźni. Przypadek miał miejsce przed 3-a tygodniami: po rozszerzeniu źrenicy atropiną, wykryłem środkową małą bliznę w rogówce i tuż za nią ranę w torebce, w około której soczewka nieco zmętniała (*cataracta incip. traum.*); tylnych zrostów nie było. Przepisałem wkraplanie atropiny. Po trzech tygodniach chory przybył do mnie powtórnie z objawami ostrej jaskry; gałka twarda i bolesna, nadzwyczajne bóle głowy, cała przodkowa komórka wypełniona zmętniałą masą soczewki.

Przy pomocy kol. DOLIŃSKIEGO (d. 8 Września) zrobiłem linijowe wydobycie soczewki przez górną część rogówki, bez wycinania tęczówki; komórka i źrenica oczyściły się z łatwością od rozmięczonych i rozlanych cząstek soczewki. Operacja była dosyć bolesną, lecz natychmiast znikły wszystkie objawy powiększonego wewnątrz—ocznego ciśnienia, a następnie przy użyciu odpowiedniego szkła, okiem tym chory mógł czytać średniej wielkości pismo JAEGER'A. Godnem jest uwagi iż po wyzdrowieniu, badając oko to za pomocą bocznego oświetlenia, przekonałem się że obok zewnętrznego brzegu tęczówki wraz z cząstką torebki pozostał mały błyszcząco-żółtawy ruszający się punkcik, prawdopodobnie kawałeczek żelaza, który spowodował całą tę chorobę.

Zaćma obrażeniowa, jak to stwierdzili wiarogodni spostrzegacze, może mieć i inne zejście, a mianowicie części soczewki uległe zmętnieniu

mogą się w znacznym stopniu wyjaśnić, zapewne w skutek wchłonięcia. Polecam pod tym względem spostrzeżenia kol. RYDLA nad dwoma 19-letnimi chorymi p. n. *Spontane Aufhellung von cataracta traumatica*, objaśnione chromolitogr. rycinami (zob. *Bericht der Wiener Augenklinik in 1863—65 Jahren*).

Przed 2-a laty przybyła do mnie 14-letnia Chana Rothstein z Ostrowa w skutek świeżego zranienia prawego oka nożem: poprzeczno-ukośna rana rogówki długości 9 mm. z przyrośniętym dość szeroko, dolnym źrenicznym brzegiem tęczęwki (*syn. anterior*) i odpowiednie rozcięcie wraz ze zmętnieniem soczewki (*cataracta traum.*). Chora rozpoznawała tylko ruchy palców. Przepisałem wkraplanie atropiny, pijawki, następnie wcieranie szaruchy. Jakież było moje zdziwienie, gdy po 2-ch miesiącach zmętnienie soczewki zamiast się powiększyć, na tyle się zmniejszyło, że chora mogła czytać Nr. 21 Jaeg., pisma hebrajskiego. Zupełnie biała źrenica stała się szarawą i spodziewać się należy, że wzrok stopniowo i nadal się polepszał pomimo pozostałych przednich i tylnych przyrostów dolnej połowy tęczęwki do blizny w rogówce i w torebce soczewkowej.

Przypadki stopniowego zmniejszania się czyli wyjaśnienia obrażeń-wo zmętniałych soczewek spostrzegali: DESMARRÉS, RESSL (2 spostrzeżenia), PAGENSTECHER, RYDEL i inni.

III. Trzy przypadki zwichnięcia soczewki w tylną komórkę.

W rozprawie mojej inauguralnej (*Luxatio s. dislocatio congen. et traum. lentis*. Kijów 1864) przyjąłem 4 rodzaje zwichnięć soczewki: w tylną komórkę, ku ciałku szklistemu, do przedkowej komórki i umiejscowienie się soczewki pod spojówką gałki. Nieprawidłowe takie położenie układu soczewkowego bywa następstwem przyrodniego zбочenia lub jest pochodzenia traumatycznego.

Zwichnięcia w tylną komórkę, o których podam dziś słów parę, bywają pochodzenia traumatycznego lub przyrodniego (t. z. *ectopia lentis*). Czasem bardzo trudno stanowczo orzec, jak to wiadomo okulistom, jakiego rodzaju w danym razie jest zwichnięcie, chociaż przezroczystość, zmniejszenie się wielkości i symetryczność zmian soczewki w obu oczach prawie zawsze dają się spostrzegać przy zwichnięciach datujących od urodzenia, lub przynajmniej od dzieciństwa.

Podaję tu najprzód spostrzeżenie przekonywające, że soczewka oddzielona na znacznej przestrzeni od rąbka Zinn'a (*zon. Zinnii*) i nie osunięta ku ciałku szklistemu, może zachować swoją przezroczystość.

a) 27-letni Tomasz T., posługacz szpitalny, został uderzony w prawe oko kijem podczas zabawy w piłkę. Spuchnięte i podbite powieki wkrótce przyszły do prawidłowego stanu, lecz wzrok pozostał uszkodzony; chory liczył palce w odległości 3'. Źrenica pozostała w ciągu 5-u lat tak ogromnie rozszerzoną (*mydriasis paral.*), że szerokość tęczęwki wynosiła nie więcej jak 1½ mm. Pomimo to w zewnętrznej połowie tęczęwki dosyć widoczne było drzenie (*irido-donesis*), pochodzące ztąd że w tej okolicy było

zwichnięcie soczewki posuniętej ku stronie nosowej; tuż obok źrenicznego brzegu tęczówki był widzialnym ciemno-dymowy równikowy brzeg soczewki w zewnętrzno-górnej $\frac{1}{3}$ -części swego obwodu. Odkryty dymowej barwy brzeg soczewki przedstawiał wpośrodku niewielką stożkową wyniosłość takiejże barwy. Zwichnięty brzeg soczewki odległy był od zewnętrznego brzegu rogówki na $2\frac{1}{2}$ mm. w widzialnej wziernikiem przestrzeni dzielącej te dwa brzegi, a odpowiadającej przewodowi PETT'A. Nie można było wykryć śladów rąbka ZINN'A. Naczyniówka w około bladej tarczy nerwowej nieco zabarwiona. Soczewka zupełnie przezroczysta; barwnikowy punkt na przedniej ścianie torebki tuż powyżej dolnego źrenicznego brzegu tęczówki, zapewne ślad byłego tu przed laty wylewu krwi w skutek uderzenia gałki.

W rozprawie mojej powiedziałem, że czasami ciemny równikowy brzeg soczewki bywa symulowany przez duże, powierzchniowe owrzodzenie rogówki. Otóż przekonałem się, że podobna symulacja może być i ze strony zmętnienia ciała szklistego, osobliwie nitkowatych zmętnień tuż za tylną torebką znajdujących się. Z takim przypadkiem sam miałem do czynienia u pewnej 25-letniej kobiety, skarżącej się na *mouches volantes* prawego oka, przy osłabionym wzroku (czytała z trudnością Nr. $3\frac{1}{2}$ J.g.) Przy wziernikowaniu oka znalazłem, że źrenica rozdzieloną była prostopadłą zgiętą, ciemną linią, bardzo przypominającą równikowy brzeg soczewki. Narazie zdawało się, że mam tu do czynienia ze zwichniętą ku stronie nosowej soczewką, chociaż prawidłowe położenie i ruchy tęczówki nie mówiły na korzyść tego; lecz po użyciu atropiny okazało się, że ciemna, zgięta linia była nitkowatym zmętnieniem ciała szklistego, leżącego tuż po za soczewką, i nitkowato rozdzielającego się przy swoim górnym w rzeskowej okolicy przyczepie. Przytem nieznaczne ruszające się zmętnienia ciała szklistego.

b) Dr. SCHULEK, b. asystent prof. ARLT'A w 1869 r., zwrócił moją uwagę, przy obejrzeniu jego kliniki, na jednego chorego, który został dotknięty jaskrą (*glaucoma simplex*) na obu oczach, w których istniało przyrodnie zwichnięcie soczewek (*ectopia lentis*). O ile pamiętam przypadek ten nie został ogłoszony drukiem, a jako jedyny w swoim rodzaju, przeto pozwałam sobie podać o nim parę słów zanotowanych w moich szkicach z wycieczki zagranicznej.

29-letni mężczyzna od urodzenia miał obie soczewki zwichnięte do góry, z tą tylko różnicą, że w oku prawem soczewka podniesiona była do góry i wewnątrz, a w lewym do góry i nazewnątrz. Dolny równikowy brzeg soczewek znajdował się na równi dolnego źrenicznego brzegu tęczówki. Soczewki zupełnie przezroczyste, zmniejszone ($7''$) i bez śladów rąbka ZINNA; przy oświetleniu bocznem na przedniej powierzchni prawej soczewki niedaleko równikowego brzegu widać było srebrzyste punkciki, jakby złogi cholestearyny.

Chory był krótkowidzem od urodzenia równie jak jego rodzice, brat i siostra. (M. utr. = $\frac{1}{2}\frac{3}{4}$, Asm. = $\frac{1}{30}$, S. oc. d. palec liczył na 2'

bez szkielek, czytał J. Nr. 5—3 na $2\frac{3}{4}$ ". S. oc. sin. i palec liczy na 6', czyta Nr. 5—2 na $2\frac{3}{4}$ ", Nr 1 na $2\frac{1}{2}$ ".

Godnem jest uwagi, iż od Maja 1869 rozwinęły się objawy niezapalnej jaskry w obu oczach: zagłębienie tarczy (*excavatio papillae*) bardzo bladej zwężenie pola widzenia, (twardość gałek prawidłowa). W skutek tego przed 3-a tygodniami w obu oczach ARLT wykonał wycięcie w górnej części tęczęwki: w lewym oku powstało ztąd zapalenie całego oka (*panophthalmitis*), prawe zaś szczęśliwie ocalało i miałem sposobność zbadać wziernikiem ten osobliwszy i bardzo ciekawy dla mnie okaz powikłania przyrodniczego zwichnięcia soczewki z niezapalną jaskrą. Wymierzyłem, że zwichnięcie soczewki wynosiło w tem oku 3 mm. (Sposób wymierzania podałem w swej rozprawie). Wziernikowanie oka można było dokonać przez zwichniętą soczewkę lub też poniżej, pomiędzy jej równikowym brzegiem i tęczęwką, przy rozszerzeniu źrenicy atropiną.

b) Znając wszystkie opisane dotąd spostrzeżenia przyrodniczych zwichnięć soczewki, znalazłem pomiędzy nimi tylko w jednym przypadku (TEXTOR) jednoczesny brak tęczęwki (*iridemia congenita*). Ani razu jednak o ile mi wiadomo nie spostrzegano dotąd jednoczesnego istnienia w oku przyrodniczego zwichnięcia soczewki (*dislocatio lentis cong.*), i szczeliny w tęczęwce (*coloboma iridis*).

Przypadek takiego zбочenia przedstawiałem na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy lubelskich dnia 4 Maja r. b. Miał on miejsce u 11-letniego Joška Miko, którego prawe oko było w stanie prawidłowym, lewym zaś liczył palec na 3'. Lewe oko zwracało na siebie uwagę z powodu następujących zmian: rozmiary rogówki lewej odpowiadały rozmiarom prawej, tęczęwka ciemno-brunatna, w dolnej części rozdwojona, szpara jej (*coloboma completa*) dochodziła do brzegów rogówki, gdzie była szeroką przeszło 4 mm. Już bez użycia atropiny widać było, że źrenica i przestrzeń zajęta szparą różnią się cieniowaniem czarnej barwy: $\frac{2}{3}$ części górne mają barwę popielato-czarną, $\frac{1}{3}$ dolna czarną. Pochodziło to ztąd, że przezroczysta soczewka zwichniętą była ku górze, pozostawiając dosyć znaczną przestrzeń (przeszło 2 mm.) dzielącą widzialny równikowy jej brzeg od granic rogówki. W tej to przestrzeni, odpowiadającej przewodowi PETIT'A, nie było znać fałdów rąbka ZINNA ani wyrostków rzęskowych. Dymowy brzeg równika soczewki dzielił przeto szczelinę tęczęwki poprzecznie, w postaci wypukłej ku dołowi linii. Szerokość przewodu PETIT'A była nieco większą od strony nosa, aniżeli po stronie skroniowej. Tarcza n. wzrokowego nieco prostopadle-owalna, zresztą nie nie prawidłowego w dnie oka nie znalazłem. Chciałem zbadać dolną część naczyniówki, czy nie znajdzie się odpowiednia szczelina i w tej błonie, lecz mogłem tylko obejrzeć tylną część dna ocznego, a to z powodu wadliwego załamywania tego oka (astygmatyzm nieprawidłowy), którego żadne szkła nie zdołały poprawić.

Bardzo ciekawem było wziernikowanie; dno oka jednocześnie można było widzieć przez zwichniętą soczewkę i przez przewód PETIT'A: tarcza i naczynie siatkówki przedstawiały się naraz podwójnie, z tą tylko różnicą

że takowe przez dolną część źrenicy (pozbawiony soczewki) o dwa razy były większemi i grubszemi. Przy pewnem nastawieniu wziernika i oka chorego, wziernikując od góry do dołu, można było łatwo sprawdzić z sobą oba nierównej wielkości wyobrażenia tarcz nerwowych, łączących się w miejscu odpowiadającym równikowi soczewki. Dzięki temu ostatniemu załamывanie oka było ogromnie nieprawidłowe; chory doznawał dwojenia się przedmiotów patrząc tem okiem, a patrząc obydwoma, uskarżał się czasami, że mu przed lewem okiem „jakby śnieg padał;” proste linije przyjmował za krzywe, kwadraty za prostokąty i t. p.

Aczkolwiek wiadomo, że przy szczelinach tęczówki spostrzegano tylko pewne zboczenia w kształcie równikowego brzegu, jak na przykład: wycięcia, nierówności lub liniję prostą, zamiast wypukłej ku dołowi okrągłości, nie ulega jednak wątpliwości że w danym razie miało miejsce przyrodnie zboczenie: zwichnięcie soczewki ku górze, prawdopodobnie w skutek braku lub odpowiedniego rozdwojenia dolnej części rąbka ZINN'A. Chociaż właściciel tego oka twierdził, że przed paru laty stłukł go, jednakże i przełtem miał ten sam wadliwy wzrok, będący skutkiem nieprawidłowego rozwoju gałki ocznej.

Dodać tu winienem, że badałem w danym razie zmiany w szerokości dymnego rowka soczewki, przy nastawieniu oka na blizkie i oddalone przedmioty, a także po użyciu atropiny i kalabaru; z powodu jednak słabego wykształcenia tego osobnika i nieznacznych zmian w soczewce: pozbawionej w odkrytej swej części prawidłowego działania mięśnia rzęskowego, nie mogłem przyjść do pewnych wyników.

Daleko lepsze w tej mierze doświadczenia można robić na pozbawionych barwnika oczach królika, jak się o tem już dawno przekonałem.

Nie dziwnego, że wzrok przy podobnych zwichnięciach jest wielce upośledzonym: w skutek tak znacznego zboczenia od środka przezroczystej soczewki załamывanie w oku bywa podwójnem: część pozbawiona soczewki ma słabe załamывanie, zwykle nadmiarowe (hypermetropijne), gdy tymczasem część ze zwichniętą i ukośnie stojącą soczewką odznacza się silnem załamывaniem. Prócz tego na upośledzenie wzroku takich chorych wywiera wpływ i odkryty równikowy brzeg soczewki, częścią nieprawidłowo łamiący promienie światła, częścią zaś silnie zmieniający ich kierunek, jak to robią szkła graniastoslupowe (pryzmatyczne).

Przy niezupełnych zwichnięciach przezroczystej soczewki dla wzroku daleko jest lepiej, jeśli zwichnięcie na tyle jest znacznem, że chory więcej korzysta częścią oka nie zajętą przez soczewkę. W takich razach użycie szkieł wypukłych przynosi wielką korzyść, jak przy braku soczewki. Stosowano dotąd w celu polepszenia wzroku takich chorych wycięcie tęczówki i przeciągnięcie źrenicy (*iridodesis*). Lecz przy pierwszym często wypada ciało szkliste (PASSAUER), a nawet rozwija się następowo zapalenie całego oka (jak to widziałem u ARLT'A). Co zaś do przecięcia źrenicy (WBECKER), to takowe, aczkolwiek z początku polepsza wzrok, zakrywając jeden z dwóch środków załamujących oka, lecz

z czasem może wywołać zapalenie tęczówki i naczyńówki i t. p. Świeżo dokonane przez WECKER'A w podobnych zwiechnięciach wycięcie tęczówki, w miejscu odpowiadającym części oka pozbawionej soczewki, daje wszelkie widoki polepszenia wzroku, bez obawy złych następstw tej operacyi, z łatwością dokonywanej za pomocą *pince-ciseaux* (MASSELOU *Fragments d'Ophthalmologie w Annales d'Ocul.* 1875, Mars—April).

IV. Zwiechnięcie zaćmy soczewkowej podczas jej wydobywania.

Najpierwszym warunkiem łatwego wyjścia zaćmy z oka podczas wydobywania jej zmienionym sposobem GRAEF'E'GO, jest dostateczna długość rany. W Kwietniu r. b. operując zaćmę u 66-letniego B. Sierocińskiego (z Krasnego-Stawu) z powodu, iż powierzchowna warstwa soczewki jak się zdawało, była bardzo miękka, zamiast liniowego cięcia w górnej części oka wynoszącego 10—11 mm. ($4\frac{1}{2}$ —5 lin.) zrobiłem ranę długą na 9 mm. (4 fr. linije). Przy wyciskaniu zaćmy po wycięciu tęczówki przez ranę wyszła część rozmięczona soczewki, lecz dosyć duże jądro (szerokie 8 i grube 5 mm.) zamiast wyjść przez ranę na zewnątrz zwiechnęło się ku górze, skrywszy się pod twardówką. Obecni byli przy tem kol. GŁOGOWSKI i JAWOROWSKI. Czekałem dosyć długo, aż zwiechnięte jądro osunie się napowrót, lecz tylko pokazał się dolny równikowy brzeg jego; wprowadziłem przeto pod rogówkę ostry haczyk i uchwyciwszy brzeg jądra osunąłem go ku dołowi, a następnie łyżeczką DAVIEL'A wydobyłem zaćmę szczęśliwie na zewnątrz bez najmniejszej utraty ciała szklanego. Chory odzyskał doskonały wzrok prawie bez żadnego odczynu ze strony operowanego oka.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO CUDZOZIEMSKIEGO.

O nowotworach krtani i ich operowaniu na drodze wewnątrzkrtańowej (*Über Geschwülste im Kehlkopf und deren Operation auf endolaryngealem Wege*).

podług Dr OERTEL'A, Docenta w Monachium.

Podał St. Kw.

(Dalszy ciąg. Zobacz Nr. 34 i 35).

Badanie drobnowidzowe wykazywało, że warstwę najpowierzchniejszą tych nowotworów tworzył nabłonek różnej grubości, poczynając od paru pokładów komórek aż do niezmiernego ich nagromadzenia się. Gdzie pokłady ich uwarstwiały się wysoko jeden na drugim, tam najczęściej powierzchnię tworzył nabłonek o komórkach mocno spłaszczonych, zawsze jednak opatrzonych wyraźnymi jądrami. Komórki te w miarę przybliżania się ku dołowi zwiększały się w swej średnicy grubości, stawały się wielokątnymi, przedstawiając na brzegach piękne i wyraźne ząbki, przyczem ząbki oddzielne wzajemnie na siebie zachodziły. Warstwa leżąca u samego dołu zazwyczaj miała cechę komórek stożkowatych, ułożonych na sobie w 2—3 a nawet i więcej warstwach. Takie nagromadzenie się komórek spowodowało zmniejszenie ich objętości.

W miejscach odpowiadających większemu nagromadzeniu się komórek stożkowatych, warstwy komórek nabłonka płaskiego były nadzwyczaj grube. Rzadko nabłonek bezpośrednio się łączył z tkanką łączną pod

nim leżąca, najczęściej pomiędzy niemi znajdowała się warstwa więcej lub mniej szeroka, mocno załamująca światło, która jednak nigdzie nie przedstawiała się jako jednorodna, lecz wszędzie okazywała budowę włóknistą. Za tą tkanką następowały pęczki tkanki łącznej delikatnie włóknistej i pasemkowej, więcej lub mniej mocne i krzyżujące się ze sobą w różnych kierunkach, które to pęczki występowały na powierzchni przecięcia w postaci linii falistych. Wpółśród tej tkanki przechodziły tu i ówdzie naczynia włosowate o cienkich ścianach i pojedyncze większe gałązki naczyńowe; pierwiastków gruczołowych wcale nie spostrzegano.

Włókniki znajdowane w pierwszym okresie wzrostu, przedstawiające się jako prawie szkliste i dochodzące wielkości zaledwie ziarnka konopnego, po większej części składały się tylko z pęczków młodej tkanki łącznej, krzyżujących się w różnych kierunkach, lecz nie okazyjących wyraźnego odgraniczenia. Oprócz tego tak na podstawie, jak również w treści (*corpus*) nowotworu mianowicie tam, gdzie tkanka znajdowała się już w późniejszym okresie rozwoju i gdzie były szerokie pokłady tkanki łącznej widać było między oddzielnymi pasemkami tkanki łącznej włókna sprężyste w większej lub mniejszej ilości. Wnętrze guza posiadało niewiele naczyń włosowatych i większych gałązek naczyńowych; podobnie młode komórki, jądra i komórki wędrujące zdarzały się w nadzwyczaj szczupłej ilości, oddzielnie rozsypane. Toż samo można powiedzieć i o komórkach tłuszczu, które autor znalazł w głębszych warstwach tkanki łącznej tylko kilku nowotworów, wielkości nieco większej od grochu.

Zaburzenia czynnościowe, jakie guzy te wywoływały, w ogólności mniej się odnosiły do oddychania, jak raczej do tworzenia się głosu, i do mowy.

Ponieważ zaburzenia czynnościowe w sprawie oddychania zależały od zmian w stosunkach przestrzeni, przeto przy istnieniu owych zбочeń należało uwagę zwracać na wielkość tak guza jako też krtani, *resp.* na światło głośni. Guzy wielkości grochu w głośni mężczyzny dorosłego mogły zupełnie nie pociągać za sobą zaburzeń oddechowych, gdy tymczasem guzy takiejże wielkości, pomieszczone w głośni młodzieńca lub kobiety, już powodowały większe lub mniejsze zбочenia w sprawie oddychania. Mniejsze guzy aż do wielkości soczewicy prawie nigdy nie wywoływały zaburzeń w oddychaniu; dopiero przy dalszym swoim wzroście, gdy osiągały wielkości pestki od wiśni, albo bobu, wywierały już pewien wpływ, tem większy, im mniejszą była przestrzeń, w której się one mieściły. W takich razach występowała doszność tylko przy żywszych poruszeniach chorego, podczas biegu lub prędkiego wstępowania na schody i t. p.; gdy tymczasem przy spokojnem zachowywaniu się oddychanie odbywało się zupełnie prawidłowo. Tylko w tych przypadkach, w których guzy wielkością przechodziły bób, dosięgając objętości dużej wiśni, duszność nie ustępowała nawet przy najspokojniejszym zachowaniu się chorego, wzmagając się owsem do czasu do czasu do groźnych napadów. Jednakże nietylko wzajemne stosunki wielkości krtani do guza zamykającego jej światło, lecz także i sposób przytwierdzenia jego do odpowiedniej struny głosowej warunkowały występowanie ciągłej lub przemijającej duszności, która dawała się objaśnić przez pobudzalność odruchową mięśni głośni, powodującą skurcze mięśniowe.

Jako przykład, autor przytacza przypadek 25-cio letniego M. Sch., ślusarza u którego na $\frac{1}{3}$ części przedniej struny głosowej prawej znajdował się guz wielkości bobu pasemkowato do struny przytwierdzony. Przy spokojnem oddychaniu i mówieniu guz ten wisiał zazwyczaj pod struną; kiedy zaś w skutek kaszlu, lub innych przyczyn wcisnął się w kąt połą-

czenia obu strun głosowych, występowała chwilowa, pod postacią napadów duszność, spowodowana przez kurecze odruchowe głośni. W ogóle w przypadkach spostrzeganych przez autora owe napady duszności chwilowo występującej zawsze miały swoją przyczynę w takich kureczach głośni, wywoływanych przez drażnienie ruchomego nowotworu, zwłaszcza przy większej osobniczej pobudzalności błony śluzowej krtani, pobudzalności, którą do wyższego jeszcze podnosiły stopnia stany zapalne, jakie wykładały nowotwór. Zamykanie więc głośni w podobnych razach zachodziło przeważnie na drodze fizjologicznej. W nierównie mniejszym już stopniu występowało ono na drodze mechanicznej, przez znacznej objętości masę samego nowotworu, a mianowicie, jeżeli ta z górnej części krtani lub tchawicy przeszła do wąskiej głośni i na chwilę ją zaklinowała t. j. do czasu, dopóki zwiększone ciśnienie powietrza albo nie zepchnęło owego guza ku dołowi do tchawicy, albo też nie przesunęło go ku górze na struny głosowe. Temu przechodzeniu towarzyszył zawsze wyraźny szmer. Szmer ten powstawał po części w skutek gwałtownego przechodzenia powietrza ścieśnionego przy wdychaniu, albo w skutek nagłego wehłodzenia powietrza wdychanego w tchawicę i płuca, zawierające powietrze rozrzedzone; przeważnie jednak zależał od uderzania ruchomego guza o ściany krtani i tchawicy. Szmer ten nazwano szmerem zastawkowym (*ventil-artiges Geräusch*), posiadał bowiem jego właściwości.

Autor wyraźnie słyszał taki szmer tylko w jednym przypadku, podczas każdego wdychania i wydychania.

Zjawisko to zależało przedewszystkiem od sposobu przytwierdzenia guza, przedstawiającego się w postaci pasemka, równie jak i od wielkości oraz twardości owego guza, warunkujących mocniejsze uderzanie jego w którąkolwiek ze ścian,

We wszelkich zaś innych przypadkach autor nigdy tego rodzaju szmeru nie mógł dosłyszeć, ani wprost uchem ani też za pomocą słuchadła (*stetoskopu*); jeżeli duszność występowała w skutek obecności guzów krtaniowych, to można było słyszeć szmer oddechowy, lecz takż sam, jaki wywołuje przechodzenie prądu powietrza przez zwężoną głośnię.

Zaburzenia w wydawaniu głosu stanowiły pierwsze objawy, jakie mógł wywoływać nowotwór znajdujący się już w początkach swego rozwoju. Prócz wielkości guza, siedlisko jego i sposób połączenia z tkanką macierzystą nierównie więcej jeszcze wpływały tu na głos, jak na zaburzenia oddechowe.

Ponieważ guzy były usadowione albo na strunach głosowych, albo pomiędzy chrząstkami nalewkowemi, a przy wydawaniu głosu pomiędzy takowe się wciskały, lub też stosownie do swego przytwierdzenia przechodziły na nie pod działaniem prądu powietrza, albo w razie pomieszczenia ich u dołu głośni przesuwały się na dolną ich powierzchnię, przeto własność wykonywania drgań, jaką prawidłowo posiadają struny głosowe, powinny one być tracić albo zupełnie, albo też tylko w większym lub mniejszym stopniu.

Już przeświecający guzik wielkości główki szpilki, siedzący na brzegu wolnym struny głosowej, na zmianę głosu wpływał tem wydatniej, im takowy poprzednio był czystszym. Szczególniej uwydatniało się to w głosach śpiewnych, przy których tony wysokie tak w rejestrze pierśiowym jako też osobliwie w falsecie wydobywały się chrapliwie albo nie powstawały wcale. Jeżeli wydane mocne tony pierśiowe były niskie, średnie a nawet po części i wysokie, wówczas albo wcale nie dostrzegało się owo zboczenie, albo w bardzo małym tylko stopniu, i chorzy doznawali uporeczywego zaflegmienia; w ogóle skarżyli się oni w początku na to, że nie mo-

gli śpiewać tak swobodnie jak poprzednio i że przy wydawaniu wysokich tonów zawsze „ciągnęło im się coś w gardzieli,” co owe tony zanieczyszczało i czego nie byli w stanie odechrząknąć. Później objawy te zaczęły nad innymi górować, tony stawały się coraz nieczystszyimi, aż nakoniec dawały się słyszeć jako bardziej szorstkie i chrapliwe, albo zupełnie się nie wydobywały. W tym czasie występował jeden objaw, który autor kilkakrotnie miał sposobność spostrzegać, a który już od początku całą uwagę na siebie zwracał: przy wydawaniu tonu wysokiego, najczęściej w środku (*in der Mittellage*), powstawał nie jeden ton zamierzony lecz dwa, rozdzielone zwykle od siebie o sekundę lub teryję (*diphthonia*). Skoro guz, wprowadzony w drganie przez prąd powietrza, przychodził w scisłe ze struną głosową zetknięcie, wtedy głosnia dzieliła się na dwie osobno drgające powierzchnie, drgania których wydawały ton dający się dosłyszeć. Objaw ten ustąpił ze wzrostem nowotworu w jednym przypadku, który autor operował dopiero w pół roku potem; skoro chory usiłował wydobyć ton, powstawał tylko szmer chrapliwy i bezdźwięczny, jak to autor spostrzegał zazwyczaj i przy innych nowotworach.

Guzy wielkości soczewicy lub grochu, przytwierdzone do brzegu struny głosowej za pomocą szerokiej podstawy, zatem mało ruchome, stanowiące znaczną przeszkodę dla prawidłowego odbywania się drgań strun, prawie zawsze powodowały silną chrypkę, dochodzącą nieraz chwilowo do zupełnego bezgłosu (*aphonia*), wtedy mianowicie, jeżeli takie zaklinowanie nowotworu sprawiało mocne rozsuniecie się strun głosowych. W tym ostatnim przypadku największa część powietrza wydęchanego przesuwawa się pomiędzy rozepchniętymi strunami, zgoła nie wprowadzając ich w drganie.

Jeżeli guz przekroczył już pewną oznaczoną wielkość w stosunku do strun głosowych i wyrastał nieruchomo na tkance macierzystej szeroką i grubą podstawą, w ten mianowicie sposób, że przypadał prawie zupełnie w otwór głosni, wówczas bezgłos utrzymywał się stale. Równie wielkie guzy, wkliniwane pomiędzy rozmaitej wielkości struny głosowe, wywoływały po części bezgłos, po części zaś tylko chrypkę.

Przy krótkich strunach głosowych kąt pod którym guz je wzajemnie od siebie rozsuwał, równie jak otwór głosni w stosunku do średnicy poprzecznej słupa powietrza w tchawicy, znacznie były większe, aniżeli przy długich strunach, które przy obecności równie wielkich guzów rozsuwały się od siebie pod kątem ostrym i w skutek tego szerszy słup powietrzny utrzymywały jeszcze pod pewnem ciśnieniem. W pierwszym przypadku powietrze, nie pozostające już pod żadnem ciśnieniem, przesuwawało się swobodnie nie wprowadzając strun głosowych w drgania; w ostatnim zaś przypadku przy zgęszczeniu powietrza wydęchanego, możebnem jeszcze do pewnego stopnia, następowały częściowe nieprawidłowe drgania strun.

W tych razach, w których połączenie guza z tkanką macierzystą albo już od początku było podatniejsze, więcej pasemkowane, albo też wytworzyło się takim później przy dalszym jego wzroście i przez to uwarunkowywało pewną jego ruchliwość, tam przy jednakowych zresztą stosunkach, a nawet i przy znacznie większej objętości guza, zboczenia głosowe nigdy nie dosięgały owej wysokości, jaką spostrzegano w im podobnych przypadkach. Skoro struny głosowe układały się obok siebie dla wydania głosu, guz na skutek swojej ruchliwości przesuwawał się albo na nie, albo też pod nie tak, iż ztąd wynikało nie tylko zupełniejsze zamknięcie głosni, lecz i struny głosowe wprowadzone zostały w obszerniejsze drgania. Ztąd głos chorego zawsze był tylko więcej lub mniej chrapliwy, szorstki, a jedynie niekiedy tylko ginął ton lub słowo, mianowicie gdy guz podczas wymawiania wcisnął się nagle pomiędzy struny. Tym sposobem mogło dojść

do tego, że chorzy z dosyć wielkimi guzami byli tylko niezbyt mocno zachrypnięci i upewniali, jakoby przed półrokiem albo dawniej głos ich był znacznie gorszym, że wtedy mówić mogli tylko z największym nacięciem, a nawet ginęły często szorstkie, chrapliwe tony. Tak więc uważali oni swój stan za znacznie polepszony i szukali pomocy lekarskiej tylko przeciw chrypcie, która na jednym stopniu utrzymywała się od kilku miesięcy. W takich to przypadkach guz, dawniej niezawodnie znacznie mniejszy i siedzący na podstawie szerokiej, zatem mało ruchomy, podczas wydawania głosu znajdował się między strunami głosowemi; w miarę wzrostu, guz ten stawał się więcej ruchomym i przy tejże samej czynności przechodził albo na, albo pod struny głosowe. Autor przechodzenie takie spostrzegł w jednym przypadku, w którym guz wielkości prawie grochu siedział na strunie głosowej prawej i powodował mocną chrypkę; chory przybywszy w pół roku potem do Monachium na operację, spodziewał się znacznego zmniejszenia guza, głos mu bowiem przez ten czas znacznie się polepszył.

Zdziwił się więc mocno, skoro autor zbadawszy go wziernikiem krtańowym, oznajmił mu przeciwnie, że w ciągu owego czasu guz znacznie się powiększył, lecz jednocześnie przyczepienie jego przyjęło kształt szypułki, przez co zyskał on na większej ruchliwości.

Guzy wielkości bobu i większe powodują po większej części ogromne zaburzenia w tworzeniu się głosu. Pod wpływem takich narostów autor spostrzegł najwyższe stopnie chrypki i bezgłosu, a tylko w rzadkich przypadkach, mianowicie jeżeli długość i ruchliwość ich szypułki mniej przeszkadzała zbliżania się do siebie i drganiom strun głosowych, występowało wyrównanie zбочenia, lecz tylko do pewnego stopnia. Wreszcie autor przytacza jeszcze dwa takie spostrzeżenia, z których w jednym guz o długiej szypułce wielkości grochu, przytwierdzony w punkcie połączenia się obu strun głosowych, podczas wymawiania przechodził albo na, albo pod struny, powodując tym sposobem chrypkę zaledwie zwracającą na siebie uwagę. W drugim spostrzeżeniu narost wielkości ziarnka kawy, przytwierdzony w sposób mało ruchomy za pomocą krótkiej szypułki do części przedniej powierzchni wewnętrznej chrząstki nalewkowej lewej, podczas wymawiania do tego stopnia oddalał przeciwną chrząstkę jednoimienną, iż sprawiał przez to najzupełniejszy bezgłos.

Wzrost guzów łączno-tkankowych (włókniaków) bywa dosyć powolnym. Przed dwoma laty autor miał sposobność spostrzeć nowotwór wielkości nieco większej od ziarnka konopnego i po tym czasie, skoro chory zgłosił się do niego z zamiarem poddania się operacji, mógł stwierdzić wcale nieznaczne jego powiększenie. Według opowiadania chorych (co należy brać z pewnem zastrzeżeniem), w jednym przypadku rozwój polipa wielkości ziarnka grochu poprzedziła chrypka trwająca przez 5—6-u lat, gdy tymczasem u innych chorych znaleziono tejsze samej wielkości narosty już po 2—3-ich letniej chrypcie.

Ponieważ owe narosty zwykle wytwarzają się z przewlekłych nieży-tów, przeto nie można określić dodatkowo, jak długo trwał ów stan zapalny dopóki nie przyszło do zawiązku i rozwoju samego nowotworu. Dopiero po odjęciu owego niewiadomego *x*, otrzymalibyśmy w takich przypadkach liczbę, pokazującą czas wzrostu guza. Stosownie do budowy anatomicznej tych narostów, przy czerwonawych aż do ciemno-czerwonawych włókniaków, obfitujących w naczynia, należy się spodziewać wzrostu szybkiego; w innych zaś, mianowicie biało-szarych nowotworach opatrzonych w delikatne naczynka, wzrost ów najczęściej bywa nadzwyczaj powolny. Jednakże obecnie nie jesteśmy w stanie bliżej w liczbach określić, w jakim czasie

odbywa się przejście od jednych do drugich i jak to widzieliśmy, bynajmniej nie powinniśmy z powiększenia zбочenia czynności narządu wnioskować o zwiększeniu się objętości guza. Pod tym względem dalsze jeszcze spostrzeżenia czynione za pomocą wziernika winny uzupełnić dzisiejsze badania.

Autor ani razu dotychczas nie spostrzegł powtórnego odrastania guzów łączno-tkankowych, jeżeli tylko były one zupełnie wyluszczone, jak również i w takich przypadkach, w których wycinał nowotwór tylko za pomocą noża, lecz bezpośrednio z tkanki zdrowej i gdzie po części sposobem próby, po części dla pewnych oznaczonych powodów nie dokonywał przyżegania rany powstałej po wycięciu. Autor nie jest wstanie stanowczo zawyrokováć, czy pozostałość tkanki nowotworu, zostawiona na miejscu operacji bez przyżegania, może stanowić punkt wyjścia dla rozwoju nowego guza łączno-tkankowego, czy nie, a to z tego powodu, iż zawsze unikał pozostawiania na miejscu takich części guza, które, stanowiąc większą lub mniejszą przeszkodę przy tworzeniu się głosu, znakomicieby zmniejszały znaczenie samej operacji. Podobnie i w tych razach, w których skutkiem długiego trwania choroby powstało już przewlekłe zgrubienie jednej lub, co rzadziej, obu stron głosowych, nigdy z podstawy pierwszego guza drugi nie odrastał. Wypada nadmienić, iż najdłuższy przeciąg czasu, przez jaki autor czynił odnośnie spostrzeżenia wynosił lat 10. (d. c. n.)

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Wycięcie macicy (*hysterotomia*), z zastosowaniem metody surowiczo-plastycznej MASŁOWSKIEGO, przez ECK'A (*Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg von 15 Octobr 1874*). U chorej liczącej 33 lat wieku znajdował się w jamie brzusznej od lat 13 guz sięgający do prawego podżebrza, łatwo przesuwalny. Chełbotanie (*glutatio*) w guzie było niewyraźne, szmerów naczyniowych nie można było wysłuchać, lecz istniało mocne tarcie listków otrzewni i wrażliwość przy ucisku na guz. Długość jamy macicy wynosiła 22 centim. Chora która przez te 13 lat znajdowała się w kwitjącym stanie zdrowia, latem 1874 r. poczęła się uskarżać na bóle w brzuchu, i silne kurcze maciczne. Wkrótce przyłączyła się gorączka z wieczornymi podwyższeniami ciepłoty, poty nocne, rozwolnienie i ogólne wycieńczenie sił. Nigdy nie było krwawienia z części płciowych, lecz od dwóch lat śluzotok dość często zabarwiony krwią. 24 Sierpnia 1874 r. E. przedsięwziął wyluszczenie guza. Po zachloroformowaniu chorej przecięto ścianę brzuszną nasmdzbieiałej (*linea alba*) w długości 25 ctm. Okazało się że guz był znacznie powiększoną macicą do której z lewej strony przyczepiały się bardzo wysoko przewód Falopijusza i jajnik. Powiększoną macicę wraz z jej dodatkowymi częściami wyciągnięto na zewnątrz, przy czem trzeba było podwiązać i przeciąć 6 połączeń błoniastych. Na dolną prawidłową część macicy założono dla chwilowego wstrzymania krwawienia, hakowatą kłamarę MASŁOWSKIEGO. Następnie E. oddzielił z przedniej powierzchni guza płat otrzewni wielkości małego talerzyka, w którym znajdowała się także powierzchowna warstwa mięśniowa. Podstawa tego płata znajdowała się tuż po nad kłamarą i równolegle do takowej. Płat ten skurczył się tak, że grubość jego wynosiła 0,5 ctm. Następnie operator zsunął kłamarę nieco niżej, nałożono luźnie po nad takową, — dla większej pewności, — łańcuszek odgniatacza (*ecraseur*) i jednym cięciem oddzielono cały guz wraz z przewodami Falopijusza i jajnikami. Pieniek pozostały po nad kłamarą, przypalono silnie prądem galwanokautycznym. Pomimo to krwawienie w okolicy więzów szerokich było znaczne, i potrzeba było po obu stronach nałożyć przewiązkę *en masse*. Nałożono także przewiązkę na jedno z naczyń pieńka macicznego i wprowadzono takowy (pieniek) przez szyjkę maciczną i pochwę na zewnątrz. Oddzielony płat otrzewni przewrócono następnie na pieniek maciczny i przymocowano do otrzewni wstępującej na macicę z zagłębienia Douglasa'a 10 szwami metalicznymi i 9 jedwabnymi, które krótko obcięto. Po odprowadzeniu

pieńka macicznego do jamy miednicy, złączono ranę brzuszną 8 głębokimi i 9 powierzchownymi szwami. Operacja trwała 2 godziny. Po dwóch dniach w ciągu których wycięła z jamy brzusznej znaczna ilość krwawej surowicy, zdjęto szwy dolne. 4 dnia po nad zdjętymi szwami nastąpiło zrośnięcie się rany przez bezpośrednie zlepienie (*per primam*), a 17 dnia wystąpiło krwawienie z dolnego kąta rany i z części płciowych, które trwało 4 dni i odpowiadało zwykłemu okresowi miesiączki. Drugiego dnia po rozpoczętem krwawieniu oddzielił się z brzegów płata wązki 1 ctm. długości mający kawałek obumarłej tkanki. Zdołano następnie po wielu usiłowaniach, zgłębnik przeprowadzony przez jamę maciczną, wyprowadzić przez ranę brzuszną na zewnątrz i tym sposobem przeciągnąć dren, który oddalono po tygodniu. Po 22 dniach chora opuściła łóżko, a w końcu Września była zupełnie zdrową. W ciągu 2 następnych miesięcy odżywianie i siły chorej znakomicie się poprawiły. Pozostała część macicy, której przewód 14 dnia po operacji wynosił 5,5 ctm. długości, uległa następnie znacznemu zanikowi, długość jej przewodu wynosiła 4 ctm. Jest to pierwszy przypadek operacyjny w którym zastosowano surowiczoplastyczną metodę MASŁOWSKIEGO. (Ref. w *Centr. f. Chir. Nr. 7—1875.*) E. M.

Marion Sims na posiedzeniu Tow. lek. w New-Yorku (15 Lutego r. b.) doniósł o dwóch przypadkach wycięcia macicy, które z powodu znacznych włókniaków dokonał. Obydwa śmiercią operowanych się zakończyły: jedna z nich zmarła w 15 minut po operacji w skutek krwotoku z rozszerzonych żył, a druga w 76 godzin po operacji z posocznicy. W obydwóch przypadkach S. postępował podług sposobu operowania PEAN'A (podwójne przewiązanie nadpochwowej części szyi macicy wraz z więzadłami szerokimi, odcięcie (*amputatio*), wyprowadzenie pieńka przez dolny kąt cięcia brzusznego), lecz żadnej korzyści w tem postępowaniu nie dostrzega. S. zaleca więzadła szerokie oddzielnie przewiązać i przyczepienie ich do macicy odpalić. Również ranę szyi macicy powstałą po odcięciu macicy radzi przyżęgać. Tym sposobem traktowany pieńek opuszcza się do wnętrza jamy brzusznej i pozostawia tamże samemu sobie, a ranę brzuszną całkowicie się zamyka. W ogólności wycięcie macicy jest operacją, która bardzo wiele jeszcze pozostawia do życzenia i zapewne nieprędko zdobędzie sobie takie prawo obywatelstwa w nauce, jakie dziś pozyskało wycinanie jajników.

(*The American Jour. of med. sciences 1875 Kwiecień. Ref. w Centr. f. Chir. Nr. 34—1875.*)
J. R.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Zjazdy. W bieżącym miesiącu odbędą się jeszcze trzy zapowiedziane zjazdy a mianowicie: W Monachium: III zjazd Niemieckiego Towarzystwa opieki zdrowia publicznego od 13 do 15 b. m. W Graz: 48 zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy od 18 do 24 b. m. W Brukselli: IV wspólnarodowy zjazd lekarski od 19 do 26 bieżącego miesiąca i roku.

Cholera od kilku miesięcy panująca w Hamą, gdzie śmiertelność nie przechoodziła 10-ciu osób na dobę, nagle zjawiała się w Damaszku i Hوران. W Damaszku podczas pierwszych dwóch tygodni przypadki cholery były tak nieliczne, że lekarze uważali ją za cholera miejscową (*cholera sporadica*). Lecz od początku Lipca liczba zapadających na nią tak dalece się wzmożyła, że nie ulega wątpliwości, że to jest *cholera asiatica*. Dnia 3 Lipca zachorowało w Damaszku (liczącem 200000 mieszkańców) 110 osób, zmarło 60; d. 4 t. m. 116 osób, zmarło 38; 5-go 108, zm. 30; 6-go 86, zm. 42. Zarządzono środki higieniczne i ustanowiono kordon sanitarny dla niedopuszczenia epidemii do Libanu i miast nadbrzeżnych, jak: Beyrut, Saida, Tripolis etc.

W pierwszych dniach Sierpnia r. b. zjawiała się podobno cholera w przystani Rybińska, miasta handlowego gub. Jarosławskiej przy ujściu Czeremchy do Wołgi położonego. Dalszych wiadomości ztamtąd nie posiadamy.

Berlin. Nagrodę 2000 talarów, wyznaczoną przez cesarżową Augustę za najlepsze dzieło o kowencyi genewskiej (wspólnarodowej opieki nad ranionymi podczas wojny) otrzymał prof. LÜDER z Erlangen.

Wspomnienie pośmiertne.

† Winnicki Władysław zakończył życie d. 21 Lipca r. b. zdala od kolegów-przyjaciół wśród rodziny swej, we wsi Pokrzywnicy w Pułtuskim, gdzie ostatni okres blisko dwuletniej śmiertelnej choroby przeżył. Wiadomość o zgonie tego szczerzego przyjaciela, zanego towarzysza w zawodzie i zdolnego współpracownika naszego czasopisma doszła nas podczas pobytu zagranicą; z tego powodu dziś dopiero spełniamy smutny obowiązek skreślenia słów kilku poświęconych jego pamięci z pewnem zdziwieniem, że nas nikt dotąd nie uprzedził. Ś. p. WŁADYŚŁAW urodził się w Warszawie w r. 1841, tu też po ukończeniu gimnazjum wstąpił w r. 1859 do b. Akademii medyko-chirurgicznej i następnie jako lekarz od r. 1864 w rodzinnem mieście pozostawał aż do ostatnich tygodni wielce cierpieniami skolatanego życia. Będąc członkiem licznej rodziny, której ojciec ciężko na kawałek chleba pracować musiał, wyniósł z domu zamiłowanie pracy, prawy charakter, szlachetne dążności i przekonania, a jako lekarz umiłował ludność rzemieślniczą i wyrobniczą. Od początku swego zawodu aż do końca głównem polem jego działalności lekarskiej była dzielnica naszego miasta przyległa rogatkom Wolskim: wyłącznie prawie przez rzeczoną ludność zamieszkała. Tam to ś. p. WŁADYŚŁAW wraz z rodzonym swym bratem FRANCYSZKIEM (także lekarzem) stwierdzali przekonania swoje czynem, niosąc w każdej chwili bezinteresowną pomoc tym biedakom, którzy zwykle nie pamiętają o jutrze i w razie choroby nie mają za co się ratować. Ś. p. FRANCYSZEK wąty od dzieciństwa padł w niepełną lat dwa (zmarł d. 18 Sierpnia 1866 r.) pod brzemieniem nadmiernej pracy; WŁADYŚŁAW silnym obdarzony ustrojem po latach 10-ciu pełnienia uciążliwych obowiązków lekarza zrujnował doszczętnie swoje niegdys wytworne zdrowie: w skutek przeziębienia w jesieni 1873 r. rozwinięte zapalenie nieżytowe płuc, następnie jako suchoty płucne kres życia Jego zgotowało. Niewdzięczne pole wybrałeś sobie zacny przyjacielu do uprawy, a zgonem swoim dajesz smutne świadectwo temu przekonaniu, że łatwiej w naszym grodzie stracić zdrowie, jak zdobyć przyzwoite utrzymanie z praktyki między rzemieślniczą ludnością jego. Zazdrościłeś twoim kolegom z ławki uniwersyteckiej, wyłącznie jedną gałąź wiedzy naszej uprawiającym, ubolewałeś nieraz nad tem, że nie możesz ich naśladować, gdyż twoi chorzy wszelakiego rodzaju pomocy od ciebie wymagają; za ledwie w ostatnich kilku latach pocieszałeś się myślą, że z czasem dojdiesz do tego, że wyłącznie medycyną wewnętrzną zajmować się będziesz. Przejawem tej myśli są bezwzględnie prace Zmarłego, jakimi zasiłał nasze czasopismo, a mianowicie: „Kwas karbolowy jako środek mający niszczyć miazmata choleryczne” (MEDYCYNA T. I, str. 563); „Odpowiedź na uwagi KACZOROWSKIEGO o własności odtruwającej kwasu karbolowego” (T. I, str. 764) i „Przypadek złośliwego zapalenia okostni” i t. d. (T. II, str. 568). Wszechsprawność jest wtedy naganną i zgubną, gdy towarzyszą jej zarozumiałość i suchwalstwo. Ś. p. WŁADYŚŁAW umiał uszanować rzeczywistą naukę swoich nauczycieli, wysoko cenił specjalną wiedzę nawet tych, którzy w teje samej co on kształcili się szkole: chętnie żądał ich rady i współdziałania w ważniejszych przypadkach chorobowych i jedynie względy materyjalne nie dozwalały mu wzywać specjalistów tyle razy, ile tego pragnął; nie cenił swojej pracy i czasu, lecz do przesady może cenił pomoc innych. Wyrozumiwały dla młodszych towarzyszków, z godnością karcił tych, którzy co rok prawie czepiając się innej specjalności jawnie swą wyższość nad Nim okazywać chcieli. Szczery i prawy w stosunkach koleżeńskich i z choremi, szlachetnie oburzał się na tych, którzy godność powołania lekarza brudami zawiści, intrygi lub wygórowanej interesowności plamią.

W imieniu nieobecnych na Twym pogrzebie przyjaciół skreśliłem dla Ciebie zacny towarzyszu te kilka słów wspomnienia. Żyłeś krótko, lecz żyłeś uczciwie i pożytecznie... Pokój Twoim cieniem!

J. Rogowicz.

O g ł o s z e n i a.

Zarząd Instytutu Wód Mineralnych sztucznych w Ogrodzie Krasieńskim, ma honor powiadomić W. W. P. P. Lekarzy że od dni kilku, wyrabia **wodę gazową z kwasem salicylowym**. Dotychczasowa produkcja ogranicza się tylko do jednego gatunku, zawierającego 0,1⁰/₀ wolnego kwasu salicylowego; wyroby wszelkiego innego stężenia, mogą być na żądanie przygotowane.

N. Milicer, Mag. nauk przyrodz.

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH

lekarskich zagranicznych i krajowych

ze źródeł czerpanych — przy Aptece

Magistra Farmacyi

Leonarda Ziemińskiego

w Warszawie, Marszałkowska wprost Zielonego Placu.

Zawiadamia, że odbiera ciągle świeże, tegorocznego wiosennego czerpania wody mineralne lekarskie następujące: austryjackie, niemieckie, belgijskie i francuzkie, z Galicyjskich: Szczawnickie, Krynickie, Iwonicz i Żegiestów — z krajowych zaś wody Buskie, muł i ług Buski do kąpiei — Ciechocińskie, szlam i ług do kąpiei, oraz Solanka.

Za świeżość wód Skład poręcza, mogąc każdemu interesowanemu złożyć faktury przez Zarządy zdrojowe wydane; także przyjmuje wszelkie obstalunki piśmienne i takowe śpiesznie załatwia wysyłając kolejami, bez doliczania kosztów dostawy do Banhofów—dołącza przy tem cenniki i broszury oryginalne o używaniu i skutkach danych wód. Co do wód mineralnych sztucznych, takowe są z całą starannością przyrządzane we własnym Zakładzie, zaopatrzonym w najnowsze apparatusa takie jak: maszyny kontynentalne, pompy gazowe, przyrząd destylacyjny, i t. p. dozwalające przy wieloletnim prowadzeniu fabrykacyi wód, wyrabiać takowe szybko i dokładnie podług analiz chemicznych, podanych przez Autorów mających ustaloną powagę w dziedzinie nauk balneologicznych.

Leonard Ziemiński.

G A L M A N I N.

Środek ten zupełnie nieszkodliwy skutecznie zapobiega odparzaniu się ciała, szczególniej palców u nóg, co w czasie gorącego lata osobom zmuszonym dużo chodzić może oddać nieobliczone usługi.—Dość jest raz na kilka dni natrzeć palce u nóg lub miejsca odparzone wspomnianą mieszaniną, ażeby uchronić się od przykrych dolegliwości. Wyborne ona także skutkuje w odparzaniu się ciała u dzieci. Pudełko większe 50 kop., mniejsze 30.

Skład główny znajduje się w Aptece podpisanego w Warszawie Nr. 787, oraz w niektórych Aptekach Petersburga i Moskwy.

W. Karpieński.

Magister Farmacyi.

Wszystkie wody mineralne na prowincyję po cenach możliwie umiarkowanych. Składy wód mineralnych znajdują się w większej liczbie aptek Warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincyi i w Cesarstwie. Zakład mój rozporządza 8-ma tysiącami syfonów paryskich, maszyną parową i licznymi aparatami najnowszej budowy, a pojmując rozzumną konkurencyję, zasadzają na ciągłym postępie i jak najdokładniejszym wyrobie. Wody mineralne w butelkach i syfonach, oraz syropy do wód gazowych, znajdują się zawsze na składzie.

W. Karpieński.

GŁÓWNY ZAKŁAD WYROBU WÓD MINERALNYCH
W SYFONACH I BUTELKACH
MAGISTRA FARMACJI KARPINSKIEGO W WARSZAWIE N. 937

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 20 Августа (1 Сентября) 1875 г.—w Druk. J. Jaworskiego, Krak.-Przedm. N. 415.
Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).