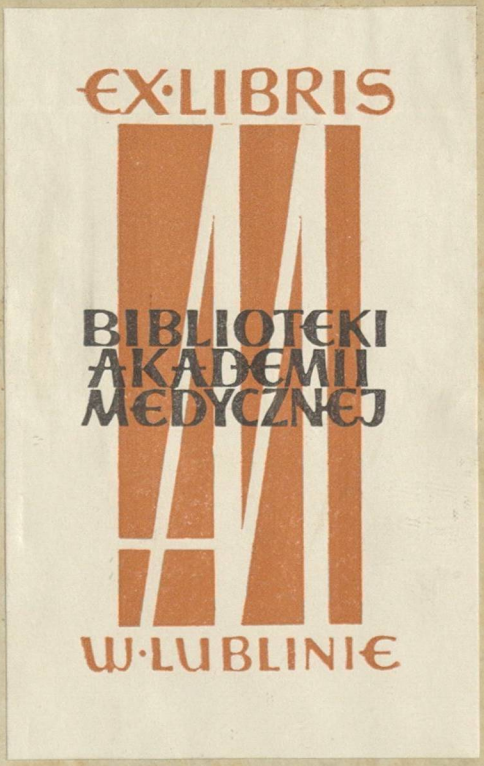


Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 419
BG 90588/1862/47/1-6

Towarzystwo Lekarskie Lubelskie
BIBLIOTEKA
*

5067

90588

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

Towarzystwo Lekarskie Lubelskie
BIBLIOTEKA

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

Dr. H. ŁUCZKIEWICZ,

CZŁ. TOW. NAUKOWEGO W KRAKOWIE, TOW. LEKARSKIEGO W WILNIE, DOCENT PATOLOGII I TERAPII SPECYALNEJ W AKADEMII MEDYKO-CHIRUBGICZNEJ W WARSZAWIE.

SERYA IV.

Poszyt I. (Styczeń.)

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVII.

Ścisłe badanie — proste leczenie.

WARSZAWA,

Nakładem Księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

1862.

TREŚĆ POSZYTU

A. Prace oryginalne;

1. *Ścisłe badanie, proste leczenie.* Od Redakcyi... 3
2. Zgorzel kości fosforowa. Całkowite wypiłowanie obydwóch szczęk górnych, Prof. Dr. *Girsztowt*.... 12
3. Guz rakowaty, nerwu wzrokowego, prof. Dr. *Szokalski*..... 20
4. Sprowozdanie szpitalne. Dr. W. *Lubelski*..... 25

B) Literatura zagraniczna:

5. Nacieczenie rakowe, ostre, Dr. *Łuczkiewicz*..... 38
6. O zmianach temperatury ciała w zapaleniu płuc *tegoż*..... 46
7. O Tumorach czyli guzach w jamie brzusznéj Dr. *Rozenzweig*..... 51
8. O wdéchaniu wód mineralnych, Dr. *Sztummer*.... 56

A. Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:

10. Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego, pierwsze i drugie..... 63
11. Korrespondencya z Kamieńca Podolskiego..... 67

BIBLIOTEKA AKAD. MEDYCZNEJ LUBLIN
Druk 154/54/126

Scisłe badanie-proste leczenie.

Każdy, kto jakiejkolwiek w życiu podejmuje się pracy, chociażby zakres działania i wynikłości tejże, bardzo szczupłemi nawet zakreślone były granicami, ma obowiązek rzetelnego zbadania przedmiotu, w którym pracować zamyśla i stanowczego wytknięcia celu, jakiego pracą swą dosięgnąć zamierza. Jeżeli obowiązek ten ciąży na każdym człowieku i w każdem pojedyńczem zatrudnieniu jego, o ileż bardziéj dotyczy zasada ta tego, który przedsiębierze pracę *ogólnego* znaczenia, rozległéj doniosłości, w któréj *wszyscy* światlejsi udział biorą, z któréj dla *całego narodu korzysci płynąć mają.* A taką właśnie czynnością jest obowiązek redaktora czasopisma lekarskiego; tak go przynajmniéj pojmować należy, tem bardziéj u nas, gdzie publicystyka w ogólności, a zwłaszcza ściśle naukowa, tak mało dotychczas okazuje znaków życia, a jeszcze mniej może obudza zajęcia w publiczności i mniéj, jakby tego rzecz sama z siebie wymagała, wywiera wpływu na wykształcenie czytających i rozwoj nauki, którą się zajmuje. Obejmując przeto, poruczoną mi przez uchwałę Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, redakcyą Pamiętnika tegoż Towarzystwa, czuję się obowiązanym tak Towarzystwu, które mię pracą

tą zaszczyciło, a którego własnością jest niniejsze pismo, jako też czytelnikom jego, przedłożyć zasady, któremi się w wydawnictwie kierować zamyślam, i wskazać główny cel, do którego za pośrednictwem powierzonego czasopisma dążyć postanowiłem.

Głównem i ostatecznem założeniem Pamiętnika pod moim kierunkiem wychodzacego, ma być *rozkrzewianie postępu medycyny praktycznéj, na podstawie wszechstronnego rozwoju nauki lekarskiéj w szczegółowych jéj gałęziach*, a zasadą w pracy téj pośredniczącą, czyli środkiem do zamierzonego postępu prowadzącym, godło na czele pisma zamieszczone, to jest: *ścisłe badanie-proste leczenie.*

Potrzeba wszechstronnego rozwoju nauki lekarskiéj w kraju naszym i ważność korzyści dla ogółu ztąd wynikających, są tak jasne, i same przez się wymowne, że nie widzę potrzeby dłuższego nad tym przedmiotem rozpisywania się. Niedostatek wymaganego rozkrzewiania i brak korzyści jego, czuje każdy z nas za nadto żywo, aby prawdziwość zdania bliżéj rozbieraną i nowemi dowodami popieraną być miała.

W artykule tym, służącym niejako za przewodnika pisma naszego, zamierzyłem sobie, powiedzieć kilka słów o zasadzie, którą do założonego celu postępować postanowiliśmy, a którą wyraziliśmy w słowach: *ścisłe badanie-proste leczenie.*

W słowach tych zawiera się zdaniem naszém, nie samo tylko hasło czynności lekarskiéj pojedyńczego człowieka, nie samo zadanie pojedyńczego czasopisma lekarskiego, ani nawet dążność szczegółowego, odrębnego stronnictwa, czyli tak zwanéj szkoły medycznéj, ale przeciwnie *zasada ta powinna być i jest rzeczywiście panu-*

jącą obecnie w całéj nauce, któréj kapłanami być się zaszczycamy.

Dziwna zaiste, że po tylu wiekowem życiu, po tylolicznych kolejach losu, jakie medycyna od początku swojego, aż do naszych czasów przechodzić musiała, stanęła *nauka* lekarska dziś znowu na tem stanowisku, jakie wyznaczył nieśmiertelny mistrz *Koicki Hipokrates* swojéj, w pierwszym zarodzie powstającéj *sztuce*.

Pod względem jak najściślejszego badania chorego bowiem, czytamy w pismie:,, Epidemicorum liber" w rozdziale trzecim ,,Morbos dignoscimus edocti, ex communi omnium natura, et ex uniuscujusque proprio, ex morbo, ex his quae offerruntur, ex eo qui offert.....Sudor, rigor, frigiditas, tussis, sternutationes, singultus, spiritus, ructus, flatus silentes, strepentes, sanguinis eruptiones, hemorrhoides; ex his autem, et quae per haec fiunt, considerandum."

Za wzorem i przykładem Hipokratesa, poszli nietylko najdzielniejsi lekarze greccy, ale także wszyscy najznakomitsi mężowie nauki wszystkich wieków i każdy z wielkich reformatorów Medycyny, którzy wprowadzając do nauki nowe myśli, pojęcia i zasady, w gałęzi dyagnostycznéj do prawidła przez Hipokratesa wskazanego zwrócić się byli zmuszeni. Zadziwiać to nas z resztą wcale nie może, gdyż najprostszy rozum pojmie łatwo, że o leczeniu mowy być niemoże tam, gdzie niema dokładnego rozpoznania, a rozpoznania stanowić nie może, kto chorego starannemu niepodda badaniu. ,,*Jak podstawą Fisyologii musi być Anatomia, a Patologia ostać się nie może bez Fizyologii, tak samo Dyagnostyka musi być główną podstawą Terapii.*"

Bez Dyagnostyki niemasz Terapii, jak niemasz Patologii bez Fizyologii, o to pierwsza połowa naszego godła, a tem samém i głównego założenia naszego czasopisma.

Drażliwszą, że się tak wyrażę, częścią naszego zdania jest myśl, w drugiéj połowie wyrażona słowami „proste leczenie.“ Nie jeden z kollegów zagadnąć nas może jakie znaczenie przywięzujemy do pojęcia „proste leczenie?“ Czy to oznaczać ma przedłuższe użycie jednego środka, czy tańszego albo ludowego lekarstwa, czy może leczenie wielu chorób tym samym sposobem, albo systematyczną Terapię jakiego Koryfeusza, czy zresztą leczenie wyczekujące albo nawet skeptyczne i nihilistyczne?

Odpowiedź na to pytanie jest w rzeczy saméj trudna *do wypisania*, ale nie trudna wcale dla zrozumienia lekarzowi, który usiłował zbadać stanowisko dzisiejszéj nauki i dla kogo historya Medycyny nie jest obcą.

Zasada prostego leczenia nie jest bynajmniéj rezultatem nowszych poszukiwań lub rozumowań na polu umiejętności lekarskiéj. Przeciwnie, jestto jedno z najwcześniejszych prawideł Medycyny, które niestety, z niepowetowaną dla nauki i ludzkości szkodą, przez długie wieki, dzięki wrodzonéj człowiekowi żądzy mędrkowania i nowatorstwa, dziwacznemi, najczęściéj błahemi syllogizmami i przewrotnem tłómaczeniem postrzeżeń klinicznych, niezręcznie wykładanem, albo samowolnie przekręcanem było.

Już pierwszy twórca sztuki lekarskiéj Hipokrates, położył najistotniejszą podstawę naturalnego, czyli prostego leczenia, głęboko pomyślanem zdaniem: Νοὐσων φυσιες ἰητροι (morborum, natura medicatrix), równie jak arcy znaczącem: Κατα φυσιν. (secundum naturam).

We wszystkich pismach Hipokratesa, a mianowicie w rozprawach: *De prisca medicina*, *De victus ratione in acutis*, *Aphorismi*, znajdujemy obfity jeszcze dla nas, zapas najszczytniejszych i najtrafniejszych myśli i zdań odnoszących się do powyższéj zasady, którą niezachwianie kierował się lekarz Koicki. Gdy dla oszczędzenia czytelników nie możemy dłużéj zajmować się rozbiorem dzieł Hipokratesa, przytaczamy tu zdanie znakomitego historyka *Haesera*, który w tym przedmiocie tak pisze:

„*Den grössten Ruhm und die unvergänglichste Ehre hat sich Hipokrates erworben durch die Naturgemässheit seiner terapeutischen Grundsätze und die Einfachheit seines ärztlichen Handelns*..... „*am meisten aber, ist der Arzt von Kos zu allen Zeiten gepriesen worden, wegen seiner hohen Achtung vor dem Walten erhaltender Naturkräfte, auch inmitten der anscheinenden Zerstörung.* (*)

Całą wartość téj zasady, ocenili słusznie następcy Hipokratesa; wszyscy najszacowniejsi lekarzy po wszystkie czasy zalecali najmocniéj to prawidło terapeutyczne, i z największą przechowywali je wiernością, a takimi są: *Erasistratus*, *Arteus*, *Galen*, *Alexander Trallianus*, daléj *Sydenham*, *Boerhave*, *Hofmann*, *Baglivi* wreszcie *Barthez*, *van Svieten*, *Hufeland*, P. *Frank*, *Hildebrand* i t. d. a nawet z pomiędzy lekarzy naszych czasów, wszyscy uczeni, po długoletniem doświadczeniu zwracają się do téj zasady, jako *jedynéj* i *najpewniejszéj*.

A zatem, nie *Communia remedia Metodystów*, ani *Teriak Adromacha*, ani *Arkanum Paracelsa*, ani *Tartarus stibiatus Rasorego*, niemniéj jak *côu sûr côu Bouil-*

(*) Lehrbuch der Geschichte d. Medicin str. 59.

lauda i *Cuprum Rademachera* albo *Mixtura Gummosa Hamernika*, nie stanowią wcale istoty prostego leczenia, ale: *postępowanie stanowcze, naturze choroby odpowiednie, wprost do celu zmierzające, posiłkujące się środkami pojedynczemi bez zagmatwania farmaceutycznego, ale skutecznemi*, oto zasada i cel prostego leczenia. Że tego rodzaju stanowcza, świadoma siebie Terapia nie może powstać, rozwinąć ani utrzymać się bez równie ścisłéj i stanowczéj dyagnostyki, i że tylko ta sama, jedynie i wyłącznie tamtéj miejsce w nauce wyrobić zdoła, nie potrzebuje dowodów.

W określeniu założenia Pamiętnika powiedzieliśmy: *rozkrzewianie postępu medycyny praktycznéj*. Oświadczenie to wyraźne, położyliśmy na zasadzie niezwichnionego przekonania, że *ostatecznem kresem dążności medycyny* i najszczytniejszem zadaniem lekarza, nie może i nie powinno być nic innego, jak: *leczenie i uzdrowienie chorego*. Jakiekolwiek wzniosłe, szlachetne i zaszczytne mogą być innego rodzaju dążenia mężów, uprawiających, oddzielne gałęzie nauki medycznéj, jakakolwiek świetność otacza wypadki ich dociekań i rozumowań abstrakcyjnych utracają one pozłocistą swą barwę, jeżeli rezultat ich nie zmierza do postępu *medycyny zastósowanéj*. Medycyna wtedy dopiero stanie się prawdziwą i czynną, jeżeli każde dochodzenie, każde pojedyńcze postrzeżenie, nacechowane będzie *pożytkiem terapeutycznem*. W uzupełnieniu zatem powyższych zdań naszych, dodajemy tu jeszcze: ***jak bez Dyagnostyki niemasz Terapii, tak bez Terapii niemasz Medycyny***. Taki to właśnie charakter, na chlubę dla lekarzy i szczęście dla chorych, przybrała medycyna dzisiejsza, a którego to pożytecznego zwrotu kierunek wskazał czcigodny *Sydenham*.

Pojmując w ten sposób zadanie medycyny, nie mamy tu bynajmniéj zamiaru, lekceważenia innych pomocniczych gałęzi rozległéj nauki, ani uszczuplenia zasług tych, którzy trudnym i zmudnym badaniom teoretycznym, mikroskopowym i chemicznym, siły swe poświęcają. Prace te oceniamy wysoko, wypadki dochodzeń tych, chwytamy chciwie i przechowujemy z wdzięcznością, ale zasługi tych uczonych, mierzymy wedle stopnia terapeutycznéj pożyteczności ich owoców.

Dla tego też założenie nasze, lubo przeważnie praktyczne, niewyklucza bynajmniéj z pisma naszego artykułów treści teoretycznéj, i owszem, będziemy je skrzętnie wyszukiwać i z ochotą zamieszczać o tyle, o ile one będą miały związek z medycyną praktyczną.

Treść każdego zeszytu składać się będzie: *a*) z rozpraw oryginalnych w jakiejkolwiek z licznych gałęzi medycznych przez rodaków napisanych, i sprawozdań z czynności szpitali krajowych, których wartość i znaczenie powszechnie uznane zostały, *b*) z artykułów podających w tłómaczeniu wiadomości z pism zagranicznych (których 20 służy na użytek redakcyj) z doborem naszemu założeniu odpowiedniem, a które to tłumaczenia w medycynie, nie tylko że nie mogą ujmować, ale przeciwnie dodawać muszą wartości pismu, czyniąc je przystępniejszem i pożyteczniejszém, *c*) z protokołów posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na ostatek, *d*) z rozporządzeń rządowych, korrespondencyj i krótkich, a pożytecznych doniesień rozmaitéj osnowy.

Wyłożywszy w ten sposób cel zakreślony Pamiętnikowi, którego redakcyą podejmuję i stanowisko, jakie pismo to, od 24 lat wychodzące, mojem zdaniem dziś zająć powinno, pozostaje mi w końcu zanieść prośbę

do szanownych P. T. Kollegów, Professorów, Lekarzy ordynujących w Szpitalach i wolno praktykujących, niemniéj pp. Weterynarzy i naukowych Aptekarzy, aby pracami swojemi raczyli wspierać mnie w dopełnieniu tego trudnego obowiązku, od czego zależeć będzie wzrost czasopisma, a tem samem i postęp nauki lekarskiéj w kraju, a wykonanie któregoto zamiaru, nie tyle od samego redaktora, ile od gorliwości współ-pracowników zawisło.

Dnia 30 Stycznia 1862 r.

Dr. Łuczkiewicz.
Redaktor Pamiętnika Towarzystwa
Lekarskiego w Warszawie.

Zgorzel kości fosforowa. Całkowite wypiłowanie obydwóch szczęk górnych (Necrosis phosphorica. Resectio totalis utriusque maxillae superioris.

opisał

Dr. GIRSZTOWT,

Professor chirurgii w medyko-chirurgicznéj Akademii w Warszawie.

Już lat 30 ubiega od czasu, jak zapałki chemiczne weszły w powszechne użycie. Niemcom należy się sława wynalezienia ich. Rok 1834 powszechnie znaczą jako początek fabrykacyi zapałek. *Wiedeń* i *Darmstadt* nasamprzód stały się głównemi ogniskami tego wyrobu. Od 1836 roku, ta gałęź przemysłu przeszła do Francyi; Paryż, Lyon i Sarreguemines na szeroką skalę rozwinęły u siebie wyrabianie zapałek. W tychże latach i w Warszawie zawiązały się dwie fabryki tego wyrobu, a założycielami ich byli *Waszański* i *Hirschenfeld*. W obecnym czasie następne fabryki istnieją w naszéj stolicy: 1) *Semela*, na Rybakach, Nr. 2567; 2) Zygmunta *Hirschenfelda*, w tak zwanéj gęsiéj karczmie, ulica Gęsia; 3) *Winterhofa*; 4) *Weinberga* na ulicy Śliskiéj; 5) Araona *Kalwari* za rogatkami Wolskiemi; 6) Roberta *Hirschenfelda* przy ulicy Marszałkowskiéj. Prócz tych, o ile wiadomo, kilka nowych fabryk jeszcze się urządza, a nadto,

BIBLIOTEKA LUBLIN

jak w saméj Warszawie, tak i na prowincyi mnóstwo osób zajmuje się potajemnie wyrabianiem zapałek.

Kiedy Technologia winszowała sobie tego nowego i rzeczywiście dogodnego wynalazku, a fabrykanci cieszyli się z korzystnego odbytu swojego wyrobu, Medycyna bardzo prędko zaczęła zapisywać na stronicach swoich dziejów, nowe ofiary z powodu szkodliwego wpływu fosforu na zdrowie wyrobników zapałek. W 1839 roku w Wiedniu, umarła wyrobnica w skutek otrucia fosforem na fabryce zapałek; pierwszy ten wypadek śmierci w piśmiennictwie lekarskiem znany, pozostał prawie niepostrzeżony; w roku 1843 umarła druga chora, też w Wiedniu, w skutek zgorzeli fosforowéj szczęki dolnéj i gruźlicy płucnéj. Odtąd lekarze zaczynają zwracać uwagę na urządzenie fabryk chemicznych zapałek, oraz na szkodliwe działanie fosforu na zdrowie ludzkie, i w r. 1845 po raz pierwszy, został opisany nowy rodzaj zgorzeliny kości pod nazwą: „Necrosis maxillarum phosphorica, Phosphornecrose der Kiefer, Nécrose phosphorée. Autorem opisu téj mało znanéj jeszcze choroby był Niemiecki uczony *Lorinser*. Od tego czasu, obserwacye choroby i wypadki śmierci coraz gęściéj się mnożą; Warszawa nie mało też liczy nieszczęśliwych ofiar pomiędzy wyrobnikami na fabrykach zapałek; w ciągu dwóch lat miałem sposobność obserwować *sześciu* chorych ze zgorzelą fosforową kości, z których dwaj, na szczególną zasługują uwagę tak ze względu stopnia rozwoju choroby, jak również i z ważności wykonanych przezemnie operacyi w celu uleczenia choroby.

Chcę mówić tutaj *o całkowitéj zgorzeli obydwóch szczęk górnych i szczęki dolnéj, oraz o całkowitem ich wycięciu z pomyślnym skutkiem.*

Ponieważ *resectio totalis utirusque maxillae superioris*, oraz *excisio totalis maxillae inferioris*, o ile mi wiadomo, po raz pierwszy na Polskiéj ziemi przezemnie zostały wykonane, i zgorzel fosforowa kości, która była powodem do tych operacyi, w piśmiennictwie lekarskiem polskiem także nie była opisaną, czuję się zatém w miłym dla mnie obowiązku wyłożyć obecny stan nauki o zgorzeli kości fosforowéj (necrosis phosphorcia), a następnie rozebrać znaczenie i wskazać sposoby całkowitego wycięcia szczęk górnych i dolnéj.

Literatura. W roku 1845 napotykamy pierwsze opisy zgorzeli fosforowéj. *Lorinser* pierwszy wystąpił z samodzielną pracą; rozprawę swą p. n. *Nekrose der Kieferknochen in Folge der Einwirkung von Phosphordämpfen* pomieścił w *Oester Jahrb. 1845 Marzec t. 51 str. 257; Wien. Zeitschr. Bd. VII 1851: 1;* a także i w *Schmidts Jahrbücher, 1851, t. 71, p. 82.* Za podstawę do pierwszéj pracy *Lorinsera* służą dziewięć obserwacyi. W tymże roku prof. *Heyfelder* zrobił resekcję dolnéj szczęki u młodéj wyrobnicy z powodu zgorzeli fosforowéj, a Dr. *Bibra* dokonał rozbioru chemicznego i mikroskopicznego choréj kości (*Heyfelder, Preuss. Vereinsz. 1845, N. 45;* i *Archiv für physiol. Heilkunde. Stuttgard, 1845, p. 400*). Dnia 7 Sierpnia 1845 r. Dr. *Strohl* czytał swą rozprawę na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Strasburgu p. n. *Note sur une nécrose particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques*, którą następnie wydrukował w *Gazette médicale de Strasbourg*, 1845, Nr. 20, p. 360.

W 1846 roku trzéj niemieccy uczeni *Dietz, Rose* i *Blumhart* w pracach swoich czytanych na kongresie naukowym w Nürembergu, starają się dowieść, że zgorzel

fosforowa głównie zależy od obecności arszeniku w massie, używanéj do przygotowania zapałek chemicznych (Dietz, Corresp. Blatt, 1852, t. 22, Nr. 52 i 76). W tymże roku Th. *Roussel* przysłał swe poszukiwania nad chorobą w mowie będącą, do Akademii umiejętności w Paryżu p. n. „Recherches sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, (Revue médicale, mars et mai 1846), a w r. 1848 wydał osobne dzieło: Nouveau manuel complet pour la fabrication des allumettes chimiques. W Marcu tegoż 1846 roku Profs. *Sédilot* dostarczył nowego materyału do nauki o zgorzeli fosforowéj, ogłaszając trzy obserwacye chorób z kliniki chirurgicznéj w Strasburgu (Académie des sciences, 9 Marca 1846 r. i Gaz. méd. 1846, p. 214). Kiedy tak liczne i ze wszechmiar niepokojace ogłaszano postrzeżenia o necrosis phosphorica, — w Lipcu 1846 roku *Dupasquier* w Lyons zwiedził fabryki zapałek, i na zdumienie wszystkich, to wyniósł przekonanie, że fabrykacya fosforu i zapałek niema nic w sobie niebezpiecznego dla zdrowia ludzkiego, a zdarzające się czasem nieszczęsne wypadki przypisał obecności arszeniku, (Mémoire relatif aux effets des émanations phosphorées sur les ouvriers employés dans les fabriques de phosphore et les ateliers ou l'on prépare les allumettes chimiques. Annalles d'hygiene publique et de médecine légale. Juillet, 1846, t. 36, p. 342). W tymże czasie nowe przedstawili obserwacye: *Pluskal* (Oesterreichische medcinische Wochenschrift, 1846 r. Nr. 30), *Neumann* (Preuss. Vereinstiftung, 1846. Nr. 28, 30 i 31; i w Canstatts Jahresbericht, 1846, t. 3 i 4, p. 312); *Hubauer* (Würtemb. méd. Correspondenz-Blatt. 1, Gazette méd. 1846, p. 350) i *Geist* (Bayer. Corresp. Nr. 13—17.

Rok 1847 wydał kilka nader ważnych rozpraw i dzieł o zgorzeli fosforowéj, między nimi pierwsze zajmuje miejsce szacowna praca. „Die Krankheiten der Arbeiter in den Phosphorzündholzfabriken, insbesondere das Leiden der Kieferknochen durch Phosphordämpfe, von Ernst v. Bibra und Lorentz Geist.“ Dzieło to po dziś dzień jest najzupełniejszym traktatem o fosforowéj zgorzelinie kości. Francuzcy uczeni *Bricheteau*, *Boys de Loury* i *Chevallier* wykazali różnice zgorzeliny fosforowéj kości od zgorzeliny wskutek innych przyczyn pochodzącéj, (Mémoire sur la fabrication des allumettes chimiques. Academie des sciences, 5 Avril 1847). Kilka lat potem *Chevallier* wydrukował oddzielnie: *Rapport* fait à l'académie de médecine, le 12 Septembre 1854 sur un mémoire de M. Caussé d'Alby, sur l'empoisounement par les allumettes chimiques; i w Annales d'hygiene et de médecine legale (Kwiecień 1856), pomieścił „Notice historique et chronologique sur l'innocuité du phosphore rouge introduit dans l'economie animale.“ W tymże 1847 r. *Meyer Hoffmeister*, pomieścił kilka obserwacyi w Schweizer Zeitschr N. F. B. III, H. I.—W 1848 r. *Blandin* (Union médicale, p. 101 nécrose de la machoire inférieure, ayant necessité l'extraction compléte de cet os) i *Hervioux* (Union méd. p. 200, de la nécrose des mâchires produite sous l'influence des vapeurs phosphorées dans la fabrication des allumettes chimiques) wydrukowali swe postrzeżenia o zgorzeli fosforowéj.

W roku 1849 Angielscy uczeni *Taylor w Nottingham* (The Lancet, Nov. t. 2 p. 498) i *Hanley* w Londynie (The Lancet, t. II, p. 529) opisali nowe wypadki choroby w mowie będącéj. We Francyi prof. *Maisonneuve* podał obserwacyę zupełnéj zgorzeli obydwóch kości

szczęki górnéj (Ablation sous-cutanée des deux maxillaires supérieurs atteints de nécrose par le phosphore, Gaz. des Hôpit. 1849 p. 218 i 1850 p. 410).

W roku 1850 *Jüngken* i *Bührig* opisali też zupełną zgorzel obydwóch kości szczęki górnéj (Deutsche Klinik, 1850 Nr. 5 i 8, oraz Schmidt's Jahrbücher, 1850 N. 66, p. 347), *Beaugrand* w Journal des Connaissances médicales pratiques (Juillet 1850, p. 400) podał obserwacyę zgorzeli szczęki dolnéj. Prof. *Virchow* też w 1850 r. opisał wypadek zupełnego odrodzenia się (regeneratio) jednéj połowy kości szczęki dolnéj, zniszczonéj wskutek zgorzeli fosforowéj (Verhandlungen der phys. medic. Gesellschaft in Würzburg, 1850 t. I w Archives gén. de méd. 4 Série. t. 27. p. 215). *Kleyworth* w the Lancet (1850, t. 1, p. 44) wydrukował jeszcze jedno postrzeżenie z tegoż roku.

W 1851 roku *Ebel* w Caspers Wochenschrift Nr. 10 i 11 zamieścił swe uwagi o wpływie fabrykacyi zapałek chemicznych na zdrowie robotników. *Mayer* w Würt. Med. Corresp. (Nr. 36) podał też kilka uwag o zgorzeli fosforowéj.

W 1852 roku zjawiły się prace: *Maschka* z Pragi o wyrobie zapałek pod względem policyi lekarskiéj (Canstatts Jahr. t. VII, p. 15), *Weiche* (Med. Zeit. v. d. Verein für Heilkunde in Preussen, N. 16, 23, 44), Geista o reprodukcyi szczęki dolnéj po zgorzeli fosforowéj (Erlangen, 1852, z 2 kolor. tablicami), i *Bigelowa* o zgorzeli i szczęki górnéj i kości nosowych (American: journal of the Med. sciences, 1852, VI. p. 82). Od 1850 roku zaczyna się nowa era w wyrobie zapałek chemicznych. *Schroetter* (w Wiedniu) dowiódł, że fosfor czerwony czyli bezkształtny, przez niego bliżéj zba-

dany, nie wywiera szkodliwego wpływu na zdrowie ludzkie jak fosfor biały, który dotychczas wyłącznie był używany do wyrobu zapałek. W r. 1851 chociaż zaczęto robić zapałki z fosforu czerwonego, fabrykacya ta jedna do r. 1855 była tylko w zawiązku, od tego jednak czasu, znajdujemy ją w pełnym rozwoju na fabrykach *Coigneťa* w Lyonie i *Camaille*, w Paryżu. Za danem hasłem przez *Schroettera*, wkrótce wystąpił cały obóz pracowników i badaczy co do sposobu działania fosforu czerwonego, mianowicie: de *Vry*, *Bussy*, *Raynal*, *Lassaigne*, *O. Henry* i *Chevallier*, wszyscy oni w zupełności podzielają zdanie swego przywódcy. *Orfila* i *Rigout* (Note sur l'action que le phosphore rouge exerce sur l'economie animale et sur l'empoisounement par le phosphore ordinaire. Académie des sciences, seance de 5 Fevrier 1856, Archiv gén. de Méd. 1856, t. I. p. 373) wykazali nieszkodliwość fosforu czerwonego przyjmowanego wewnątrz w wielkich nawet dawkach (dosis). W tymże kierunku, pojawiły się prace *Tardieu* (Etudes hygiéniques et Méd. lég. sur la fabrication et l'emploi des allumettes Chimiques. Annales d'hygién. et de Méd. lég. Juillet 1856, t. VI, p. 1), *Glenarďa* (sur la fabrication du phosphore et des allumettes phosphorées à Lyon. Gaz. Méd. de Lyon, 1856, p. 95), *Nélatońa* (Leçon linique sur la necrose des os maxillaires produite par le phosphore. (Monit. des hôpit: 17 Juillet 1856), *Kuechlera* (Gaz. Hébd. 1856, p. 188) i *Trélat*, (de la nécrose causée par le phosphore 1857, Paris). Do szacownych prac o fosforze odnieść winniśmy traktat Prof. *Mayera* (w Bonn): Ueber den Phosphor und seine Wirkung auf den thierischen Körper als Arzneimittel und Gift, —Dra *Ehrle*, Charakteristik der acuten Phosphorver-

giftung d. Menschen. W ostatnich czasach o działaniu fosforu, pisali *Herzog*, *Dankworth*, *Hauff*, *Scherer* i w. i.; w Dorpacie i Berlinie wyszło kilka inauguralnych rozpraw: de necrosi phosphorica; w roku zeszłym nauczające toczyły się rozprawy o fosforze i zapałkach w Akademii lekarskiéj w Paryżu, które w peryodycznych pismach lekarskich podane były. W piśmiennictwie lekarskiém polskiém, nie było jeszcze ani wzmianki o zgorzeli fosforowéj kości, chociaż ta straszna choroba często gęsto zdarza się w Warszawie; ostatniemi tylko czasy, wydrukowane zostały ze strony rządu prawidła dla zakładających fabryki zapałek.

Przy opisie zgorzeli kości fosforowéj, korzystać będę z przytoczonego powyżéj materyału, jak niemniéj z sześciu własnych moich postrzeżeń; dla bliższego jednak zbadania przedmiotu w mowie będącego, zwiedziłem wszystkie fabryki zapałek istniejące w Warszawie, zwracając szczególną uwagę na hygieniczne warunki, w których postawieni są pracujący na fabrykach, oraz na stan zdrowia robotników, przyczém nieomieszkałem zbadać ich dziąsła, zęby, kości, twarzy i czaszki. Bez najmniejszéj chęci ostrzeżenia kogokolwiekbądź wyznać muszę, że wycieczka ta do fabryk chemicznych zapałek, najsmutniejsze na mnie zrobiła wrażenie. Wszystkie fabryki, z małym wyjątkiem zakładu Roberta *Hirschenfelda*, pomieszczenie mają bardzo ciasne; dobra wentylacya nigdzie nieurządzona, cała procedura wyrobu zapałek, jak przygotowanie massy fosforowéj, maczanie patyczków, suszenie ich, układanie w pudełka, odbywa się w jednym małym pokoju, do którego wchodząc czuje się nieprzyjemny zapach, do zapachu czosnku pobobny, dostrzegają się białe obłoczki od ulatniania pary fosforu pochodzące,

w skutek czego oddech robi się trudnym, kaszel się wzbudza i rozwija się ból głowy. W podobnéj atmosferze robotnicy zostając bez przerwy dnie całe, nabywają niezytu płuc, następnie ulegają gruzlicy, w kościach zaś twarzy i czaszki rozwija się zapalenie, którego bezpośredniem następstwem bywa zawsze zgorzel, najczęściéj w szczęce dolnéj, lub górnéj obierając sobie siedlisko.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Guz rakowaty nerwu wzrokowego.

Obserwacya Dra Szokalskiego, Professora Okulistyki w Akad. med. chirurgicznej, Dyrektora Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

W początkach roku 1855, przedstawiono mi w Instytucie Oftalmic: w Warszawie, dziécie wiejskie czteroletnie, dobrej budowy, zdrowe i dobrze odżywione, dotknięte na lewym oku znacznych wymiarów exophtalmią, czego przyczynę rodzice wyprowadzali z silnego uderzenia, otrzymanego w skroń przed czterema lub pięcioma miesiącami. Gałka oka wystawała znacznie, powieki jednak dosyć ją przykrywały; będąc wypchnięte naprzód, nie zézowało wcale i zachowywało ruchomość zupełną; między okiem a brzegiem oczodołowym tegoż, nie można wyśledzić ani twardości, ani chełbotania, jedynie tkanka łączna była więcej wystająca i przedstawiała większą sprężystość; wzrok był zachowany w zupełności, dziecie rozróżnić mogło zegarek, rękę i t. p. przedmioty; źrenica zachowała prawidłowe rozmiary i ruchomość.

Dno oka badane oftalmoskopem, okazywało się przez środki przezroczyste prawidłowe, tylko rozgałęzienia żyły od środkowej, były więcéj rozszerzone i przedstawiały wyraźne tętnienie w czasie nacisku na gałkę.

Dziecie dosyć wesołe, skarzyło się na bóle w czole i skroni lewej przychodzące od czasu do czasu, które w ostatnich dwóch tygodniach, stały się tak mocne, iż pozbawiły dziecie snu, oddziaływając i na stan ogólny; zauważano również, że oko coraz więcéj poczyna wystawać. Wtedy błona łączna poczęła się czerwienić, puchnąć i powieki nie mogły zakryć samej gałki. Wkrótce, rogówka stała się tak nieprzezroczystą, iż nie można było rozróżnić źrenicy—a oko, które poprzednio dotknięte było światłowstrętem, stało się nieczułem, wtedyto i drugie oko uległo również podrażnieniu sympatycznemu.

Było więc widocznem, iż z tyłu gałki znajdował się guz, cisnący na nerw optyczny, bez zupełnego wszakże zniszczenia jego, ponieważ wzrok zachowywał się bardzo długo, pomimo wypchnięcia samego oka; byłem również przekonany, że guz ten nie przylegał ani do gałki, ani do samego oczodołu, ponieważ w takim razie wywarłby swój wpływ niekorzystny na ruchy samego oka, czego tu nie widziemy.

Nieobecność pulsacyi tatniakowej i brak znaków, przy guzach sprężnych naciskiem arteryi szyjnych wywołanych, jakoto twardości, trzeszczenia, chełbotania w obwodzie gałki oka, pozwalały mi przypuszczać, że mam do czynienia z guzem torbielowatym, który się rozwija w tylnéj części oka, obok nerwu optycznego, pomiędzy mięśniami prostymi.

Biorąc więc na uwagę, tak zdrowie chorego jak niepodobieństwo zachowania oka, przedsięwziąłem bezwłocznie wyłuszczenie zawartości oczodół wypełniającéj. Rozszerzywszy szczelinę powiekową przez cięcie prostopadłe do skroni i odsunąwszy należycie obie powieki, oddzieliłem drugim cięciem kolistém i głębokiem, gałkę

oka od ścian oczodołu; wprowadzony bezpośrednio w głąb rany palec natrafił na ciało twarde, wzgórkowate i ruchome. Ciało to oddzielone starannie od części otaczających cięciami strychowemi, ujęte mocnemi haczykami, zostało wysunięte ku przodowi a następnie nożyczkami zupełnie oddzielone od wierzchołka oczodołu; krwotok dosyć obfity, łatwo został powstrzymany, przez wprowadzenie kawałka lodu w głąb oczodołu i pozostawienie go tamże przez przeciąg dwóch minut.

Sposób ten niejednokrotnie przynosił mi zbawienne skutki w podobnych okolicznościach.

Badanie części odciętéj, okazało co następuje: gałka oka była zupełnie zdrowa, wszakże jeden centymetr za nią, dostrzegłem na samym nerwie wzrokowym guz okrągły, wzgórkowaty, wielkości orzecha tureckiego, w poprzek którego, na małéj przestrzeni przebiegał nerw. Powierzchnia tego guza, padała prostopadle na przebieg samego nerwu, na podobieństwo perły nawleczonéj na sznurek; osłona nerwu (neurilema) przechodziła bezpośrednio w guz, gdzie była zbitszą i więcéj przylegającą.

Miąsz samego guza był twardy, szary, włóknisty, trzeszczący na przecięciu, pod drobnowidzem przedstawiał oczka siatkowate, w pośród których widzieć można było zbiór komórek z wypustkami, zawierających jedno lub więcéj jądro; ale najciekawszą była tu obecność *właściwych elementów nerwowych* pośród rzeczonych komorek, co można było doskonale widzieć na przecięciach delikatnych w kierunku samego nerwu optycznego i w poprzek guza. Włókna nerwowe wchodzące w skład nerwu optycznego, są jak wiadomo, zebrane w wiązki, rozdzielone pomiędzy sobą przegródkami, które pocho-

dzą z przedłużenia osłonki nerwowéj w kierunku osi nerwu.

Otóż śledząc te wiązeczki na przecięciach wskazanych, można było widzieć doskonale, jak się rozchodziły wachlarzowato i nieznacznie nikły w samym guzie; daléj znów pokazywały się zebrane w jedną całość, ciągnąc szlakiem samego nerwu optycznego. Te wiązeczki nerwowe, pooddalane jedne od drugich, wskutek rozrostu samego guza, znikły nakoniec i zmarniały, gdy tenże począł się nad miarę rozwijać. Nie ulega i to także wątpliwości, że guz ten będąc natury rakowatéj, rozwijając się bardzo prędko, zniszczył same włókna nerwowe, i wtedyto nastąpiło przerwanie stosunku między samą siatkowką, a mózgiem. Lecz co jest tutaj godne uwagi to, to iż stosunek ten bardzo długo się utrzymywał, a wzrok zachowany został prawie do ostatnich chwil, chociaż już oko znakomicie naprzód było wysadzone. Rozrzucenie więc włókienek nerwowych wachlarzowato na boki, nie tamowało saméj czynności przewodzenia; ta czynność dopiero ustąpiła, gdy powiększający się guz zniszczył same włókna nerwowe.

Chociaż sam nerw optyczny, został o ile możności jak najgłębiéj odcięty, można było jednak widzieć na jego przecięciu, zabarwienie szare, wskazujące, iż zatoki ropne, ciągną się daléj aż do samego mózgu. Okoliczność powyższa pozwalała mi z góry już przewidzieć niepomyślny skutek operacyi, ponieważ widoczne było, iż guz prędzéj lub późniéj na nowo się odrodzi.

Obowiązkiem moim było wiadomość tę zakomunikować samym rodzicom. Dalsze następstwa, potwierdziły w zupełności moje rokowanie, jakto z dalszego ciągu będziemy mieli sposobność się przekonać. Oko samo,

wyłuszczone z guzem, przedstawiło na swéj powierzchni rogówkę zciemnioną, przednia komórka zawierała dużo skrzepłego płynu, a soczewka, ciało szkliste i inne błony oka, nie przedstawiały nic chorobowego. Ponieważ jednak sama operacya, podjęta została z przyczyny wyrodzenia nerwu optycznego, wypadało więc zbadać starannie samą siatkowkę, chociaż ta przy badanie oftalmoskopem nic szczególnego nie pokazywała. W tym jednak celu, rozdzieliłem gałkę oka na dwie połowy, i rzeczywiście przekonałem się, iż naczynia siatkówki były przepełnione krwią. Zaszła jednak tutaj bardzo ciekawa okoliczność, która zwrociła mą uwagę; siatkowka (retina) była zupełnie przezroczystą, w chwili przecinania; w przeciągu kwadransa, powoli stała się białawą, jak to bywa zwyczajnie u trupów, poczem w miarę zastygania tkanki oka i zmiany koloru jéj, zaczęła pod naszemi oczyma, występować *żółta plama*, któréj zrazu wcale nie było.

Brzeg przecięty błony zawinął się ku wewnątrz, a obok żółknącéj coraz więcéj plamki *Soemmeringa*, potworzyły się fałdy na powierzchni poprzednio zupełnie gładkiéj. Tak więc *zadymiony kolor siatkowki*, *plama żółta* i *fałdy pozostałe*, są to zmiany występujące w pierwszych chwilach pośmiertnych. Oftalmoskop zresztą, nie okazuje nam takowych w oku zdrowym i żywym.

Poszukiwania czynione na winowajcach, dały nam już poznać powyższe okoliczności, a postrzeżenie moje daje swieży tego dowód.

Zabliźnienie samego oczodołu postępowało tak szybko, iż w trzy tygodnie po operacyi, chory opuścił szpital. Od téj chwili aż do końca r. 1860; przez przeciąg pięciu lat, niemiałem o nim żadnéj wiadomości.

(D. n.)

SPRAWOZDANIE

Z ODDZIAŁU KOBIET EPILEPTYCZNYCH

W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE

NA ROK 1861.

SKREŚLIŁ LEKARZ ORDYUJNUĄCY,

DOKTÓR MEDYCYNY

Wilhelm Lubelski.

Oddział kobiet epileptycznych, poprzednio z sąsiednim mu oddziałem kobiet obłąkaniem dotkniętych połączony, powierzonym mi został w końcu Mca Kwietnia 1861 r. Ze względu jednakże na zwyczaj powszechnie przyjęty i przepisami uświęcony, objąłem w sprawozdaniu niniejszem cały przeciąg 1861 roku, przyczem nadmienić winienem, że wiadomość o stanie oddziału przed mojem do takowego przybyciem, zawdzięczam szanownemu koledze Frydrychowi, który przez wiele lat zarówno w tym oddziale jako i w oddziale obłąkanych ordynując, mnie, początkującego w zawodzie szpitalnym, doświadczeniem swem i radami zasila.

Jakkolwiek oddział, przedmiotem niniejszego sprawozdania będący, nosi w kontroli szpitalnéj nazwę oddziału epileptycznych, jednakże oprócz chorych padaczką

właściwą czyli pierwotną (Epilepsia genuina seu protopathica), lub drgawkami padaczkowatemi (Convulsiones épileptiformes *Brown-Séquard*) dotkniętych, znajduje się w nim kilka hysteryczek, oraz dwie inwalidki czyli nieuleczone, oddawna w szpitalu przebywające chore nerwowe.

Przeważną jednakże liczbę pacyjentek, stanowią, jak o tem w dalszym ciągu niniejszego sprawozdania obszerniéj pomówimy, kobiety nadużyciu trunków oddane, które policja znajdując bez przytomności na ulicy, do szpitala odsyła. Ztąd niekiedy jedna i taż sama chora, kilkakrotnie do Szpitala przywożoną bywa, a po wytrzeźwieniu na czas niejaki takowy opuszcza.

OBRAZ

RUCHU CHORYCH ODDZIAŁU W ROKU 1861.

	chorych
Z roku 1860 i lat poprzednich pozostało	20.
w ciągu roku 1861 przybyło	121.
Razem	141.
Z liczby téj:	
wyzdrowiało lub wyszło na żądanie	100.
przeniesiono do innych oddziałów	10.
zmarło (powiększéj części już konającemi do oddziału przyniesione)	7.
pozostaje w oddziale d. 1 Stycznia 1862 r.	24.
Razem	141.

WIEK CHORYCH.

Jakkolwiek wiadomości nasze w tym względzie są bardzo niedokładne, w przybliżeniu jednakże obliczyłem, że *chorych*,

liczących	mniéj	od lat	10 było	8.
,,	,,	,,	20	37.
,,	,,	,,	30	28.
,,	,,	,,	40	33.
,,	,,	,,	50	12.
,,	,,	,,	60	19.
,,	,,	,,	70	0.
,,	,,	,,	80	4.

Razem j. w. 141.

UKSZTAŁCENIE.

Stosunek umiejących czytać do nieposiadających téj umiejętności, wynosi 5: 10; to bynajmniéj dziwić nas nie powinno, jeżeli zwłaszcza przypomniemy sobie, że większa część chorych należała do klassy roboczéj, któréj początkowe wykształcenie tak jest zaniedbane.

Z ogólnéj liczby 141 chorych, większa część jak już nadmieniłem, uległa tak cząstkowym drgawkom padaczkowatym jako i padaczce zupełnéj, *skutkiem nadużywania trunków*. Stosunek pacyjentek tego rodzaju, do ogólnéj liczby chorych, wynosi 3: 5.—Jednakże wyznać muszę, iż ani razu chore nasze nie przedstawiały zupełnego majaczenia opilczego czyli drżącego (delirium potatorum seu tremens), pomimo że inne oznaki zakażenia wyskokowego (alcoholismus chronicus s. dyscrasia potatorum), które *Magnus Huss* [1]) z taką dokładnością opisał, niejednokrotnie widzieć mogłem.

[1]) Magnus Huss, Alcoholismus chronicus. 1852.

Przedewszystkiem mam tu na myśli nieżyt przewlekły przewodów pokarmowych i oddechowych oraz wszystkich błon śluzowych, *śpiączkę* (coma), drgawki cząstkowe kończyn, (spasmi clonici extremitatum), a niekiedy i zapalenie płuc (pneumonia potatorum), które u osób trunkom oddanych, tak zjadliwym cechuje się przebiegiem. W jednym przypadku (u choréj Strzałkowskiéj Józefy) zauważaliśmy, że przez czas trwania zapalenia płuc, drgawki i padaczka zupełnie ustały, a po ustąpieniu przypadłości zapalnych na nowo wróciły. Była to więc tak zwana pneumonia intercurrens. Wyraźnego drżenia członków (tremor artuum), jak je kilka razy mieliśmy sposobność widzieć po za obrębem Szpitala, u powierzonych mi chorych, nie zauważałem ani razu.

Drugą równie nieomal częstą przyczyną padaczki (u naszych przynajmniéj chorych) była nędza.—Już dawniéj Mulder i Moleschott [2]) a u nas kolledzy Löwenglück [3]) i Frydrych [4]) okazali, że nędza i pijaństwo w parze zesobą chodzą, a ekonomja polityczna i etiologja dowiodły, że obie te plagi rodu ludzkiego, wzajemnie z siebie wyradzać się mogą.—Z tego powodu hygieniści i patologowie (Henle, Michel Levy, Oesterlen i Virchow), zaliczają drgawki z wycieńczenia i niedostatecznego odżywiania sił powstające, do najwybitniejszych objawów tak zwanéj „maladie de misére". Już przed wielu laty fizyologia doświadczalna, dowiodła wpływu odżywiania ustroju na innerwacyę u zwierząt [5]) a w ostatnich cza-

---

2) Die Ernährung in ihrem Verhältnisse zum Volksgeist.
3) de delirio trementi, diss. Vars. 1843.
4) Rozprawa czytana na publicznem posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 1861 r.
5) Chossat sur l'inanition.

sach, przekonano się, że jedynie zapewnienie materyalnego dobrobytu uboższych warstw ludności, odzwyczaja takową od pijaństwa, zmniejsza zarazem liczbę chorobliwych następstw tego nałogu,(Morel i Guslain), — trwaléj i pewniéj od wszelkich towarzystw wstrzemięźliwości.

Wspomnieliśmy już powyżéj, że większa część chorych w oddziale naszym będących, należała do ludności roboczéj, nic więc dziwnego, że wnich objawy padaczki były następstwem pijaństwa i nędzy.

Najwyraźniejszym zapewne dowodem, wpływu odżywiania na chorobę o któréj mówimy jest 12-to letnia pacjentka Ewa Sękowska, przywieziona do oddziału d. 4 Grudnia 1861 r. Dziewczynka ta, która według opowiadania przywożących ją osób, miewała oddawna wyraźne napady konwulsyjne, na kilka dni przed przywiezieniem jéj do Szpitala, w czasie napadu wpadła w ogień, i tak mocno poparzoną została, że skóra z ramienia zeszła i prawie cały mięsień dwugłowy ramienia obnażonym został. Nadto dodać winienem, iż cały ustrój pacjentki przedstawiał wysoki stopień ogólnego wycieńczenia sił (marasmus), a władze umysłowe i mowa, były prawie w ciasnych granicach pierwszych lat wieku dziecinnego (puerilitas mentis). Szczególniéj też zasób wymawianych przez chorą wyrazów, zaledwie do kilku się ograniczał. Na grzbiecie, mianowicie w okolicy lędźwiowéj, znajdowały się szerokie rany z odleżenia pochodzące (decubitus), a skóra w około takowych bezbarwna i wyschła, nieprzyjemny sprawiała widok. Nakoniec mocz i odchody stolcowe bezwiednie oddawane były.

Wobec tak smutnych objawów, zapisałem wewnątrz przetwory żelaza i gorzkie, oraz tran; rany z odleżenia zaleciłem okładać odwarem ziół aromatycznych i od cza-

su do czasu przypiekać takowe saletrzanem srebra. Co do rany na ramieniu z oparzenia pozostałéj, takowa również opatrywaną była tymże roztworem. Już po kilku dniach zauważaliśmy, że ogólny stan zdrowia choréj znacznie się polepsza; kurcze i drgawki, które przez kilka pierwszych dni miewała, już się nie objawiają, a dzięki staranněj opiece opatrującéj chorą Siostry Miłosierdzia, wejrzenie ran na ręku i na grzbiecie robi niejaką nadzieję.

Najważniejszem jednakże postrzeżeniem, jakie nad tą chorą zrobiliśmy, jest stopniowe rozwijanie się albo raczéj adświeżanie przyćmionych władz umysłowych i mowy; jakoż już dzisiaj chora wymawia daleko więcéj wyrazów jak w początku, niekiedy nawet się uśmiecha i w ogólności coraz to więcéj życia okazuje. Dotąd jednakże nic pewnego o jéj wyzdrowieniu powiedzieć nie możemy, zwłaszcza że oznaki ogólnego wycieńczenia i zaniku (atrophia), oraz bezwład dolnéj połowy tułowia i obu kończyn dolnych, w niczem się niezmieniły.

Drgawki z utraty krwi (convulsiones clonicae ex exhaematosi), tak częste po krwotokach macicznych, widziałem tylko dwa razy. U obu chorych towarzyszyły one eklampsyi i były zwiastunami blizkiéj śmierci.

Drgawki hysteryczne (spasmi hysterici), w praktyce tak częste, w Szpitalu stosunkowo rzadziej się zdarzają, potwierdzając tem samem w pewnym względzie spostrzeżenie p. Briquet [6]), że hysterya należy głównie do tak zwanych, ,,maladies de boudoir". Tu wypada nadmienić, że u jednéj z naszych chorych, kurczom hysterycznym towarzyszył płacz serdeczny (luctus sardonieus), u innéj zaś ból w okolicy dołka sercowego (cardialgia).

[6]) Traité de l'hysterie. 1860.

Jeden przypadek drgawek cząstkowych przerywanych (spasmi clonici partiales), będących następstwem płonicy i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w wieku dziecinnym przebytych, zasługuje na uwagę ze względu, że dopóki chora niemi dotknięta, była w ciąży, kurcze te miały więcéj cechę eklampsyi. Po odbyciu nader trudnego porodu, pacjentka wróciła do naszego oddziału, a konwulsye przeistoczyły się więcéj w drgawki hysteryczne, przyczem władze umysłowe ciągle były w stanie prawidłowym. Chora dawniéj już przez niegdy Profess. Bierkowskiego i wielu innych lekarzy leczona, opuściła Szpital bez żadnego polepszenia.

Trzy przypadki drgawek, skutkiem użycia tkanin farbami ołowianemi zabarwionych (convulsiones saturninae), miałem sposobność widzieć u dwóch haftarek i jednéj kwiaciarki. Szczególniéj ta ostatnia, która kilka razy do Szpitala przybywała, nosiła na sobie wybitne cechy zakażenia ołownego (cachexia saturnina), a mianowicie ziemisty kolor twarzy, ciemne dziąsła, darcie w stawach i w mięśniach, szczególniéj w kierunku mięśni zginaczy (mm. flexores), niedostawało tylko tak zwanéj kolki ołownéj (colica saturnina), którą Tanquerel des Planches [7]), za najważniejszą oznakę tego zakażenia poczytuje. Łatwo jednakże wytłomaczyć sobie, brak tego ostatniego objawu okolicznością, że u pacyjentek naszych ołów był już w połączeniu z istotami barwiącemi, a zatem mniéj się go wydzielało w proszku i głównie zgubny swój wpływ przez skórę palców wywierał, jak to już nie-

[7]) Traité des maladies de plomb. Paris 1839.

jednokrotnie zauważali lekarze belgijscy i francuzcy u robotnic w fabrykach koronek.

Jeden przypadek epilepsyi u nałogowéj pijaczki, powikłany był ze złamaniem kości ramieniowéj i licznemi znakami potłuczeń, rozrzuconemi po całem ciele. Chora ta po krótkiem u nas pobycie i po należytem opatrzeniu w klinice chirurgicznéj, na własne żądanie wypisaną została.

Do najciekawszych przypadków, należała młoda i silnie zbudowana 20-to letnia chora *Maryanna Kozłowska*, która po odbytym należycie porodzie i pełniąc obowiązki mamki w obrębie Szpitala Dzieciątka Jezus, bez żadnéj wiadoméj przyczyny, dostała naprzód zatrzymania regularności, a następnie napadów eklamptycznych, nadzwyczajnie silnych i częstych do tego stopnia, iż ich od 3--12. w ciągu jednéj godziny miewała. Gdy pomimo zastosowanych baniek i innych środków odprowadzających (revulsiva), napady się nie zmniejszały, za poradą Koll. Frydrycha, zarządziłem upuszczenie krwi, które według metody przez mego szanow: professora Waltera (w Dorpacie) używanéj, było bardzo obfitem, albowiem kazałem choréj z obu rąk upuścić przeszło 1 funt krwi, poczem drgawki się zmniejszyły i następnie odzywały się coraz słabiéj i rzadziej. Stan ten jednakże nie na długo pozostał, albowiem do cierpienia dotychczasowego, przyłączyło się porażenie mięśnia zwieracza cewki moczowéj i samowolny odpływ uryny przy jednoczesnym kurczu ust macicznych i mięśnia strzykacza, dla których to przypadłości, chora jako wymagająca właściwego leczenia, pod opiekę kolegi Gliszczyńskiego przeniesioną została. Przypadek ten tembardziéj na uwagę zasługuje, że każdy pojedynczy napad składał się z kilku oddzielnych drga-

wek, pomiędzy któremi wracała przytomność i pacyjentka dawała najroztropniejsze odpowiedzi, będąc zaledwie lekko odurzoną.

Inna pacyjentka (Franciszka Kondracka) utraciła regularność w pamiętnym dniu 8 Kwietnia 1861 roku, skutkiem przestrachu w czasie wystrzałów na Krakowskiem-Przedmieściu. Od tego czasu napady powracały regularnie za zbliżaniem się zwiastunów czyszczeń miesięcznych, które to ostatnie wszakże nie zjawiały się. Chora przybywszy do Szpitala, była cokolwiek powolną w odpowiadaniu na zadawane sobie pytania; twarz jéj nabrzękła i bez wyrazu, okazywała początkujące przytępienie władz umysłowych (depressio mentis incipiens), jakie zwykło cechować porażenie ogólne obłąkanych (paralysis generalis insanorum). Napady eklamptyczne bardzo silne i częste, bo w ciągu jednéj doby naliczyliśmy ich przeszło 30. a każdy z nich składał się z kilku pomniejszych.—Po upuszczeniu krwi (12 uncyi z obu rąk), napady ustały i odtąd chora wcale ich nie miewa, lubo już czas drugiego peryodu przeszedł a regularność się nie ukazała. Dla dokładności dodaję, że pacyjentka przebyła u nas zapalenie nerek z białkomoczem i wodną puchliną, z których to słabości jednakże zupełnie się podźwignąwszy, obecnie w ogóle dobrem cieszy się zdrowiem, przyczem i władze umysłowe z każdym nieomal dniem się rozwijają.

Dwie co tylko przywiedzione historye chorób, zdają się wskazywać na ścisły związek, zachodzący pomiędzy nieprawidłowem zachowaniem się odchodów miesięcznych i padaczką; popierając tem samem zdanie Dra Schlagera który w sprawozdaniach Szpitala obłąkanych w Wie-

dniu [8]) utrzymuje, że przeważna liczba napadów padaczkowatych, zdarza się w czasie regularności, zwłaszcza gdzie takowa odznacza się nieprawidłowym przebiegiem. Z drugiéj strony jednakże wyznać muszę, że u wielu padaczkowatych, regularność była jak najbardziéj prawidłową, a napady powtarzały się zarówno przed jéj rozpoczęciem, jako też w czasie trwania i po ustaniu takowéj. Szczególniéj mam tu na myśli chorą Małgorzatę Baranowską, u któréj napady konwulsyjne w najgwałtowniejszéj swéj postaci (morbus herculeus), poprzedzają i towarzyszą każdemu odchodowi miesięcznemu, gdy tymczasém w innych tygodniach wcale prawie się nie zdarzają.

Z pomiędzy inwalidek oddziałowych, na szczególną uwagę zasługuje staruszka *Dorota Chechlin*, nawiedzona porażeniem drżącem (paralysis tremulans); które pp. Charcot i Vulpian, w swojéj z resztą bardzo starannéj rozprawie o tym przedmiocie [9]), niesłusznie pomięszali z porażeniem miotającem (paralysis agitans). — Chora, o któréj mówimy od lat 10 przeszło, dotknięta jest zupełnym bezwładem kończyn, przytem kończyny górne są pokurczone, co wskazuje przewagę mięśni zginaczy nad mięśniami wyprostnymi, a czułość skórna w kończynach dolnych znikła prawie zupełnie. — Co do władz umysłowych, takowe obecnie są dosyć dobre; dawniéj jednakże, o ile przynajmniéj z karty szpitalnej wnosić można, były przytępione.

Co się tyczy wpływu padaczki na władze umysłowe i tu wyznać muszę, że doszedłem do wniosków wprost

---

[8]) Aerztliche Berichte der Irren-Anstalt zu Wien 1858 str. 156.

[9]) „Sur la paralysie agitante" w czasopiśmie: gazette hebdomadaire 1861.

sobie przeciwnych. Gdy bowiem u jednych chorych (przytoczona już wyżéj Kozłowska Maryanna i Mathien, ta ostatnia pod opieką koll. Frydrycha) nawet częste napady, nie zdołały przytępić władz umysłowych, u innych spostrzegamy chociaż przy stosunkowo rzadkich objawach padaczki, różne stopnie upośledzenia umysłowego. Tak np. w oddziale obłąkanych, epileptyczna Frączka Rozalja, daje prawdziwie klassyczny obraz niedołęztwa umysłowego (idiotismus); Kołtońska Marjanna, nosi wyraźne piętno głupoty (imbecillitas) a w moim oddziale znajduje się również kilka chorych, w których rozmaite stopnie przytępienia umysłu zauważać mogłem. Z tych więc powodów, nie mogę potwierdzić zdania p. Falrel i innych [10]) którzy przyjmują oddzielny rodzaj obłąkania przy padaczce i nazywają takowy: „Folie èpileptiqne". Bywają nawet przypadki, że chore epileptyczne przybywają do Szpitala w stanie zupełnego *odrętwienia umysłu* (torpor mentis), a w miarę powracania do sił i przy zmniejszaniu się liczby i gwałtowności napadów, odzyskują uśpione pojęcia. Najwymowniéjszy tego dowód miałem na choréj *Nadolskiéj*, która z początku nieruchoma jak słup i bez woli, obecnie jest na mieście w służbie i pełni należycie swe obowiązki. Była w Szpitalu przez miesięcy trzy.

OGLĄDY POŚMIERTNE.

Dochodzenia na zwłokach kilku (siedm) zmarłych w oddziale naszym chorych, robione pod światłym kierunkiem uczonego Profess. Wisłockiego, nie doprowadziły do żadnych stanowczych wypadków. Z pomiędzy

[10]) Arch. gén. 1860. N. 12.

zmarłych, większa część ukazywała ślady dawnych cierpień mózgowych, jako to: wysięki surowicze lub wodniste w oponach i jamach mózgowia. Przytem brak krwi w mózgu, a w jednym czy dwóch razach, stwardnienie węzła czaszkowego lub też rozmiękczenie rdzenia przedłużonego.

LECZENIE.

Pomimo zadziwiających postępów terapii chorób nerwowych, leczenie padaczki na bardzo niepewnych opiera się zasadach i niewiemy czy jest choć jeden lekarz, któryby mógł się poszczycić, że zupełnie wyleczył epilepsyę prawdziwą. Co do mnie, pomimo najstaranniejszego przestrzegania wszystkich warunków, leczeniu dopomagać mających; pomimo niezmordowanéj pomocy ze strony czcigodnych Siostr Miłosierdzia, zmuszony jestem oświadczyć, że nie wyleczyłem ani jednego wypadku padaczki.—Wprawdzie udawało mi się dosyć często, zmniejszyć liczbę napadów i czas ich trwania; i tu wszakże jeden i ten sam środek, użyty w dwóch zupełnie jednolitych przypadkach, w jednym dopomógł, w drugim żadnego nie odniósł skutku. Stosuje się to zarówno do środków wewnętrznych (naparstnica, saletrzan srebra, atropina, niedokwas cynku i. t. d.), jako i do zewnątrz używanych, a mianowicie:

1.) Zawłoka na karku, zastosowana w dwóch zupełnie jednakowych przypadkach, u jednéj choréj (Wodecka Maryanna), znacznie zmniejszyła liczbę napadów; u drugiéj zaś (Sokołowska Walerya) powiększyła ich liczbę i gwałtowność.

2.) Użycie żegadła (cauterium actuale), z podtrzymywaniem ropienia przez czas dłuższy, również rzadko

kiedy i na krótko tylko pomagało. Zdaje się nawet, że działanie tego środka, ogranicza się więcéj na przestrachu, jaki widok rozpalonego żelaza na choréj wywiera, co również i dawniejsi lekarze licznemi stwierdzili postrzeżeniami.

3.) Wtryskiwania podskórne atropiny (methodus hypodermica), nie dały nam jeszcze żadnych stanowczych wypadków.

4.) Użycie elektryczności, u któréj w porażeniach z bardzo pomyślnym używam skutkiem, w padaczce pomimo zaleceń niektórych autorów nie jest usprawiedliwionem.

5.) Upuszczenia krwi tak ogólne jako i miejscowe, jedynie tylko u osób pełnokrwistych, przez czas niejaki skutecznie działają.

W końcu, lekarz ordynujący nie może nie wynurzyć ubolewania, iż w najnowszéj farmakopei szpitalnéj, pominięty został Walerianat atropiny, który to związek, (jak p. Michéa [11]) utrzymuje), dłużéj używany, prawie cudowne odnosi skutki. Niemożność zapisywania tego preparatu, jest dla mnie tem przykrzejszą, że w praktyce prywatnéj, mogłem się kilkakrotnie przekonać, o korzystnem jego działaniu w padaczce.

---

[11]) „Du pronostic de l'épilepsie et du traitement de cette maladie par le Valérianate d'atropine". Paris 1858. i „Gazette des hopitaux". 1861, N. 142, 143, 145.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

Nacieczenie rakowe ostre, prosówkowe (Carcinosis acuta miliaris).

Pod imieniem raka, *Scirrhus*, *Cancer*, *Carcinoma*, znaną była już w najwcześniejszych okresach nauki lekarskiéj, choroba właściwego rodzaju, która pod formą nowotworu (Neoplasma), zawsze nader szkodliwego dla ustroju, czyli tak zwanego złośliwego a *przewlekłego* przebiegu, napastowała różnorodne organa. Po długiém pospolicie trwaniu, rozciągającém się na lata, a najmniéj na kilka miesięcy, w którymto czasie nieszczęśliwi chorzy licznemi i częstokroć niezmiernie dokuczliwemi trapieni byli dolegliwościami, sprowadzała choroba ta, jak wiemy, ostatecznie śmierć niechybną, a najpracowitszy i najwykształceńszy lekarz, miewał tyle tylko nadziei, że śmiertelne to zakończenie użyciem dzielnych środków, na długi przynajmniéj czas odwlec zdoła. Kilkuwiekowe doświadczenie utrzymywało nas w tém przekonaniu, że przeistoczenie rakowate tkanek organicznych, nie grozi w zwyczajnym biegu, doraźném niebezpieczeństwem. Nowsze atoli staranne poszukiwania uczą nas przecież, że najzłośliwsza ta z chorób, potrafi niekiedy przybrać jeszcze niebezpieczniejszą naturę, jak sądziliśmy dotąd, t. j. że rak osiedlony w pewnym organie, przy całéj złośliwości swéj, może także *zmienić przebieg choroby i skrócić go tak dalece*, że w kilkunastu, a nawet w kilku dniach, staje się bezpośrednią przyczyną śmierci, a to bez względu na wystąpić zawsze mogące zmiany w istniejącém już poprzednio ciele rakowém, do jakich np. zaliczamy zgorzel (gangraena). Inaczéj mówiąc, za-

gnieżdżony w ustroju rak pociągnąć za sobą może, bez wiadomych do tego powodów, formę choroby szybko przebiegającéj i gorączkowéj, t. j. *ostréj*, która w krótkim bardzo czasie sprowadza śmierć chorego. Doświadczenia i przekonania tego, żadnéj wątpliwości nieulegającego, nabyliśmy w najnowszych dopiero czasach, bo w ostatnim dziesiątku lat naszego wieku. *Rokitansky* i *Wunderlich* pierwsi zwrócili na to uwagę Patologów, a *Bamberger*, *Demme*, *Köhler*, *Friedberg* i *Erichson*, stwierdzili to postrzeżenie obserwacyą kliniczną i troskliwém badaniem zwłok.

W tém miejscu zamierzyliśmy podać czytelnikom, przegląd wypadków klinicznych przez *Demme'go*, śledzonych z dołączeniem uwag jego téj choroby dotyczących, któryto autor chorobie w mowie będącéj, pierwszy przekazał nazwisko: *Carcinosis acuta miliaris*, przez wzgląd na nosologiczną analogiją téjże formy raka z gruźlicą ostrą prosówkową *Tuberculosis acuta miliaris*

Demme tak określa pojęcie téj formy rakowatéj, że pod imieniem Carcinosis acuta miliaris, należy rozumieć: *szybkie wydzielenie się obfitéj ilości tworów rakowatych, wielkości ziarnka siemienia konopnego lub grochu, i złożenie się tychże w miąższu lub na powierzchni organów, śród przypadłości gorączkowych.*

Wypadki obserwowane przez *Demme'go* są następujące:

1. *Rak oczodołu, występujący po wyłuszczeniu powtórnie w* 9 *miesięcy, poczém powstało nagłe zajęcie i zawrót głowy, tętno* 125, *nudności, majaczenie, duszność w wysokim stopniu bez właściwych zmian anatom. w płucach po* 10 *dniach, śmierć.*

Badanie zwłok: W oczodole, oprócz dawnego z przykostni wychodzącego rdzeniaka (Ca. medullare), mnóstwo maleńkich, pęcherzykowatych, również rdzeniowéj natury, gruzełków rakowych. Na opłucnéj żebrowéj i miąższowéj, wielka obfitość podobnych tworów ziarnkowatych, wyłuszczyć się niedozwalających i wieńcem nastrzykanych naczyniek okolonych. W płucach i w okolicy oskrzeli, znajdujemy także twory takie same; gruczoły limfatyczne nie-

naruszone. Twory te przedstawiają bardzo wyraźną różnicę wieku, czyli trwania swego; mniejsze wielkości soczewicy, są niewątpliwie młodsze i zawierają w sobie *tylko jądra z jądreczkami*, gdy przeciwnie większe i tém samem starsze, obok jąder mieszczą w sobie *komórki rakowate* pojedyńczo lub podwójnie ogoniaste i zalążkowe. (*)

II. Rak połyku u 58-letniéj niewiasty; dreszcze, tętno 125, *oddech* 45, *ciepło znacznie podniesione, skóra sucha, twarz nabrzękła i cierpiąca, majaczenie, górna powieka prawa obwisła, źrenice rozszerzone, tęczówka mało ruchoma, oczy słupiaste, brak apetytu, nudności i wymioty, na piersiach wysypka różyczkowa, białko w moczu; śmierć 4 dnia.*

Badanie zwłok: Osłony mózgowe krwią nastrzykane, komórki osłony pajęczowéj rdzeniowo nacieczone; w okolicy jamy Sylviusa mnóstwo cisawych gruzełków zawierających młode twory rakowate; przyrostek mózgowy powiększony i rdzeniowo nacieczony, pomiędzy błoną miękką i pajęczową, wiele małych mocno zabarwionych gruzełków, z których jeden umieszczony tuż na nerwie okoruchowym, takie same gruzełki w obfitéj ilości na opłucnéj i błonie śluzowéj oskrzeli, na błonie Glissona i otrzewnéj pęcherzowéj, równie jak przeponowej ziarnka rakowe, niemniéj na błonie śluzowéj pęcherza i jelita okrężnego, w żyle głównéj dolnéj i biodrowéj prawéj. Gruczoły limfatyczne głębsze, podobnież zajęte.

III. Mężczyzna 38 *lat liczący, przedstawiający objawy nowotworu w mózgu, w* 4*-tym tygodniu obserwacyj, po powtórnym napadzie kurczowym, przyspieszenie tętna i oddechu, kaszel z plwocinami nieżytowemi, obrzmienie śledziony, wyraz twarzy głupowaty; w* 3 *dni potém: tętno* 128, *oddech* 48, *majaczenie, żółtaczkowe zabarwienie skóry, opuchlina*

(*) W przebiegu chorób tutaj zamieszczonych, pomijamy opis przypadków długotrwałego cierpienia, jako do treści artykułu nie należących.

nóg skutkiem zakrzepu (Thrombosis) w żyle kostkowéj większéj (v. saphena major),— śmierć.

Badanie zwłok: Rak rdzeniowy w jamie Sylviusa prawéj, rakowe nacieczenie w gruczole tarczykowym i tak samo na opłucnéj lewéj, na błonie wewnętrznéj osierdzia, w miąższu wątrobowym, niemniéj na błonie śluzowéj jelit, pęcherza żółciowego, na błonie surowiczéj przepony i na powierzchni śledziony. W treści mięśni prostych i ukośnych zstępujących brzusznych (Mm. recti et obliqui descend. abdominis), bardzo liczne gruzełki rakowe – tudzież drobne na jelitach.

IV. Uchorego 28 lat liczącego z przypadami nieżytu żołądka, wystąpiły objawy gorączkowe, podobne do wyżéj podanych: duszność, kaszel, kłócie w boku, zawrót i ból głowy, biegunka, majaczenie, białko w moczu, które po 6ciu dniach zakończyły się śmiercią.

Badanie zwłok wykazało: Złogi rakowe (w postaci tworów pierwotnych), wielkości ziarnka grochu na opłucnéj po obu stronach, rozszerzające się do miąższu płuc i błony śluzowéj oskrzeli, z obrzmieniem głębszych gruczołów limfatycznych. Zakrzywienie mniejsze żołądka i otrzewna, pokryte są temi samemi złogami, a na odźwierniku dawny guz rakowy. W gruczole zażołądkowym, w sieci, na błonie surowiczéj jelita ślepego i biodrowego, na dolnéj powierzchni wątroby i w istocie korowéj nerek, gruzełki raka rdzeniowego. Dwa centimetry poniżéj zastawki kiszki ślepéj na błonie śluzowéj: miękki w naczynia obfitujący guz do raka kosmkowego (Zottenkrebs) podobny.

V. Chory 48 lat mający u którego zrobiono rozpoznanie na raka stosu kręgowego, przedstawia przypady gorączkowe: tętno 160, ciepło podwyższone, oddech przyspieszony objawy mózgowe, – śmierć.

Przy badaniu zwłok znaleziono: Komórki osłony pajęczowéj mózgu bardzo rozwinięte, wypełnione cieczą mleczną, obfitującą w komórki rakowe; na błonach

mózgowych liczne, przezroczyste ziareczka niedostatecznie stwierdzonéj natury (np. gruzełkowéj), gdy przeciwnie na powierzchni wewnętrznéj osłony twardéj mózgowéj, na półkulach obydwóch i ciałkach poczwórnych (Corp. quadrigemina), na opłucnéj lewéj i w miąższu płuca téjże strony, wyraźne twory ziarnkowate raka rdzeniowego; takie samo nacieczenie w żołądku; na rozmaitych miejscach przewodu jelit w nerce lewéj małe guzki rakowe, a w przewodzie grzbietowym kostnym, znaczny guz raka rdzeniowego.

VI. 50-*letni mężczyzna cierpiący na przypadłości zwężenia połyku, bez wyraźnych innych objawów, z wyjątkiem bólu w piersiach, bezsenności i tętna do* 100 *podniesionego, umiera po znacznem przyspieszeniu oddechu, a badanie zwłok przedstawia:*

Wielką ilość tworów rakowych w skrzepach znajdujących się w naczyniach na zasadzie czaszki (arteria et venae basilares); takież twory ziarnkowate na opłucnéj, a nawet, choć rzadko na tchawicy; w szczycie płuc stare złogi gruzełkowe; w połyku rak rdzeniowy znacznéj wielkości.

VII. Rakowe zwężenie połyku, sprowadziło śmierć chorego 58 *lat liczącego, pod przypadłościami ostrego majaczenia opilczego, a przy badaniu zwłok znaleziono:*

Nacieczenie rdzeniowe rakowe w gruczołach oskrzelowych, w gruczole tarczykowym kilka ognisk téjże natury, niezliczone guzki na opłucnych i osierdziu, około zgrubiałego nerwu przeponowego i błędnego prawego. W przedsionku prawém serca, znajdujemy wielki skrzep dawniejszy, zawierający drobne guzki rakowe. Te same twory napotykamy na błonach naczyniowych wrzekomych (adventitia membr.), na otrzewnej, na sieci, śledzionie i nerkach. Połyk w całéj rozciągłości zajęty nacieczeniem rakowem, a błona śluzowa jego pokryta drobnemi, tu i owdzie spływającemi tworami rakowemi.

Po troskliwém rozważeniu powyższych siedmiu wypadków, ośmiela się *Demme* wyciągnąć z nich uwagi ogólne, formy ostréj raka dotyczące, a które, wraz z podanemi przez innych lekarzy opisami, mogą w rzeczy saméj posłużyć jako ważne wskazówki przy obserwacyi choroby rakowéj. Uwagi te zatém, podajemy w wiernym przekładzie:

Rak w formie choroby ostrej, przedstawia się anatomicznie w rodzaju tworów ziarnkowatych, żółtawo-szarych, białych lub czerwonych, rozmaitéj wielkości (od ziarnka prosa do wielkości pestki wiśniowéj), i rozmaicie rozsypanych, t. j. albo pojedynczo, albo w gromadkach, i to tak, że niekiedy przy wielkiéj ich obfitości, gromadki te przybierają pozór większych ognisk czyli nacieczenia. Rozmaitość formy i wielkość tworów, nadaje im cechę wieku, a większe i dawniejsze poczytać słusznie można za rodzaj przejścia do formy chronicznéj raka.

Z ogłoszonych dotąd wypadków niepodobna orzec, które organa ulegają najpierwéj, czyli pierwotnie nacieczeniu ostrému, a które następstwo, to wszakże zadziwia (co stwierdza także *Bamberger*), że choroba w mowie będąca składa złogi swe zawsze na *opłucnéj*, jak niemniéj, że twory ostrego raka osiedlają się nietylko w organach zdrowych fizyologicznych, ale napastują także inne części, jak np. nowotwory rakowe dawne.

W tworach ziarnkowatych ostrego raka, wykazuje mikroskop zawsze utkanie *rdzeniowe*, nawet w tych wypadkach, gdzie rak pierwotny długotrwały do innego rodzaju téj choroby należy, a przeważną częścią histologiczną onych tworów, są: większe, okrągłe, podłużne łub wrzecionkowate, nagie ziarnka o jednem lub bilku ziareczkach, pomieszane zawsze z ziareczkami drobinkowemi (molekulare Körnchen), bez wyraźnego podścieliska (Stroma). Nowo utworzone naczyńka krwiste i złogi barwikowe, były również znajdywane. W ogólności zauważano, że różnica pomiędzy tworami ziarnkowatemi formy ostréj i złogami chronicznemi, polega na *obecności młodziutkich, zalążkowych pierwiastków* histologicznych. Wyraźnych objawów *fizyologicznego oddziałania*, złogom tym towarzyszących, dotąd niedostrzeżono. Uwagi godne są tu *skrzepy krwiste*, zawierające twory rakowe.

Pod względem składu chemicznego krwi, który w formie ostréj raka dotychczas zbadanym nie został, dodać tu wypada, że przyjęte na doświadczeniach *Andrala* i *Hellera* zakażenie w chorobie długotrwałéj, polegające na pomnożeniu włóknika, — w téj drugiéj formie zmieniać się zdaje o tyle, że skutkiem obfitych złogów ziarnkowatych, krew *pozbywa się* znacznéj ilości, a zatem *prewyżki włóknika*, przezco nawet staje się uboższą w części włóknikowe, o czém przekonywa rzadkość, i ciemna barwa krwi, niemniéj bezkrwistość ogólna i brak skrzepów. Upuszczona w 2 wypadkach krew nieprzedstawiała najmniejszéj plewki zapalnéj, a skrzep był miękki i cisawo-czerwony, z wyraźnem pomniejszeniem ilości ciałek. Wyśledzone w krwi twory rakowe, pochodzą niewątpliwie z złogów raka długotrwałego. Wedle obserwacyi *Köhlera* i *Bambergera*, wystąpić mogą złogi ostréj formy raku także *pierwotnie* t. j. bez poprzedniego cierpienia długotrwałego; wszelako ten sposob powstania pozostaje dla braku liczniejszych postrzeżeń, dotąd jeszcze wątpliwy. W wątpliwości téj utwierdza nas ta również okoliczność, że z opisów dotąd znajomych formy ostréj raka, niejesteśmy w stanie wyrobić sobie obraz objawów klinicznych téj choroby, a co ważniejsza, że do rozpoznania jéj niemamy żadnych znaków fizykalnych.

Zebrawszy przypadłości, które w znajomych dotąd przykładach choroby w mowie będącéj, statecznie występowały, widzimy, że wybuch formy ostréj oznacza się zawsze dreszczem, nagłym upadkiem sił, podniesieniem ciepła (do 32. 5° R.) i tętna do 120 — 135 w minucie, obok podmiotowych przypadów w narządzie oddechowym (złogami w płucach i oskrzelach wywołanych), którym częstokroć towarzyszyły przypadłości mózgowe. W narządzie trawienia napotykano statecznie: brak apetytu, zboczenia w odchodach stolcowych, ból w okolicy żołądka i wzdęcie żywota, nawet tam, gdzie organa tego narządu nie były bezpośrednio zajęte. W zabarwieniu skóry niewidziano żadnéj zmiany; a śmierć następowała śród nagłego ogólnego wyniszczenia ciała.

Czas trwania choroby ostréj, rozciągał się w przecięciu wedle postrzeżeń *Demmego* na 6 dni, licząc od pierwszego napadu dreszczu, który wszakże w wypadkach *Bambergera* przedłużał się do 1 i kilku miesięcy.

Sposób powstania choroby, tłómaczy *Demme* tem, że u chorych z poprzedniem długotrwałem cierpieniem, ciałka rakowe do krwi wessane, przez naczynia na cały ustrój rozprowadzone zostały, i wybuch ostry spowodować mogły; co się zaś tyczy sposobu powstania *pierwotnego raka ostrego*, niemamy dotąd żadnego wyjaśnienia.

(Schm. Jahrb. N. 1, 1862).

Dr. *Ł.*

III.

O zmianach temperatury ciała w zapaleniu płuc.

Badanie stopnia temperatury ciała, które jak wiadomo, powszechną zajmuje uwagę lekarzy klinicznych w naszym czasie, zasługuje zdaniem prefesora *Wunderlicha*, na szczególniejsze uwzględnienie przy *rozpoznaniu i rokowaniu w zapaleniu płuc.* Zmiana ciepła sądzi *Wunderlich*, wskazać może w téj chorobie różnicy, jakich żadnym innym sposobem wyśledzić niepodobna, niemniéj stanowczo rozstrzygnąć wątpliwości, zachodzące w rozpoznaniu *szczególniejszych form* zapalenia płuc, a oznaczając z większych, od innych objawów pewnością *stopień nasilenia* choroby lub z wolnienia jéj, staje się zarazem nieomylną miarą skuteczności zastosowanego sposobu *leczenia.* Termometr, mówi *Wunderlich*, poucza nas *o zapadłych w biegu choroby powikłaniach*, ostrzega lekarza o wywięzywaniu się zapalenia płuc w ciągu *innéj jakiejkolwiek* niemocy, nakoniec dodaje autor, w ciepłomierzu mamy jedyny niezawodny znak *całkowitego zejścia choroby* i powrotu do prawidłowości płuc, albo istniejących jeszcze w miąszu pozostałości chorobowych i wyradzania się *cierpień następowych.*

Pomimo jednak wysokiego znaczenia przypisywanego zmianom ciepła ciała w sprawie zapaleniu płuc, zastrzega i *Wunderlich*, że rozpoznanie téj choroby jako *takiéj*, nie może i niepowinno polegać *wyłącznie* na termometrze, którego wartość okazuje się tu dopiero przy zebraniu innych znajomych przypadłości. O ile znaki czerpane z wymiaru ciepła

ciała, rozpoznanie durzycy brzusznéj lub wysypkowéj, bardzo często same przez się ustalić są w stanie, o tyle znowu przeciwnie, zbywa im na téj pewności w zapaleniu płuc, i nabierają znaczenia prawdziwego dopiero niejako *po przebytéj chorobie*, a i wtedy jeszcze wymaga się dla uniknienia pomyłki, uwzględnienia innych stosunków np. wieku. (*) Istotna zatem wartość i pożyteczność termometru, musi być wtym razie popartą wypadkiem innych sposobów badania choroby. Poszukiwania swoje streszcza *Wunderlich* w następujących punktach:

1. Zjawiska termometrowe same przez się, nie stanowią pewności istnienia sprawy zapalnéj w płucach, która przebiegać może *bez żadnéj zmiany cieploty* ciała, albo z towarzyszeniem wszystkich możliwych stopni temperatury.

2. Z pomocą termometru jesteśmy w możności, uwzględniając inne sposoby badania, rozpoznać i *rozróżnić główne* (typowe) *formy* zapalenia płuc, do których zaliczamy: *krupowe*, *nieżytowe* i *przestankowe* (instermittens).

3. Samoistne czyli *pierwotno-krupowe* zapalenie płuc, porządnem przebiegiem najwyraźniéj cechujące się, przedstawia następujące znamiona: szybkie, niemal nagłe powstanie silnéj ciągłéj gorączki, która po upływie pewnéj statecznéj liczby dni, przy jednoczesnem wzmaganiu się miejsowéj sprawy chorobowéj, równie szybko ustępuje, a wraz z nią i sprawa miejscowa się ogranicza; poczém, śród przypadłości gorączkowych następują przeobrażenia *zwrotne*, pod postacią wyzdrawiania (rekonwalescencyj).

(*) Przy całéj jasności wykładu i trafności wyprowadzanych ztąd wniosków, niepojmujemy zaiste, co Wunderlich rozumiał pod wyrażeniem „po przebytéj chorobie, „nach Ablauf der Krankheit.“ Gdzie bowiem rzecz się toczy o rozpoznanie choroby i doniosłość przypadu semiotyczną, nierozumiemy, jak można odnosić się do *przebytéj choroby*, która rozpoznania klinicznego wcale już niepotrzebuje; również trudno pojąć, jaką pomoc rozpoznawczą podać może Wunderlichowi *wiek* chorego w sprawie zapalenia płuc, gdzie tyle innych nieomylnych znaków stoją dziś na usługi lekarzowi.

Przyp. tłómacza.

4. Krupowe zapalenie płuc *następowe*, oznacza się wprawdzie takim samym przebiegiem porządnym czyli regularnym, jednak powstanie i zakończenie téj sprawy, niema tak wyraźnego odgraniczenia jak w tamtéj.

5. Przebieg zapalenia płuc *nieżytowego*, jakkolwiek podobny i zbliżony do krupowego, przedstawia jednak znakomite różnice, jakoto: początek choroby bywa pospolicie niewyraźny i wywięzuje się z zwyczajnego, częstokroć już gorączkowego kataru, a zmiany temperatury wskazują raczéj charakter choroby *przepuszczającéj*, t. j: z wieczornem nasileniem a ranném zwolnieniem gorączki, jakto np. widzimy w durzycy brzusznéj. Nasilenia wieczorowe bywają mocniejsze od tychże w zapaleniu płuc krupowem, i podwyższają niekiedy ciepło ciała w wypadkach nieco tylko cięższych, do 32 stopni. Czas trwania zapalenia tego rodzaju, bywa pospolicie dłuższy jak w zapaleniu płuc krupowem, a krótszy jak w durzycy brzusznéj. Gorączka nie przełamuje się również tak wyraźnie i szybko, ale zmniejsza się powoli, nieznacznie, czego dowód mamy w dłuższych okresach zwolnienia i krótszych nasilenia, a niemniéj długo przeciąga się okres wyzdrowienia.

6. Najiawniéj okazuje się wartość wymiaru ciepła w formie zapalenia płuc *przestankowéj*, którą stanowczo oznacza, czy sprawa ta zachowuje pewny porządek w przestankach, czy nie. W formie téj, opada termometr w czasie przebiegu saméj choroby do stopnia prawidłowości, a przynajmniéj bardzo blizko tejże, pozostaje tak przez godzin 12—24, poczem wznosi się znowu szybko do wysokości temperatury poprzedniego napadu.

Rozróżniamy 3 *rodzaje* czyli *postacie* zapalenia płuc przestankowego. Przestankowanie pierwszego rodzaju polega na tem, że w okresie wywięzywaniu się zwątrobienia płuc, przypadłości czynnościowe, ogólne i podmiotowe miejscowe, kilka razy (najczęściéj 2 lub 5 razy) łagodnieją czyli zwalniają się, gdy jednocześnie sprawa anatomiczna miejscowa pozostaje niezmieniona albo nieznacznie tylko się zmniejsza. W drugim znowu rodzaju, po kilku dniach trwania prawdziwego na pozór zapalenia krupowego, *ustępuje czasowo* obraz

choroby zapalnéj, i pojawia się znowu zaraz nazajutrz powtórnie silna gorączka, z równoczesnem wzmożeniem się zmian miejscowych obok *trwania zmian poprzednio złożonych*, co 2 lub trzykrotnie powtarzać się może. W trzecim nakoniec wypadku przestankowania, ulega za każdym nowym napadem nasilenia, *nowa część płuca* niekiedy nawet odległa, zmianom anatomicznym właściwéj choroby, podczas kiedy miejsca poprzednio chorobą zajęte, przedstawiają znaki *przeobrażenia zwrotnego* w kierunku prawidłowego zakończenia sprawy zapalnéj, *pneumonia erratica.*

Miarowość przestanków (typus intermissionis) w chorobach tego rodzaju, która najczęściéj wydarza się w wypadkach pierwszéj formy, bywa zazwyczaj *trzeciaczkową* lub *czwartaczkową* (tertianus v. quartanus).

7. Badania termometrowe niepodają nam w zapaleniu płuc *bezmiarowem* (atypica pneumonia), żadnéj wskazówki przy rozpoznaniu. Niektóre wypadki tego rzędu (bezmiarowych), jako zapalenia płuc z wątrobieniem szarem, traumatyczne, krwotokowe, surowicze, posokowe, gruzełkowe, zrazikowe, mogą czasem przebiegiem swym zbliżyć się do miarowości zapalenia krupowego i nieżytowego; wszakże zboczenia biegu ich są tego rodzaju, że niedopuszczają pewnego ustalenia.

Często bardzo dostrzegamy w tych chorobach zwolnienie gorączki, niekiedy nawet zupełne, na jakiś czas, pomimo że zmiany anatomiczne ciągle swoją drogą postępują; a ciepłomierz staje się nam tu o tyle pożytecznym, że wskazuje każde pogorszenie lub polepszenie choroby.

8. Stopień ciepłoty ciała, daje nam najpewniejszą miarę *gwałtowności* choroby, mianowicie stanowczym jest wypadek badania termometrowego w samoistnem zapaleniu płuc, w którém wysokość 32° ciepłomierza jest dowodem gwałtownéj siły choroby, a 31½° i poniżéj, oznacza łagodny stan cierpienia.

W innych formach zapalenia płuc, przypadłość 32° daje zarówno znak ciężkiéj choroby, gdy tymczasem do wyrokowania o łagodności niemocy, oprócz niższego stopnia ciepła wymagane są tu jeszcze inne ogólne warunki stanu choroby.

9. Termometr podaje lekarzowi najiawniejszy i nieomylny dowód *polepszenia* i *pogorszenia się* choroby, pomyślnego lub niebezpiecznego zwrotu jéj, niemniéj skuteczności użytych środków.

10. Występujące w przebiegu zapalenia płuc powikłania, oznaczają się: niespodzewanem i formie choroby nieodpowiedniem wzmożeniem się temperatury chorego, albo opóźnionem lub przerwanem ustępowaniem przypadłości gorączkowych, albolitеż jednostajnie podniesioną ciepłotą w chwili pomyślnego przeobrażenia zmian anatomicznych miejscowych, niekiedy także kilkoma rzeczonemi zjawiskami razem.

11. Za znak powstania zapalenia płuc *następowego* w przebiegu innéj pierwotnéj choroby, poczytujemy: podwyższenie ciepłoty, które w ciągu rozwijania się nowéj sprawy potologicznéj albo się wzmaga, albo na jednym utrzymuje stopniu, a nawet i zniżyć się może. Dodać tu wszakże wypada, że przypadłość ta podwyższenia ciepłoty, jakkolwiek dosyć często, jednak nie zawsze statecznie występuje. W każdym jednak razie, gdzie sprawa następowa obfitsze powoduje złogi, podnosi się ciepło, zbliża do 32° i utrzymuje się w tem podwyższeniu przez czas wzmagania się sprawy wysiękowéj.

12. Czém wybitniejsza i mniéj powikłana forma zapalenia płuc, tem jawniéj i wyraźniéj zaznacza się chwila *zakończenia sprawy wysiękowéj* zmianą termometrową, a to tak, że w przeciągu dwóch lub *jednego dnia*, a niekiedy *kilku godzin już*, stopień ciepła spada do prawidłowości, a nawet i niżéj. Jestto chwila pomyślnego zwrotu choroby, w któréj przy ograniczeniu się sprawy wysiękowéj, uspokaja się oddech, zwalnia liczba tętna i chory doznaje miłego uczucia ogólnéj ulgi.— Późniéj, bo dopiero drugiego lub trzeciego dnia po zniżeniu się ciepła ciała, wykaże badanie fizykalne przypady rozdzielania się wysięku.

13. Dowód *zupełnego wyzdrowienia* po zapaleniu płuc, stanowi jedynie i wyłącznie, *prawidłowy* i *stale utrzymujący* się stopień ciepła ciała.

(Archiv d. Heilk. III. 1). Dr. Ł.

III.

O tumorach czyli guzach w jamie brzusznéj z przeważném uwzględnieniem części dyagnostycznéj.

WYKŁAD PROF. OPPOLZERA.

Pomimo olbrzymich postępów, jakie uczyniła w ostatnich dziesięciu latach diagnostyka chorób ustroju ludzkiego, rozpoznanie guzów brzusznych niedoszło jeszcze do tego stopnia doskonałości, aby innym gałęziom téj sztuki sprostać mogła. Rzecz jasna, że nauki o nowotworach w ogóle, a szczególniéj o tych, które się napotykają w żywocie, dopóty była źródłem sporów, hypotez i błędnych zdań, dopóki pochodnia patologicznéj anatomii badaczom klinicznym nie zaświeciła. Uderzającem jednakowoż jest, że i po dziś dzień jeszcze, kolledzy temu przedmiotowi mniej poświęcają uwagi, aniżeli zasługuje.

W przypadkach obrzmiałości brzusznéj zadowalniamy się pospolicie *ogółowym rozpoznaniem* na samem oglądaniu i powierzchownem tylko obmacaniu opartem, — podczas gdy ścisłe orzeczenie o naturze i miejscowości nowotworu, zostawiamy zazwyczaj na dobrą wolę indiwidualnego, najczęściej nieuzasadnionego zdania każdego lekarza. Przyczyna tego, leży wprawdzie w wielu wypadkach w niezaprzeczonéj trudności badania, poczęści zaś w braku dostatecznej zręczności, a niekiedy poprzestajemy na przekonaniu niewyleczalności guzów.—Do tego wreszcie przyszło, że rzadko zadawano sobie pracę, należytego wybadania zawikłanych stosunków i zatrzymywano takie rozpoznanie, które najwięcéj *prawdopodobieństwa* przedstawiało; ztąd poszło, iż w niektórych wypadkach rozpoznawano raka,

gdzie dokładne badanie wykryło nowotwór łagodnej natury, albo zdrożną nerkę i t. p.

Patologicznej anatomii zawdzięczamy możność lepszego poznania zmian chorobowych trzewiów; ona też powinna być *podstawą nauki* o guzach, jeżeli ta nabyć ma piętna prawdy, nie zaś wznosić się na chwiejnéj podstawie przesądnych wiadomości. Przedewszystkiem, wypadało przez badanie trupów dojść do należytego pojęcia o zmianach *dotykalnych* i *widocznych*, które się okazały w różnych obrzmiałościach brzusznych. Przez niezmordowane poszukiwania doszliśmy pomało do dokładnej znajomości tworów chorobowych, a przez zebranie licznych pośmiertnych opisów z dokładnemi zjawiskami za życia, będziemy dopiero w stanie skreślić obraz samego przebiegu choroby. Jeżeliśmy obecnie znaczne uczynili postępy wrozpoznaniu guzów brzusznych, zawdzięczamy bez zaprzeczenia najwięcej patologicznej anatomii; ręka w rękę znią musiało postępować doświadczenie kliniczne, ażeby zjawiska chorobowe dokładnie odróżnić i zgodność ich z opisem pośmiertnym stwierdzić.

Anatom ma przed oczyma zmianę materjalną, *łożysko* choroby; lekarza zaś jest rzeczą, zjawiska chorobowe za życia zbadać, odpowiednie zmiany czynności jasno uchwycić, i z kombinacyi tych czynników, podać stósowny *obraz choroby*. Wyznajemy, iż przez długie lata, w których napotkaliśmy mnóstwo materjałów klinicznych, ze szczególnem zamiłowaniem oddawaliśmy się rozpoznawaniu nowotworów brzusznych. Trudności były niemałe, a zamiarem naszem było: staranne zbadanie zmian chorobowych w organach na sobie i obok siebie położonych i wzajemnego ich stosunku, ażeby to, co się za życia widziało, porównać gdzie można z wypadkiem oględzin pośmiertnych. Stateczne powtórzenie się jednych i tych samych przypadłości, daje dopiero możność poczytania tych zjawisk za prawidło stałe i pewne, które lekarzowi przy łożu chorego nadać ma punkt oparcia przy rozpoznaniu. Przez czas i wielkie prace zdobyte wypadki, są bardzo pocieszające; wyznajemy, że obecnie doszła nauka o guzach brzusznych, częścią przez nasze, częścią przez obce poszukiwania do téj doskonałości, do jakiej fizyczny sposób badania doprowadzić dozwala. Dziś

już, możemy w wielu wypadkach podać pewne, na zasadzie dodatnych oznak, objaśnienie o naturze jakiegobądź nowotworu brzusznego. W innych zaś razach, gdzie drogą dodatnią do rozpoznania dojść jeszcze nie jesteśmy wstanie, możemy przynajmniéj, metodą wykluczenia, oznaczyć pewny stopień prawdopodobieństwa dyagnostycznego. Jakkolwiek wiemy, iż ten sposób okazuje się często niedostatecznym, i tylko w wypadkach *wyjątkowych* chwytać się go należy, jednakowoż zwrócić należy uwagę, iż często właśnie przy nowotworach brzusznych, starać się musimy koniecznie tylko sposobem *wykluczającym* stosowne zrobić rozpoznanie, ponieważ mnogość organów często staje na zawadzie nawet wprawnemu lekarzowi klinicznemu opierania się przy rozpoznaniu na rezultacie badania fizykalnego. Oprócz wprawnej ręki, wymaga się tu jeszcze pewności, bystrości i talentu porównawczego, których jednakowoż w klinice nabyć nie można. Nakoniec bywają zdarzenia, gdzie pomimo najścislejszego badania, zpewnością nie da się powiedzieć, jakiej natury i z jakiego narzędzia bierze nowotwor swój początek, natenczas zadowalniamy się tylko *zbliżonem* rozpoznaniem, które dalszym przebiegiem choroby stwierdzone być winno, a bardzo rzadko tylko, zostawiamy rozpoznanie w zawieszeniu.

Powiedzieliśmy już wyżéj, iż wiele trudności zwalczać było potrzeba, dopóki nauka o nowotworach brzusznych nie dosięgła stopnia doskonałości, na jakiem się obecnie znajduje, i dziś jeszcze uznajemy wszystkie trudności, jakie spotykać musi lekarz mniej do badania wprawny, nawet w wypadkach niezbyt zawikłanych.

Rozmaita grubość ścian brzucha, mnogość trzewów, ich względna niestałość położenia, przemienna ilość części stałych, płynnych i gazowych w jelitach, wszystko to są przyczyny, które badanie utrudniają, a niekiedy czynią je niepodobnem.— Opierając się na doświadczeniu, podajemy następujące wskazówki:

Często po *pierwszem badaniu nie można być pewnym* czy jest jakiś nowotwór, jednakowoż to niepowodzenie nie powinno nas odstraszać od powtórnego badania. Najwprawniejszemu przytrafia się, iż dopiero po kilkakrotnych starannych poszukiwaniach, wyjaśniają się wyobrażenia, a miejsce samych przypu-

sczeń zastępuje pewne przekonanie.— Następnie, należy badać chorego w *różnych położeniach ciała*, gdyż stósownie do prawa ciężkości, pozycya ciała stojąca, leżąca lub siedząca, wykaże rozmaitości co do miejscowości guzów i zależnych od nich zmian chorobowych.

Pomimo całej trudności, jaką napotykamy w diagnostyce guzów brzusznych, niepodobna zaprzeczyć wysokiej wartości jej przy *rozpoznaniu* i *leczeniu*. Tak dla pacyenta jako i lekarza, jest rzeczą nazbyt ważną wiedzieć z pewnością, jakie będzie zakończenie tego lub owego nowotworu, czy po dłuższym lub krótszym czasie nie nastąpi pogorszenie, i czy chory bez trosk swoim zatrudnieniom oddawać się może w tém przekonaniu, że jego cierpienie nie grozi niebezpieczeństwem. — Leczenie znowu, zależy po większej części od prawdziwości rozpoznania, a doświadczenie uczy, że w gałęzi potologii, treścią rozprawy będącej, możemy pod względem leczniczem *więcéj działać*, jak się dotąd zdawało, gdyż np. są guzy, które po użyciu stosownych wód mineralnych, usunięte być mogą.

W wypadkach *niewyleczalnych*, gdzie stanowczo przekonani jesteśmy, iż zdrowia choremu nie powrócimy, udaje się nam przecież, stan jego nieco poprawić, cierpienia zmniejszyć, i od bezskutecznych, męczących metod leczenia uwolnić, nic tam nie psując, gdzie nic naprawić nie można.

Zanim przejdziemy do wyłuszczenia fizycznej metody badania guzów brzusznych, chcemy utrwalić stanowisko, które przy cierpieniach tego rodzaju zajmujemy, i które za jedyne do celu prowadzące uważamy. Bezskutecznem byłoby, opierać dyagnostykę guzów brzusznych na podstawie *jednéj* nauki t. j. patologicznej anatomii; i jeżeli ta nauka uniknąć ma zarzutu jednostronności, należy powołać więcej czynników do współdziałania, których wypadek stanowić winien lekarzowi pewny tryb postępowania, a którego przy łożu chorego z uwagi spuszczać się niegodzi.

Za najgłówniejszą i niezbędną potrzebę, uważamy znajomość *topograficznéj anatomii* żywota, za pomocą niej tylko bowiem, można rozeznać małe nawet zboczenia od stanu prawidłowego. Później dopiero, następuje jako istotna pomoc, znajo-

mość potologicznej anatomii, która poda objaśnienia do pewnego stopnia dostateczne, o zmianach chorego organu.

Wprawdzie w obecnym czasie pomocnicze jej środki jeszcze nie są tak doskonałe, ażeby przy każdem zboczeniu fizygologicznem mogła wykryć materyalne łożysko, ale przy guzach, gdzie napotykają się grubsze materyalne przeistoczenia, tu własnie zajmuje patologiczna anatomia wartość dostatnią.

Trzecim punktem widzenia, który był skazówką do złożenia wcałość nauki o guzach żywota była *obserwacya kliniczna*, t. j. doswiadczenie. Bez wątpienia, wiele błędów które się zakradły do tej nauki, pochodzi po części ztąd, iż w braku dokładnego doświadczenia, uważano zjawiska chorobowe społem pojawiające się, jako stałe, i z niewielu wypadków wyprowadzano ogólny wyrok.

Z wykładu naszego, wykluczamy rzecz o przepuklinach, jako wyłącznie do chirurgii należącą.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Dr. *Rozenzweig.*

IV.

O wdechaniu wód mineralnych.

Wiadomo zapewne czytelnikom naszym, że już przed kilku laty Dr. *Sales-Girons*, zalecał skuteczność wdychania wód niektórych mineralnych, rozdrobnionych do najsubtelniejszego deszczu, które tym sposobem, nietracąc nic z swoich własności mineralnych, działać bezpośrednio mogły na organa oddechowe. Tym sposobem chciał on skutecznie zastąpić urządzone już dawniéj w niektórych zagranicznych zakładach kąpielnych, tak zwane *Vaporaria*, lub też Sale do inhalacyi. Co więcéj, Dr. *Girons* kazał zbudować w fabryce *Chariera* mały przyrząd przenośny, dozwalający używać go w prywatnéj praktyce lekarzom. Dr. *Gavarret* przedstawiając go w Maju 1860 r. na posiedzeniu Akademii, zalecał go jako łatwy w użyciu i mogący niezaprzeczone oddać usługi cierpiącym.

Myśl ta, rzucona pośród uczonego Areopagu, wywołała niesłychanie zajmujące dyskussye i dalsze doświadczenia biegłych patologów i chemików. Po dziesięćkroć w przeciągu roku 1861 na posiedzeniach Akademii medycznéj wznawiane odczyty i toczone rozprawy, w których koryfeusze sztuki żywy brali udział, wskazują, jaką przywiązywano wagę do gruntowego zbadania istotnéj i możebnéj skuteczności leczenia pomienionym sposobem, tak powszechnych i rozlicznych a ważnych zboczeń narządu oddechowego.

Nie naliczylibyśmy broszur i artykułów drukowanych w téj materyi po różnych dziennikach specyalnych francuzkich, listów otwartych pełnych tekstu i bystrości autorów, jak pp. *Pietra Santa*, *Fournié*, *Tampier*, *Auphan*, *Demarquay* i innych.

Otoż dziś, kiedy już uczone grono po wyczerpaniu licznych argumentacyi, i odczytaniu raportu sprawozdawcy, powiedziało

prawie ostateczne swoje w tym względzie zdanie, nie odrzeczy zdaje mi się będzie, podać treść rzeczy, na czem stanęły niniejsze dyskussye.

Na cztery postawione kardynalne pytania, takie są odpowiedzi:

1. Czy płyny subtelnie rozdrobnione dostają się do dróg powietrznych? Doświadczenia p. Demarquay na człowieku i na zwierzętach, poszukiwania pp. Moura-Bourouillon i Tavernier, próby wreszcie p. Henry na króliku i świni, nie zostawiają żadnéj wątpliwości co do dostawania się wody rozdrobnionéj do dróg powietrznych.

2. Czy płyny rozdrobnione ziębną wychodząc z przyrządów rozpryskujących też płyny?

Jakkolwiek niezaprzeczenie tak jest, jak utrzymuje p. Pietra-Santa robiąc doświadczenia u wód siarczanych w Eaux Bonne, że wody mineralne mogą doznawać znacznego oziębienia przez sproszkowanie, zwrócić jednak na to uwagę należy, że nie ma na to ogólnego prawa, i że w tego rodzaju doświadczeniach, trzeba zawsze oznaczyć ściśle warunki, w których się je stawia. Dodać również wypada, że gdy zanurza się kulka ciepłomierza w mięszaninie powietrza i wody wpył rozbitéj, nie mamy właściwéj temperatury tejże wody. Należy więc, dla zapobieżenia oziębienia w salach do wdychania przeznaczonych, żeby powietrze nasycone było parą wody, (co powinno bezustannie mieć miejsce) i aby temperatura jéj była cokolwiek wyższą, jak wody używanéj do rozdrabniania.

3. Czy wody siarczane zmieniają się wskładzie swoim chemicznym przez rozdrobnienie?

Zbierając wodę z tego drobniutkiego deszczu mineralnego w naczynie, i poddając ją następnie rozbiorowi, zmniejszenie pierwiastków siarczanych znaczną jest istotnie; lecz wiadomo jest z drugiéj strony, jak szybko wody siarczane zmieniają się w zetknięciu z powietrzem zwyczajném. Wskutek tego, ostateczne rezultata jakie posiada nauka, nie są pewne i nie można spodziewać się dojść ściśle stosunku pierwiastków siarczanych zostających w wodzie rozdrobnionéj, jak przez zbieranie jéj w chwili osiadania.

Rozczyn kwasu siarko-wodowego traci przez pulweryzacyą znaczną ilość tego gazu, chociaż rozczyn nie zbyt jest skoncentrowany; stratę tę jednak wczęści przypisać należy ulatnianiu się kwasu siarkowodowego do otaczającego powietrza.

Woda d'Enghien i prawdopodobnie wszystkie wody zawierające kwas siarko-wodowy, tracą przecięciowo 60 na 100 tego pierwiastku siarczanego; wody zawierające siarkan sody, jak Pyrenejskie, niezmieniają się zupełnie, lub bardzo mało przez rozdrobnienie.

Utrata pierwiastku siarczanego, mniejszą się zdaje przy używaniu przyrządu pana Sales-Girond, jak przyrządu p. *Mathien*.

4. Czy można przy dzisiejszym stanie wiadomości naszych, oznaczyć skutki lecznicze wdychania płynów rozdrobnionych?

Dr. Auphan studjował przez 2 lata skutki wody rozdrobnionéj na organizm zdrowy lub chory, i oto treść rezultatów wypływających ze ściśle obserwowanych faktów:

a. Wdychania mineralne dobrze zastosowane, są niezmiernie korzystnemi w leczeniu chorób narządu oddechowego.

b. Sposób, który polega na wdychaniu wody mineralnéj w stanie rozdrobnionym, według przepisu p. Sales-Girons, wpewnych razach ważne może oddać usługi.

c. Woda rozdrobniona używaną jest bardzo skutecznie przeciwko zapaleniom błon szluzowych gardła, chronicznym cierpieniom krtani, i zwątrobieniu płuc, jeżeli nie ma jednocześnie gruzełków płuc.

P. *Demarquay* i jeden z najznakomitszych członków Akademii *Troussau*, używają od dość dawna już płynów lekarskich rozrobnionych, do leczenia cierpień chronicznych przełyku i krtani, i oświadczają, że otrzymali zapomocą tego leczenia, pomyślne rezultata.

Jednym słowem, sale do wdychania, są uważane przez jednych jako potężny środek w leczeniu chorób piersiowych, przez innych, za szkodliwy w większéj ilości wypadków.

Jest więc wielka niepewność co do skutków leczniczych wód mineralnych rozdrobnionych. Nowe poszukiwania, fakta dobrze obserwowane przez biegłych lekarzy, niezbędnemi nadal jeszcze będą, aby komissya i Akademia mogła stanowczo orzec co do tego ważnego pytania.

Dr. *Stummer*.

V.

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Pierwsze posiedzenie Tow. Lek. dnia 7 Stycznia 1862 r.

(*Wyjęto z protokołu Sekretarza Tow. Lekar.*)

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego (administracyjnego) posiedzenia. Złożono nadesłane przez Dra *Kościakiewicza* (członka kilku Tow. Nauko.) z Francyi (zamieszkałego w mieście Rive de Gier, dpt. Loire) 3 numera gazety lekarskiej w języku hiszpańskim, tudzież 6 jego rozpraw wydanych w językach hiszpańskim i francuzkim. Z 3-ch z pomiędzy tych rozpraw, sprawozdanie przedstawi kol. *Korzeniowski.*

Złożono nadto, odezwę Towarzystwa lekarzy Kijowskich w języku rossyjskim, w przedmiocie projektowanego zjazdu naukowego lekarskiego.

Z powodu odłożenia na czas późniejszy, publicznego posiedzenia, które według wyraźnego brzmienia ustawy Towarzystwa, przypadałoby na drugą połowę Stycznia, a po którem bezpośrednio na następnem posiedzeniu, należałoby przystąpić do nowego wyboru rocznych urzędników, postanowiono wybory te odłożyć do czasu, w którymby również i publiczne posiedzenie mogło mieć miejsce.

Następnie Sekretarz *stały* (Kol. *Szokalski*) zdał sprawę z czynności komitetu wyznaczonego w przeszłem posiedzeniu do obmyślenia najwłaściwszego sposobu, wydawania na przyszłość *Pamiętnika Towarzystwa* i przedstawił warunki, na jakich dotychczasowy nakładca, życzyłby nadal zachować własność tego pisma, a nakoniec, poddał uwadze towarzystwa następujące wnioski:

1. Ażeby ze względu na powody przedstawione przez pp. *Kaufman* i sp. zgodzić się na zmniejszenie umówionego z temiż nakładcami *honorarium* na przyszłość do rs. 125.

2. Wspomnione honoraryum łącznie z zasiłkiem rządowym udzielanym Pamiętnikowi w ilości rs. 150 czyli razem rs. 175, ofiarować jako roczne wynadgrodzenie przyszłemu Redaktorowi Pamiętnika.

3. Pozostać na przyszłość przy wydawaniu poszytów miesięcznych, z którychby 12 stanowiło 2 półroczne tomy.

Obecni w posiedzeniu Członkowie, w dostatecznej do prawomocnego głosowania liczbie zebrani, zatwierdzili powyższe wnioski, poczem *jednomyślnością głosów obrali* Redaktorem kol. *Łuczkiewicza*, który wybór ten przyjął.

Kol. *Szokolski* zwrócił następnie uwagę na tak licznie w obecnym czasie (przy rozpowszechninoem użyciu machin rolniczych), zdarzające się przypadki uszkodzeń ciała z nieostrożnego obejścia się z temi machinami wynikające. Kollega zaproponował, ażeby Towarzystwo, ze stanowiska lekarskiego, zajęło się tak ważnym dla kraju przedmiotem, a przedewszystkiem, ażeby starało się zebrać dostateczne *statystyczne wiadomości o sposobach* i *rodzajach uszkodzeń* i na mocy tychże, obmyślić *wskazanie środków skutecznego uchronienia ludności* wiejskiej od podobnych przypadków, a to, celem zwrócenia na ten przedmiot uwagi właściwej władzy krajowej. Na wniosek kolegi, Towarzystwo poruczyło przygotowanie materyałów do wywiązania się z tego zadania komitetowi, złożonemu z kollegów: *Szokalskiego*, *Groera*, *Korzeniewskiego*, *Sciborowskiego*, *Łuczkiewicza* i *Chwata*.

Kol. *Bącewicz*, zwrócił uwagę na przypadki śmierci, w okresie połogu następującej niekiedy bardzo nagle, wśród objawów chorobowych niedostatecznie usprawiedliwionych poprzednim przebiegiem choroby. Przed 2-ma laty, kollega wezwany był na naradę przez kolegę *Rosenthala* do chorej starozakonnej, około 6-go dnia po porodzie, przedstawiającej abjawy lekkiej *metroperitonitis*. Użyto miejscowych krwi odciągnień, tudzież wcierań szaruchy. Przyłączyła się wycieńczająca biegunka, a w 40 godzin śmierć nastąpiła.—Przed niedawnym czasem, kolega przyzwany był do chorej starozakonnej w Mokotowie,

przedstawiającej 5-go dnia po porodzie, znaki gwałtownego zapalenia otrzewnéj. Kolega polecił upuścić krwi unc: viij, przepisał emulsyą i kalomel do wewnątrz, a w 5 godzin po wenesekcyi radził przystawić na brzuch pijawek 20. Nazajutrz rano, znalazł kolega małą tylko ulgę. Zalecił powtórzenie krwi upustu, przystawienie kilkunastu pijawek na brzuch i wcieranie szaruchy. Następnego dnia, poprawa w stanie chorej była widoczna. Wymiotów nie było, brzuch mniej bolesny, twarz obiecująca. Skutkiem narady z kol. *Flamm*, przepisano smarowanie brzucha roztworem saletranu srebra. Wkrótce atoli, zastąpiła zmiana w obrazie choroby. Rozpoczęła się biegunka, brzuch zapadł, nastąpiła niespokojność, trwoga, pragnienie wielkie i śmierć.

Kol. *Gliszczyński* opisuje również fatalny przypadek przed kilką dniami przez siebie obserwowany. Poród nastąpił w 9-ym mies. ciąży, chora z powodu przodkującego łożyska dużo krwi utraciła; pod wieczór po porodzie, miała się nie źle, ale tętno 36 razy na ¼ minuty uderzało. Przepisano naparstnicę. W nocy o god. 3-ej przywołany kolega, znalazł brzuch wzdęty, bolesny. Macicy trudno było dokładnie wyśledzić i język schnący, stolce zaparte, odchody połogowe bardzo obfite. O 10-ej rano chora była konającą; kolega uważa za przyczynę śmierci, zapalenie żył mácicznych z następczym zatorem w płucach.

Kol. *Groër* w przypadku kol. *Bącewicza* widzi obraz czystego zapalenia otrzewnej i następczą gangrenę.

Kol. *Neugebauer* przystępuje do zdania kolegi Groera.

Kol. *Bącewicz* dobre wejrzenie chorej w czasie nastąpionej tak znacznej ulgi, uważa za znak sprzeciwiający się przypuszczeniu gangreny.

Kol. *Łuczkiewicz* oświadcza się również przeciw przypuszczeniu gangreny, z powodu, że ta wyśledzoną i rozpoznaną nie była. Sądzi kolega, że śmiertelne zejście, daje się tłumaczyć jako skutek zapalenia żył macicy i następną embolją, biegunkę uważa jako przypadłość bez stanowczego wpływu na tak niepomyślne zejście choroby.

Kol. *Korzeniowski* uważa to zejście, jako skutek trombozy żył. Kol. *Groer* w opisie kol. *Bącewicz* nie widzi obrazu choroby akuszeryjnej w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, ale ra-

czej czystego zapalenia otrzewnéj, a zatem oświadcza się przeciw przypuszczeniu zapalenia żył macicy.

Kol. *Janikowski* (młodszy) pod względem prognostycznym, nie przypisuje biegunce w chorobach połogowych złego znaczenia, gdy przeciwnie *Seyfert* w Pradze, oparł metodę dosyć pomyślnego w skutkach leczenia gorączki połogowej, na pobudzeniu stolcowych wypróżnień za pomocą środków czyszczących.

Kol. *Korzeniowski* zakłada użyteczność środków przeczyszczających po porodach, na oswobodzeniu kiszek od nagromadzonego wnich kału.

Kol. *Braun* podaje, że leczenie środkami przeczyszczającemi, opiera się na obserwacyi naturalnego zejścia pomyślnych przypadków gorączki połogowéj.

Kol. *Neugebauer* przypomina, że środki te, zalecone zostały głównie jako wspierające wessanie utworzonych wysięków.

POSIEDZENIE DRUGIE

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(z dnia 21 Stycznia 1862).

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia, w dalszym ciągu dyskussyi o gorączce połogowéj, p. *Bącewicz* przeszedł jeszcze pokrótce przypadłości wypadku, opowiedzianego przez siebie na poprzedniem posiedzeniu, dla zbicia wyrzeczonych wówczas przypuszczeń niektórych kolegów, chcących ten wypadek objaśnić.

Przeciwko zapaleniu żył, którego się domyślał kol. *Neugebauer*, przemawiają w owym wypadku, brak nagłéj zmiany w rysach twarzy i upadku sił; brzuch po upuście krwi wprawdzie mniéj bolesny, ale ani ciastowaty ani całkiem bezbolesny; w krwi upuszczonéj skrzep zbity, wreście brak nocnego bredzenia. Nadto, biegunka rozwija się dopiero przy dłużéj trwającem zapaleniu żył połogowem. Przeciwko wypowiedzianemu przez kol. *Groera* przypuszczeniu gangreny, to się da powiedzieć, że gangrenę mógłby był wywołać nagły upust krwi w chorobie daleko posuniętéj i zaniedbanéj, tu zaś przeciwnie, natura powoli przyzwyczaiła się do krwi upuszczeń. Zakończył kolega przyznaniem się, że nie wié, co wtym wypadku było przyczyną śmierci i przytoczył jeszcze podobne, równie zagadkowe i nieprzewidziane przypadki śmierci u położnic.

P. *Neugebauer* przypomniał, że na poprzedniem posiedzeniu przypuszczenie zapalenia i zakrzepu żył czynił dopiero po wypadku opowiedzianym przez kolegę *Gliszczyńskiego*,

biegunkę zaś w wypadku kolegi *Bącewicza*, uważał jako skutek gangreny. Co do krwi, to mocne jéj krzepnięcie czyli obfitość włoknika jest właśnie cechą gorączki połogowéj. (Inopexia *Vogel)*.

Kol. *Weinberg* opowiedział szczegółowo przypadek, o którym na ostatniem posiedzeniu wspomniał pokrótce p. *Gliszczyński*. Kobieta 25 letnia, po raz brzemienna, w ósmym miesiącu ciąży w dniu 14 listopada r. p, uległa wstrząśnieniu jadąc, wskutek zatoczenia się powozu. Dnia 15 listopada gorączkowała nieco i miała lekkie rozwolnienie. Dnia 17 listopada, jeszcze w łóżku, uczuła nieznaczny wypływ z części rodnych i spostrzegła plamy krwi na bieliźnie. Przywołany p. *Weinberg* znalazł przy śledzeniu wewnętrznem: ujście zewnętrzne macicy otwarte, wewętrzne zamknięte; przepisał Elix. acid. Halleri. Dnia 5 od przypadku, do którego dopiero teraz ciężarna lekarzowi się przyznała, znów się pokazało nieco krwi, nigdzie nie było bolów, a po tych dobry, spokojny sen. Powołany do narady kolega *Helbich* domyślał się łożyska poprzedzającego (placenta praevia). Następnie w przerwach od 5 do 10 dni wynoszących, pokazywała się krew w ilości od ½ do 1 uncyi, w przestankach brzemienna czuła się całkiem zdrową i dobrze się odżywiała. Dnia 20 grudnia wstała ona około godziny 11, po zjedzeniu mięsnego śniadania i straciła znów 2—3 uncyi krwi. Dnia 22 grudnia kolega *Flamm*, znalazł przy śledzeniu, że szyjka maciczna znikła, a przez usta maciczne otwarte trafił na błony; zalecił spokój, a w razie krwotoku, kazał założyć tampon i przysłać po siebie. W nocy z dnia 26 na 27 grudnia pojawił się krwotok znaczny. Przywołany o godzinie 4 nad ranem pan *Weinberg*, znalazł tętno raz zwalniające, to znowu przyspieszające, kazał akuszerce założyć tampon i przepisał sporysz (po 8 gr.) z tynkturą cynamonową (po 2 gr.) Przyzwany następnie kolega *Flamm*, wyjął skrzepy i znalazł łożysko u dołu przymocowane; w 12 minutach potem urodziła się dziewczyna jędrna, żywa, w 40 minut odeszło łożysko, poczem chora czuła wielką ulgę; Pan *Weinberg* uważał, że po odejściu łożyska, wyraz twarzy zmienił się w sposób szczególny, który mu trudno określić inaczéj,

jak chyba temi wyrazami: *facies Hippoeratica*; nogi były zimne. Kol. *Flamm* zalecił dać parę łyżek wina, a nogi ciepło okładać. Potém przyszły dreszcze, jak po każdym krwotoku, i poty lepkie; następnie wymioty powtarzające się co 2 — 3 godziny, ciągłe, głośne odbijanie z czkawką. Przywołany powtórnie kol. *Flamm* znalazł brzuch wzdęty, odchody połogowe obfite, odbijanie, czkawkę; zalecił uletnioną wodą selcerską. Wieczorem kol. *Flamm*, znalazłszy te same przypady i tętno 144 razy na minutę uderzające, radził dać nalew z 12 gran naparstnicy. O 12 w nocy brzuch był wzdęty, bolesny, zwłaszcza za najmniejszem poruszeniem się. Pan *Weinberg* kazał wtedy brzuch obstawić bańkami, naparstnicę odstawił jako mogącą wzbudzić wymioty, i dał proszki z kalomelu pół granowe. Wezwany o godzinie 3 w nocy kol. *Gliszczyński*, uznawszy, że jest *peritonitis acutissima*, kazał po każdéj stronie nad pachwinami postawić po 10 pijawek. Około godziny 7 tętno stawało się coraz drobniejsze, palce i twarz zaczęły sinieć, ciało stygnąć, nastała niespokojność i przy ciągłéj niemal przytomności umysłu, przyszła śmierć. Rodzina zmarłéj nie przystała na otwarcie zwłok. Dodawszy jeszcze, że poród był przedwczesny o jakie 2 tygodnie i że na 8 dni przed porodem chora uskarzała się raz jeden wieczorem na rozpalenie rąk i nóg, przystąpił p. *Weinberg* do pytania; co było przyczyną śmierci?

Zdaniem pana *Weinberg* owo uderzenie podczas jazdy wywołało przeciągłe zapalenie wewnętrznéj błony macicy (endometritis chron:), to zaś pociągnęło za sobą odczepienie się łożyska. Stąd od czasu do czasu pojawiające się krwotoki; jednakże chora nie umarła z niedokrewności (anaemia), ale *endometritis* przeszła w rozmiękczenie, wskutek czego podczas porodu nastąpiło rozdarcie macicy, i śmierć. Ciągła od porodu bezsenność, zmiana rysów twarzy, i t. d. również za tém rozpoznaniem przemawiają.

Pan *Neugebauer* zgodził się na to, że wstrząsnienie było powodem oderwania się łożyska; daléj jednak prawdopodobnie zakrzepy w żyłach były powodem ropnicy położniczéj (pyaemia

puerperalis). Przytoczył nadto przypadek, w którym krwotok z macicy nastąpił dopiero 4 dnia po wstrząsnieniu ciała.

Pan *Chałubiński* był tego zdania, że jeśli są choroby, w których z symptomatów można z pewnością diagnostykować, to w każdym razie gorączki połogowe nie należą do téj liczby. Bardzo niedawno jest temu, jak lekarze zaczęli na *metrophlebitis* całkiem inaczéj się zapatrywać, niż przedtem. Pod nazwą gorączek połogowych, kryje się bardzo obfity i różnorodny materyjał, często procesa czysto zapalne, częścią dyskrazyjno-zapalne, częścią czysto niezapalne. W takim stanie rzeczy, w zawikłanym przypadku połogowym, w którym nie robiono sekcyi, czynić domysły, co było przyczyną śmierci? na nic się nie przyda.

Pan *Natanson* zwrócił na to uwagę, że dyskusyje w towarzystwach naukowych nigdy nie doprowadzają do rezultatów stanowczych, czego nawet od takich dyskussyi wymagać nie można, dosyć gdy się przyłożą do rozjaśnienia kwestyi, do wykazania, jakie zdania o pewnym przedmiocie, w danéj chwili górują.

W końcu posiedzenia p. *Neugebauer*, odczytał opisanie zajmującego wypadku *atresiae partialis vulvae;* w wypadku tym dziecię zrobiwszy dobrowolny obrot na nóżki, przyszło na świat przez śródkrocze, które się rozdarło podczas porodu.

Piszą nam z Kamieńca Podolskiego:

W dniu 27 Stycznia r. b. 1862 odbyło się w mieście naszem, w sali Hołohorskiego o godzinie 7 wieczorem,

Posiedzenie publiczne Towarzystwa Lekarzy Podolskich.

Po odczytaniu sprawozdania z całego czasu od założenia Towarzystwa w r. 1859, aż do dziś, przez sekretarza Dra Karola Przyborowskiego, (które jak się spodziewamy wkrótce ogłoszone będzie drukiem *w zbiorze prac lekarzy Podolskich*, na którego wydawanie niedawno od władzy odebraliśmy pozwolenie) a następnie sprawozdania z przychodów i rozchodów, ze stanu kassy na wspomożenie ubogich kolegów jakoteż wdów i sierot po nich pozostałych i ze zbiorów do biblioteki jako i do Muzeum ofiarowanych, odczytanego przez Kassyera i bibliotekarza Dra Leona Kowalskiego, prezydujący A. *Kremer* odczytał rozprawę popularnie napisaną: o wpływie oddychania zwierząt i roślin na powietrze, zakończoną zastosowaniem praktycznem prawd naukowych w téj rozprawie dotkniętych, ku pożytkowi miasta Kamieńca. Po nim, zabrał głos młody z zapałem chemii się poświęcający Hr. Wincenty *Stadnicki*, wykładając przystępnym dla każdego sposobem, rzecz o *wodzie* pod względem geologicznym, fizycznym i chemicznym, w końcu zaś, podobnie jak poprzednik robiąc zastosowanie praktyczne, zwrócił uwagę słuchaczy na konieczną potrzebę sprowadzenia wody źrodlanéj do Kamieńca, do którego obecnie wodę wozić trzeba beczkami, lub nosić konewkami, z czego tylko majętniejsi korzystać mogą, ubożsi zaś muszą się posługiwać zanieczyszczoną sąsiedztwem miasta, wodą rzeki

Smotrycza, co koniecznie najgorzéj wpływać musi na ich zdrowie. Słuszną uczynił uwagę, że sprowadzenie to, przy wyższém od poziomu miasta położeniu wszystkich niemal okolicznych krynic, małym kosztem uskutecznić by się dało.

Publiczność dość licznie jak na nasze miasteczko zebrana, z zadowoleniom zdawała się assystować tej naukowéj uroczystości na kresach multańskich.

Przypadek rozdarcia się śródkrocza u rodzącéj dotkniętéj zrostem warg sromnych większych i wystąpienia tą drogą płodu w sposób nadzwyczajny.

Opisał

Dr. Ludwik Ad. Neugebauer,

Docent akuszeryi i gynekologii w Ces.-Król. Warszawskiéj medyko-chirurgicznéj Akademii.

(Z 3 rycinami).

Matylda S., niezamężna, szatynka, 20 lat wieku licząca, nizkiego wzrostu, wątłéj budowy ciała, dosyć dobrze karmiona, w pierwszym wieku dziecięcym odbyła lekką naturalną ospę, a późniéj, w piątym roku życia, odrę. Czy zaś oprócz tego jakim innym jeszcze w tym wieku podległą była cierpieniom, o tém sprawy zdać nie była w możności, i to tém mniéj, gdy, będąc od bardzo młodych już lat osieroconą, na własną swą jedynie pod tym względem była ograniczoną pamięć. Tyle zaś wiedziała z pewnością, że po odrze żadnych dalszych w dziecięcym wieku już nie doznała chorób, i że także w swoim czasie dostała miesiączkę. Ta ostatnia, raz powstawszy, nadal już odbywała się ciągle jak najprawidłowiéj. W roku trzynastym została chora dotknięta febrą przestankującą, na którą także i w następnych latach kilka razy chorowała. Zresztą pocieszała się ciągle dosyć dobrem zdrowiem.

Ku końcowi miesiąca Stycznia roku 1861 zaszła w ciążę. Ta przebiegła zupełnie prawidłowo i w należytym czasie, w dniu 28 Października, rozpoczął się poród. Pierwsze bóle pojawiły się o godzinie 8 z rana. O godzinie 2 po południu, w tymże jeszcze dniu, odeszła woda płodowa. Zaraz potém zawezwano do rodzącéj akuszerkę, *Józefę Kujan*, kobietę dosyć doświadczoną. Ta, przybywszy natychmiast do niéj, znalazła głowę dziecka już opuszczoną w małą miednicę, a gdy bóle były doskonałe, głowa płodu dosyć szybko ukazała się w szparze sromowéj. Uderzyło ją jednak, że rzeczona szpara była nadzwyczaj ciasna i obwód jéj bardzo mało podatny. A więc, chociaż bóle były silne, wszelako głowa bardzo powoli tylko w szparę sromową się wrzynała i więcéj, podług zeznania akuszerki, otworzyć jéj nie podołała, jak do średnicy $2^1/_2$ cala. Odtąd głowa, jakby wtłoczona w szparę sromową, stała w niéj zupełnie nieruchomo i można było nawet widzieć, jak część powierzchni głowy w owéj szparze na jawie leżąca dosyć szybko pokrywała się znacznéj grubości przedgłowiem. Sama przytem głowa, przy postępujących daléj bólach, z miednicy coraz niżéj się opuszczała i, wystąpiwszy nakoniec w zupełności z jéj ujścia, nie mogąc pokonać ciasności szpary sromowéj, wypukliła niesłychanie cały srom wraz z śródkroczem, ale zarazem posunęła się bardziéj naprzód, i, podszedłszy łuk łonowy, pod nim nieruchomo stanęła. W téj chwili narzuciła się akuszerce obawa rozdarcia się lada chwila całego śródkrocza, i pojmując całą ważność grożącego tu niebezpieczeństwa, zażądała ona przybycia w pomoc lekarza. Dla odległości jednak mieszkania choréj, zawe-

zwany lekarz nie zaraz mógł być obecnym, —a tymczasem rzeczona powyżéj obawa miała się spełnić.

Akuszerka, zapatrując się dokładniéj na wypukłość powstałą między udami rodzącéj, postrzegła na jéj szczycie, w środku między szparą sromową a otworem stolcowym, mały otwór, prowadzący do pochwy, przez który przesuniętym przez niego nie bez trudności skazownikiem czuć mogła przednią część ciemienia dziecka, twarzą w tył zwróconego. Zapytana przez nią o ten otwór rodząca oświadczyła jéj, że on już od najmłodszych lat u niéj istniał i że dla tego tylko żadnéj o nim nie czyniła wzmianki, że go niemiała za nic nadzwyczajnego.

Tymczasem parcie na rozprężone śródkrocze nabywało coraz więcéj potęgi, a od razu, podczas silnego bólu, rzeczony powyżéj otwór nabył większéj długości ku tyłowi i w mgnieniu oka całe śródkrocze aż przed sam otwór stolcowy po środkowéj swéj linii wzdłuż się rozdarło. W téj saméj chwili przez powstałą tak w śródkroczu wielką przerwę, z któréj nieznaczna ilość krwi wyciekła, wystąpiły na świat nogi dziecka, po tych tułów, po tułowiu zaś głowa z rękoma i wraz z niemi łożysko. Na tem poród się skończył. — Akuszerka, śledząc teraz macicę, znalazła ją należycie ściągniętą. Stan ogólny rodzącéj podczas całego porodu był jak najpomyślniejszy i pozostał i nadal zupełnie prawidłowym.

Dziecko płci żeńskiéj, podług opisu akuszerki, jak niemniéj i podług wiadomości udzielonych mi o niem łaskawie przez kolegów *Studenckiego* i *Morgensterna*, którzy krótko po porodzie widzieć je mieli sposobność, przyszło na świat nieżywe, przedstawiało jednak wejrzenie zupełnie jeszcze świeże, tak, że nie miano powodu wątpić, iż jego śmierć nastąpiła podczas samego porodu. Było ono

zupełnie dojrzałe, umiarkowanéj wielkości i należycie rozwinięte. Na tylnéj części czaszki znać było silnie rozwinięte, ciemnosine przedgłowie, od bledszéj reszty powierzchni głowy kolistą linią ostro odgraniczone.

Pępowina miała około 20 cali długości i podobnież, jak i łożysko, stosunkowo wielkie, nie przedstawiała nic nadzwyczajnego.

Tyle co do przebiegu porodu i do stanu płodu.

W dniu 18 Listopada, w trzy tygodnie po porodzie, kobieta ta zażądała mojéj pomocy.

Przybywszy do niéj zastałem ją w następującym stanie:

Co się najprzód tyczy przyrządu płciowego, to szpara sromowa miała nie spełna 2 cale długości. Tylny jéj koniec, leżący pod przednim brzegiem ujścia pochwy nie był, jak zwykle, ograniczony przez przedni brzeg śródkrocza, lecz raczéj przez most połączający nieprawidłowym sposobem jednę wargę sromną większą z drugą. Most ten, mający grubości około trzech linii, ciągnął się między rzeczonemi wargami w długości 9 linii poziomo w tył i kończył się między tylnemi ich końcami, podobnież, jak u przodu, zupełnie wolnym, zaokrąglonym brzegiem. Przez rzeczone swe położenie odpowiadał on co do położenia samemu ujściu pochwy, przez niego w zupełności zasłonionemu.

Reszta części sromnych, jako i cewka moczowa, nie przedstawiał nic nieprawidłowego.

Po za opisanym mostem znajdowała się wielka rana, przenikająca całą grubość śródkrocza. Rana ta miała $2^1/_4$ cala długości, a około 1 cala szerokości, i rozciągała się od tylnego brzegu onego mostu aż przed sam otwór stolcowy. Ściany jéj pokryte były zdrowemi granulacyami,

i w częściach ich najbardziéj ku przodowi położonych znać już było początki zabliźniania. Kiszka odchodowa nie była obrażoną, a gdy, jakto już z anamnezy wynika, także i tylny brzeg mostu połączającego wargi sromne większe sam był od obrażenia wolny, przeto więc istniejące u osoby téj rozdarcie dotyczało samego tylko śródkrocza, most zaś istniejący między wargami sromnemi większemi, przetrzymawszy całą siłę parcia płodu, okazał się nienaruszonym.

Na zewnątrz od każdéj z dwóch warg sromnych większych ukazywała się blizna, około 2 cali długa, 2 do 4 linii szeroka i opatrzona gzygzakowatemi brzegami, będąca równoległą osadzie saméj wargi sromnéj. Dwie podobne, ale tylko około 4 linii długie i około 2 linii szerokie blizny znajdowały się także i na wewnętrznéj stronie osady prawego uda.

Przez opisaną powyżéj przerwę, przez którą dany był wolny przystęp do pochwy, w umiarkowanéj ilości wyciekał odchód połogowy w postaci białawego śluzu.

Korzystając z téj drogi do śledzenia pochwy i macicy, znalazłem części te w stanie zupełnie prawidłowym.

Piersi były miękkie, i ściśnięte, w okolicy brodawek, zaledwo ślady wydawały siary.

Gdy samo zrośnienie było niezupełne, to jest, gdy nie dotyczało całéj rozciągłości warg sromnych większych, lecz tylko tylnéj ich części, a więc nie wynikała z niego dla choréj żadna niedogodność, szpara sromowa tak albowiem przed, jak i po za zrostem dostatecznie pozostawała otwartą, aby i mocz i wydzielina miesiączkowa swobodnie na zewnątrz mogły odchodzić. Ale nawet i spółkowanie podług zeznania saméj choréj przed

porodem odbywało się przez część szpary sromowéj położoną przed zrostem bez trudności i bez wszelkiego bolu.

Gdy zaś przyszło do rodzenia, rzecz przyjęła postać gorszą. Most bowiem połączający wargi sromne większe okazał się tak niepodatnym i wytrzymałym, że nie pozwolił szparze sromowéj rozszerzyć się w takim stopniu, jaki był potrzebny, aby przodująca głowa dziecka w zupełności przez nią przesunąć się mogła. Głowa dziecka raczéj, wstawiwszy się przodującą częścią swéj massy, to jest swym tyłem, w rzeczoną szparę, rozszerzyła ją tylko do średnicy około $2^1/_2$ cala, a nie więcéj, a będąc zaś przednią częścią swego wierzchołka i czołem opartą o most połączający wargi sromne większe, most ten w tę miarę coraz głębiéj nadół spychała, jak sama w skutek siły prącéj macicy coraz więcéj z miednicy nadół zstępowała. Gdy zaś i teraz jeszcze głowa nie podołała pokonać oporu stawionego jéj przez zrost warg sromnych, a więc podsunęła ona się przy dalszych bólach pod łuk łonowy, ciągle częściowo pokryta zrosłemi wargami sromnemi, coraz mocniéj przez nią rozprężonemi, usuwając się przytem w końcu w zupełności z obrębu jamy miednicy kostnéj. W téj zaś chwili tułów dziecka, postępujący po za głową i tłoczony przez łożysko, już teraz w zupełności od ściany macicy odczepione, przeszedłszy przez cały kanał miednicy spuścił się coraz niżéj w rozpierany przez niego przestwór położony między końcem kanału miednicy kostnéj, śródkroczem a leżącą pod łukiem łonowym głową dziecka, rozpychając do najwyższego stopnia całą tylną część mięsnego dna miednicy. Otóż teraz rozdarło się śródkrocze, nie zdolne już przetrzymać tak mocnego rozciągnienia i ścieńczenia swéj massy, i w téj chwili

płód zstąpił dolnym końcem swego ciała, wzdłuż tylnéj ściany miednicy tu zepchniętym, w powstałą tak przerwę w śródkroczu, aby *tym końcem* i *tą* drogą, wraz z łożyskiem, na świat się wydostać.

Płód tu więc, mimo, że właściwie głową do porodu się stawił, po przejściu już głowy przez kanał właściwéj miednicy, wystąpił na świat nie tąże głową, a dolnym końcem swego ciała, i nie przez szparę łonową, a przez rozdarte przez parcie jego massy śródkrocze, w drodze tak zwanego *samowolnego wyklucia* (evolutio spontanea), z utratą wszelako swego życia.

Tak przynajmniéj i nie inaczéj rozumiem podług podań zrobionych mi przez wspomnioną powyżéj akuszerkę, i podług tego, co u choréj znalazłem, mechanizm porodu w tym nader ciekawym i rzadkim przypadku, który, ile mi wiadomo, w kazuistyce naszéj sztuki podobnego sobie przykładu nie posiada.

Z resztą cały ten przypadek pokazuje, jak natura nieraz w najtrudniejszych nawet przypadkach porodu podoła z założonego sobie zadania wywiązać się, czyniąc poród jeszcze możliwym pod okolicznościami, pod któremi na pierwszy rzut oka zdawałby się on być prosto niemożliwym.

Śledząc w końcu także i miednicę choréj, znalazłem ją jak najregularniej zbudowaną i przytem nadzwyczaj obszerną, gdyż oddalenie kolca przedniego górnego jednéj od tegoż kolca drugiéj kości biodrowéj wynosiło 8 cali, oddalenie punktu najbardziéj na zewnątrz położonego jednéj od tegoż punktu drugiéj strony 9 ½, a oddalenie nakoniec końca wyrostka kolcowego ostatniego kręgu lędźwiowego, czyli tak zwana konjugata zewnętrzna

blizko $7\frac{1}{2}$ cali miary francuzkiéj, tak, że najmniejszy wymiar wejścia miednicy małéj, czyli konjugata, wynosił przeszło $4\frac{1}{4}$ cala.

Tyle co do dróg rodnych. Co zaś do stanu ogólnego, to ten, ponieważ chora oprócz obrażenia śródkrocza, nastąpionego przy porodzie, przez cały ten przeciąg czasu żadnego innego nie doznała cierpienia lub przypadu, był dosyć zadowalniający, chociaż chora zawsze przedstawiała pewny stopień osłabienia, wynikły z istnienia u niéj wielkiéj, ropiejącéj rany.

Z podanych powyżéj objawów wynika przeto, że chora była dotkniętą równocześnie dwoma, róznéj daty cierpieniami, to jest: rozdarciem śródkrocza, nabytem przy porodzie, i zrostem warg sromnych większych, pochodzącym z czasu przedporodowego. Chodzi o to, wiedzieć, kiedy właściwie zrost ten mógł być przez nią nabyty. Gdy ona sama od bardzo młodego już wieku wiedziała o istnieniu u siebie otworku między szparą sromową a otworem stolcowym, przeto mógł on tylko pochodzić albo z pierwszego dzieciństwa, albo z czasu płodowego. Trudno zaś przypuścić, aby był powstał w tym ostatnim, gdyż w takim razie byłby on wadą rozwojową, a będąc taką, most połączający wargi sromne większe nie okazywałby na sobie, jak tu, blizen. Blizny te, podobnież, jak i całe zrośnienie warg sromnych większych raczéj nie mogły być czem innem, jak rezultatem processu ropienia, odbytego przez chorą po urodzeniu. Gdy sama chora o odbyciu się podobnego cierpienia u siebie żadnéj nie miała pamięci, a więc wnieść trzeba, że owo ropienie odbyło się w najpierwszem dzieciństwie, i prawdopodobnie od tegoż ropienia pochodziły i blizny istniejące po bokach sromu, jako i na osadzie prawego

uda. Gdy zaś, jak powyżéj nadmieniłem, ostatnie mianowicie blizny widoczne przedstawiały podobieństwo do blizen, jakie tworzyć się zwykły po ropnieniach powstałych w skutek ospy, zatem nie zbyt śmiałym zdaje się być wniosek, że wszystkie te blizny, i z niemi i zrost warg sromnych większych uważać wypada za następstwo zropnienia odpowiedniéj okolicy ciała, doznanego przez chorą podczas ospy odbytéj przez nią w pierwszym wieku dziecięcym.

Że zaś rzeczone powyżéj wyklucie samowolne płodu mogło tu nastąpić, na to wpływały głównie cztery okoliczności: raz bowiem *wielka obszerność miednicy rodzącéj*, przy *bardzo regularnéj jéj budowie i umiarkowanéj wielkości płodu*, powtóre *silne bóle porodowe*, przy *nienastąpieniu* tak możliwego tu *rozdarcia się macicy*, potrzecie *wielka podatność dna miednicy*, przy równoczesnéj *wielkiéj wytrzymałości istniejącego zrostu warg sromnych większych w ogólności i obwodu ścieśnionéj szpary sromowéj*, a po czwarte nareszcie *rozdarcie się śródkrocza*.

Że przy téj sposobności dziecko żyć przestało, nic w tem dziwnego, gdyż dziecko przy samowolnem wykluciu zwykle życie traci, mówię: *zwykle*, albowiem niekiedy i w téj nawet drodze dziecko żywe się rodzi (*).

(*) W postrzeżonych do dziś dnia przypadkach narodzenia się płodu w drodze samowolnego wyklucia w stanie żywym płód po największéj części był słaborozwinięty i mały. Tak przynajmniéj rzecz się miała w należących tu postrzeżeniach *Vezina* (Journal für Geburtshülfe u. s. w. von Elv. Siebold. Bd 1, Stück 3. Frankf. a. M. 1831. S. 492), *Eugeniusza Belmasa* (Journal hebdomadaire des progrés des sciences médicales. Tome 2.— „Natürlicher Verlauf der Geburt bei Schulterlage des Kindes.“ Notizen aus d. Gebiete der Naturn Heilkunde von Froriep. Bd 41, Nr. 4. Juni 1834. Analekten für die Geburtshülfe von Wittlinger. Bd 1. Quedlinb. u. Leipz. 8. S. 472—474, *Betschlera* (De naturae auxilio dystocias e situ infantis vitioso ortas absolvente. Vratislaviae, 1834, 4. § 88),

Z drugiéj zaś strony niema prawie wątpienia, że całe zjawisko samowolnego wyklucia płodu i rozdarcia się przy tém śródkrocza w naszym przypadku nie byłoby nastąpiło, gdyby spełnionem w nim było przez sztukę pierwsze i jedyne, jakie się tu nastręczało, wskazanie terapeutyczne, to jest *rozcięcie*, po ukazaniu się głowy dziecka w szparze sromowéj, *mostu połączającego chorobliwym sposobem wargi sromne większe.*

---

dotyczących bliźników, a mianowicie drugiego z nich. W innych zaś razach także i jednaki, w ten sposób narodzone żywe na świat przyszły. Udowadniają to pomiędzy innemi postrzeżenia, jakie posiadamy od *Hirscha* (Medicinische Wochenschrift von Casper. 1840. S. 487. Analekten u. s. w. von Wittlinger. Bd 1. S. 486) i od *Hinterbergera* (Oesterreichische medicinische Wochenschrift. 1843. Nr. 13—15.—Analekten u. s. w. von Wittlinger. Bd 1. S. 490) i innych. Najczęściéj tak wyklute dziecko umarło mniéj więcéj prędko po porodzie. W pojedyńczych, nader rzadkich przypadkach jednak utrzymało ono się przy życiu. Miało to pomiędzy innemi miejsce w przypadkach *Belmasa* i *Hirscha*, jak niemniéj i w jednym przypadku, któren sam przytoczyć jestem w możności.

W dniu 9 Grudnia 1851 roku, praktykując jeszcze w Kaliszu, wezwany zostałem na wieś do niesienia pomocy kobiecie powtórnie rodzącéj, 28 lat wieku liczącéj, któréj pierwszy poród odbył się zupełnie prawidłowo. Przybywszy do niéj, zastałem ją już po porodzie. Dowiedziałem się, że jéj lewa ręka dziecka była wypadła z części rodnych, że jednak dziecko po 15-godzinnem trwaniu porodu w końcu samą siłą natury tułowiem na świat wystąpiło. Poród więc odbył się w drodze samowolnego wyklucia płodu. Dziecko było *nieżywe*. Było ono płci męzkiéj, zupełnie donoszone i umiarkowanéj wielkości, obrzęk zaś i zsinienie, jakie przedstawiała lewa górna jego kończyna, dostatecznym były dowodem, że ono istotnie w położeniu poprzecznem do porodu się stawiło.— Przypadek chciał, że w niejaki czas późniéj, w dniu bowiem 27 Kwietnia roku 1853, przejeżdżałem przez osadę, w któréj będąca w mowie kobieta mieszkała. Ciekaw słyszeć, co z niéj po opisanym wyżéj wypadku się stało, pytam się o nią,— a tu ona sama wychodzi z chaty naprzeciwko mnie ze *zdrowem* i *czerstwem niemowlęciem* płci żeńskiéj na ręku, i witając mnie, z radością oświadcza, iż dziewczynka ta, zrodzona przez nią przed 19 dopiero dniami przyszła na świat w tenże sam znowu sposób, co i chłopczyk w roku 1851 w stanie zmarłym zrodzony, i również jak on, bez wszelkiéj sztucznéj pomocy, ukazawszy się również pierwotnie *ręką* na świecie.

Do dziś dnia bowiem wszyscy akuszerowie mający sposobność nieść pomoc rodzącym dotkniętym zrostem warg sromnych, którzy most mięsny połączający te wargi rozcięli, otrzymali od téj operacyi pożądany skutek, gdy nią uchronili nie tylko matkę od rozdarcia się śródkrocza lub macicy, ale i ocalili płód. Przypadki tego rodzaju mamy pomiędzy innymi podane przez *Champenoisa* (1), *Lehmanna* (2), *Stevensa* (3), *Kurzaka* (4), *Schneidera* (5), *Amelię Herschel* (6) i *Duboisa* (7).

---

(1) *Champenois* w Journ. général de médecine, chirurgie et de pharmacie, ou Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, redigé par *Sédillot*. Tome 41. Juin.— Bibliothéque médicale. Tome 33. Page 219. Porównaj: Pratique des accouchemens par Mme *Lachapelle*. Tome 3. A Paris. 1825. 8. Page 310 note,— tudzież: Forschungen des neunzehnten Jahrhunderts im Gebiete der Geburtshülfe, Frauenzimmer und Kinderkrankheiten, zusammengestellt von *Fr. L. Meissner*. Theil 1. Leipz. 1826. 8. S. 270.

(2) *Ferdinand Lehmann*: Ein merkwürdiger Fall, wo durch Verwachsung der äussern und innern Schamlefzen die Geburt eines Kindes behindert ward. Magazin für die gesammte Heilkunde von *J. N. Rust*. Bd 8. Berlin, 1820, 8. S. 179—181.

(3) *Stevens* w: Journal für anatomische Varietäten von *Meckel*. Band 1, S. 2. Porównaj: Die Frauenzimmerkrankheiten von *F. L. Meissner*. Band 1. S. 166. Kobieta, na któréj *Stevens* będącą tu w mowie operacyę wykonał, miała w skutek zgorzelenia warg sromnych, dawniéj przez nią doznanego, wargi te zrośnięte. Gdy po raz pierwszy rodziła, zrost ten samowolnie się rozdarł, ale późniéj na nowo powstał. Przy powtórnem zaś zlegnieniu jéj *Stevens* powstały na nowo zrost rozciął.

(4) *Kurzak*: Conspectus partuum in Lechodochio Pragensi a prima mensis Septembris 1825 usque ad ultimam mensis Augusti 1827 absolutorum. Pragae, 1827. 8.

(5) *Schneider* w Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer—und Kinderkrankheiten, herausg. v. Elias von Siebold. Band 7, Stück 2. Frankfurt am Main, 1828. 8. S. 471.

(6) Blutige Trennung verwachsener Schamlefzen vor der Niederkunft. Mitgetheilt von der Hebamme *Amalia Herschel* zu Bonn. Gemeinsame Zeitschrift für Geburtskunde, herausg. durch D. W. H. Busch, L. Mende und F. A. Ritgen. Band 6, Heft 1. Weimar 1831. 8. S. 146—148. Operacya ta dokonaną została przez *Frimborna* w Bonnie.

(7) Porównaj: Traité pratique de l'art des accouchements par *Chailly—Honoré*. 3e édition. A Paris, 1853. 8. Page 514, note.

Do nich zaliczyć także mogę i następujący ciekawy przypadek zrostu warg sromnych większych, leczony przed niedawnym czasem przez kollegę *Michała Freya*, a poczęści także i przezemnie obserwowany.

Józefa Dalba, żona tutejszego szewca, 26 lat wieku licząca, kobieta nizkiego wzrostu, regularnie i dosyć silnie zbudowana, po raz pierwszy ciężarna, odbywszy ciążę bez wszelkich przypadłości, na należytym jéj końcu, w nocy z dnia 13 na 14 Kwietnia roku zeszłego (1861), poczuła pierwsze bóle porodowe, i krótko potém, o godzinie 4 z rana, odeszły jéj wody płodowe. Mimo, że jednak bóle ciągle były silne i częste, poród rozwlókł się w tym stopniu, że po upłynieniu całéj doby, a nawet i następnych jeszcze dwóch dób nadaremnie oczekiwano wystąpienia dziecka na świat. Gdy jednak także i w dniu 17 Kwietnia poród jeszcze nie nastąpił, oddano rodzącą w rzeczonym dniu o godzinie 3 po południu do zawiadywanego wówczas jeszcze przez kollegę *Freya* Instytutu położniczego.

Kollega, śledząc ją tamże krótko potem, znalazł głowę dziecka spuszczoną do szpary sromowéj, przez którą jednak przecisnąć się nie podołała z powodu, że ta szpara w wysokim stopniu była ścieśnioną przez istniejący u téj kobiety, prawdopodobnie już od dziecięcych jéj lat, zrost warg sromnych większych. Zrost ten poczynał się mniéj więcéj poniżéj ujścia cewki moczowéj i ciągnął się aż po śródkrocze, nie dochodząc jednak do tego ostatniego w zupełności, gdyż pomiędzy nim, a śródkroczem pozostawał mały otwór, przez który kollega nie bez trudności palec przesunąć mógł do pochwy, w któréj głowa dziecka, twarzą ku tyłowi obrócona, bardzo nizko stała.

Gdy zaś i teraz jeszcze bóle ciągle były silne, głowa przeto dziecka podczas każdego bólu nietylko cały srom, ale i śródkrocze półkulisto na dół wypuklała. Kollega więc, przekonawszy się o takim stanie rzeczy, niebawem wziął się do nożyczek i rozciął niemi most połączający wargi sromne większe w całéj jego rozciągłości od tyłu ku przodowi.

Z powstałych z tego rozcięcia dwóch ran nastąpił mocny krwotok, który dopiero po upływie pół godziny, w skutek miejscowego użycia roztworu półtorochlorku żelaza, ustał.

W godzinę po operacyi rodząca powiła żywą i zdrową dziewczynkę, około 6 1/2 funtów wagi cywilnéj mającą, doznawszy przy wystąpieniu jéj głowy nieznacznego rozdarcia się śródkrocza. Krótko po dziecku odeszło należycie i łożysko.

W dniu 18 Kwietnia, a więc w dzień po porodzie, będąc zaproszonym przez kollegę do zobaczenia z nim rozwiązanéj, zastałem ją w stanie następującym:

Na wewnętrznéj stronie tak jednéj, jak i drugiéj wargi sromnéj większéj widać było smugowatą ranę, około czterech do sześciu linii szeroką, ciągnącą się mniéj więcéj przez całe tylne dwie trzecie wewnętrznéj jéj powierzchni od przodu ku tyłowi i kończącą się krótko przed przednią granicą śródkrocza, rozdartego w umiarkowanym stopniu. Reszta części płciowych przedstawiała stan prawidłowy. Ujście jednak cewki moczowéj i cała ta cewka w ogólności zachowywały się nieprawidłowo, były bowiem w wysokim stopniu rozszerzone, tak dalece, że z łatwością przez nie przesunąć mogłem śledzący palec do jamy pęcherza moczowego. Rozszerzenie to cewki moczowéj pochodziło bez wątpienia od odbywanego częściowo tą drogą spółkowania.

Stan ogólny położnicy był jak najpomyślniejszy.

Kończę tę uwagę podaniem, że kobieta ta w zupełności ozdrowiona wraz z swem niemowlęciem z Instytutu wyszła.

Nie mniéj pomyślny wypadek otrzymali od swego postępowania i ci akuszerowie, którzy w podobnych przypadkach, nie wyczekując dopiero porodu, most połączający wargi sromne już podczas ciąży rozcięli. Należą tu przedewszystkiem *Jan Trullius* (1) i *Boulen* (2), z których pierwszy operacyę tę dokonał u ciężarnéj dotkniętéj będącą w mowie wadą już od urodzenia, drugi zaś u ciężarnéj dotkniętéj nią od jedenastego roku życia.

Z drugiéj zaś strony wiadome są wprawdzie i przypadki, w których mimo zropnienia warg sromnych poród odbył się pomyślnie bez wszelkiéj pomocy sztucznéj, a przez rozszerzenie się naturalnéj drogi rodnéj w drodze rozejścia się wyłącznie tylko zrostu. Przykłady tego rodzaju opowiadają nam pomiędzy innymi: *Harvey* (3), *Portal* (4), i *Stevens* (5). Takowe zejście będącego w mowie

---

(1) Zobacz dzieło: *Henrici a Moinichen* observationes medico-chirurgicae 24. Drukowane łącznie z dziełem: *M. Lyseai* Cultellus anatomicus. Późniejsze wydanie: Dresdae, 1691. 12. Porównaj Regneri de Graaf opera omnia. Lugd. 1678. 8. Pag. 106—107.

(2) Porównaj: Traité pratique de l'art des accouchements par Chailly-Honoré. 3e édition. Paris, 1853. 8. Page 513.

(3) *Guilielmus Harveus*: Exercitationes de generatione, quibus accedunt quaedam de partu, de membranis ac humoribus uteri: et de conceptione. Amstelodami, 1651. 12. Pag. 510—511.

(4) *Portal*: Précis de chirurgie. Tome 2, page 745.—*Deviliers*: Ueb. einige Arten von Atresie der Vagina. Analekten für Frauenkrankheiten. Band 6, Heft 2. Leipzig, 1846. 8. S. (297—323) 306—307.

(5) *Stevens* w: Journal für anatomische Varietäten, herausgegeben von Meckel. Band 1. 1820. S. 2.—Porównaj: Die Frauenkrankheiten von *F. L. Meissner*. Band 1. Leipzig. 1842. 8. S. 166.

cierpienia prawdopodobnie jednak jest nadzwyczaj tylko rzadkie, a przynajmniéj w danym przypadku nas nie upoważnia do liczenia na nie. Jeżeli przy zroście warg sromnych u rodzących sposób leczenia wyczekujący miałby być uzasadnionym, to chyba tylko, jak to już powyżéj powiedzieliśmy, aż do chwili mocniejszego wypuklenia i wyprężenia sromu i śródkrocza przed płód, gdyż nadal, jak zaraz zobaczymy, rodząca narażoną już jest na rozdarcie się czy to macicy, czy śródkrocza.

W przypadkach zaś, w których ani sztuka w pomoc nie przychodzi, ani też natura sama sobie nie pomaga, poród jedynie tylko jeszcze uskutecznić się może za pomocą obszernego rozdarcia się śródkrocza, jak to właśnie miało miejsce w naszym przypadku, lub też zarazem i właściwego sromu, a nawet pochwy i kiszki stolcowéj, lub też nareszcie macicy (1). W każdym zaś razie płód narażony jest na utratę życia.

Lecz wróćmy do naszéj choréj. — Otóż szło teraz o to, jak z nią postąpić, aby ją uwolnić od powikłanego

---

(1) Podobne postrzeżenia były zrobione także u zwierząt, czego dowodem jest następujący fakt opowiedziany przez *Harveya* (w miejscu wyżéj przytoczonem, pag. 511—512): „Serenissima Angliae regina“ mówi on „equam candidissimam, formaeque eximiae dono acceperat: ejusque genitalia (ne ab equis admissariis inita corporis gratiam, atque equitandi usum amitteret) equisones (ut fieri solet) anulis ferreis infibulaverant. Eadem tamen, (nescio quo pacto, nec custodes mihi modum indicare poterant) facta est gravida; tandemque, cum nihil tale suspicarentur, noctu peperit, pullusque vivens mane ad matris latera conspicitur. Id cum mihi nunciaretur, adii illico locum vidique ambo vulvae labia anulis consuta, totumque pudendum versus sinistrum latus detrusum, abruptum, et a dextra coxendice laceratum adeo, ut, soluta, per incredibilem foetus vim, partis robustissimae unitate, facile ei per ingentem illum hiatum exitus patesceret“. Fakt ten wprawdzie nie zupełnie ściśle tu się odnosi, gdyż klacz, o któréj *Harvey* mówi, nie miała srom *zrośniętý*, a raczéj tylko żelaznemi obrączkami spojony, spojenie to jednak odgrywało zawsze rolę właściwego zrostu.

cierpienia. Pod tym względem narzucały mi się trzy wskazania:

Pierwszem z tych wskazań było *zabliźnienie rany śródkrocza*, drugiem *zamkięcie*, po dokończonem zabliźnieniu rzeczonéj co dopiero rany, *w drodze operacyi plastycznéj, przerwy istniejącéj w śródkroczu*, czyli innemi słowy wykonanie *krwawego szwu śródkrocza*, a trzeciem nakoniec *rozcięcie*, po dokończonem zgojeniu śródkrocza, *zrostu warg sromnych większych*.

Pierwszemu z tych wskazań uczyniłem zadosyć, opatrując ranę zwyczajnym sposobem z początku suchą skubanką, późniéj maścią woskową, i przyżegując ją w końcu, gdy w niéj już mocne okazały się granulacye, kiedy niekiedy saletranem srebra.

Wczasie od dnia 12 do 16 Grudnia chora odbyła pierwszą swą po porodzie miesiączkę.

W dniu zaś 24 tegoż miesiąca rana była cała, z wyjątkiem maleńkiego miejsca, zaledwo 3 linie szerokiego, powleczona gładką, nie zbyt grubą blizną. A gdy chora co do stanu ogólnego dosyć pomyślne przedstawiała stosunki, przystąpiłem w tymże jeszcze dniu do spełnienia *drugiego* wskazania terapeutycznego, to jest do *wykonania krwawego szwu śródkrocza*. — Samą operacyę, przy któréj kollega *Groer* łaskawie mi assystował, wykonałem w następujący sposób:

Udzieliwszy choréj potrzebne do operacyi położenie na stole a odurzywszy ją do zupełnéj nieprzytomności i nieczułości parą chloroformową, odświeżyłem zabliźnioną podkowowatą ranę rozdartego śródkrocza, zdejmując za pomocą szczypczyków, nożyka i nożyczek z całéj jéj powierzchni pokrywającą ją bliznę, i przedłużyłem nadto to obranienie z obrębu saméj dawniej-

széj rany, tak z prawéj, jak i z lewéj strony, aż na tylny brzeg mostu połączającego wargi sromne większe. Tak więc otrzymałem obranienie postaci obrączki wązkiéj u przodu, a kilkakrotnie szerszéj wtyle.

Dokończywszy obranienie i uspokoiwszy przykładaniem zimnéj wody i śniegu krwotok, połączyłem ranę moim sposobem, za pomocą *szwu szrubkowego* czyli *gałkowego*, którego szczegóły w rozprawie przed dwoma laty w Towarzystwie lekarskiem czytanéj (1) bliżéj wyjaśniłem. Użyłem u téj choréj do rzeczonego szwu szpilek grubo pośrebrzonych. Założyłem ich cztery, wszystkie z wyjątkiem pierwszéj od tyłu, która otrzymała położenie bardziéj powierzchowne w ranie, ile możności głęboko, tak, że przechodziły przez ranę w jak najmniejszem oddaleniu od górnego czyli odpowiedniego położeniu pochwy brzegu obranienia. Utwierdziwszy wszystkie szpilki w należyty sposób, wolne ich końce nie uciąłem przy samych gałkach, lecz w oddaleniu około 3 lub 4 linii od tych ostatnich, zagiąwszy części ich sterczące z gałek pod kątem na zewnątrz, w ten sposób, że kłuć nie mogły ciała. W końcu jeszcze i zewnętrzne brzegi stykających się już ściśle warg rany połączyłem za pomocą powierzchownego szwu podwiązkowego, z czterech także podwiązek złożonego.

W dniu 27 Grudnia usunąłem wszystkie podwiązki i nadto i dwie ze szpilek, a mianowicie drugą od przodu i

---

(1) Zobacz: Nowy sposób robienia krwawego szwu krocza i sromu, przez Dra *Ludwika Adolfa Neugebauer*. Pamiętnik Towarz. Lekarsk. Warszawskiego. Serya 3, tom 1. (Ogólnego zbioru tom 43). Warsz. 1860. Str. 387 — 412. Z rysunkami. — Rocznik Towarzystwa Naukowego Krakowskiego tom 27.

ostatnią ku tyłowi, uciąwszy poprzednio szczypczykami tnącemi wolne ich końce, zwolniwszy odpowiednie tym ostatnim gałki i zsunąwszy je z nich. Trzecią zaś i czwartą szpilkę, czyli pierwszą od przodu i przedostatnią, pozostawiłem jeszcze w częściach miękkich, zwolniwszy jednak i rozsunąwszy na nich nieco gałki.

W dniu zaś 28 Grudnia i te dwie szpilki także usunąłem.

Rana okazała się w całéj długości nieomal w zupełności w drodze pierwszego zlepienia spojoną, gdyż tylko wolne jéj brzegi tu i owdzie nieco między sobą się rozeszły, okazując się lekko obropniałemi.

Nazajutrz po wyjęciu ostatnich dwóch szpilek ukazał się nawet mały otwór w przedniéj części rany między tem miejscem, w którem pierwsza, a tem, w którem druga od przodu szpilka leżała, który, przechodząc między wargami rany aż do pochwy, stanowił obawę, że może i reszta rany się rozejdzie, tem więcéj, gdy wysięk z rany okazywał się nie czysto ropnistym, a raczéj rzadkim i lepkim, nieomal jak przy ognipiórze.

Tymczasem obawa ta, jak zaraz zobaczymy, się nie spełniła. — Kazałem ranę z początku dwa razy, późniéj raz na dzień opatrywać suchą, póniéj powleczoną maścią woskową skubanką, z powodu zaś skrofulicznéj natury wydzieliny rany zapisałem choréj w dniu 31 Grudnia do wewnątrz solucyę jodku potassu (drachmę na 6 uncyi wody, 3 razy dniem po łyżce stołowéj brać). Solucyę tę następnie trzy razy jeszcze powtórzyłem. W ósmym dniu, pierwszy raz po operacyi, chora w skutek zadanego jéj do wewnątrz oleju rycynowego, miała kilka wol-

nych stolców. Od tego dnia przepisałem jéj dyetę bardziéj wzmacniającą.

Przy takowem postępowaniu wybujały po upływie krótkiego już czasu na całéj powierzchni rozeszłych części warg rany żywe granulacye i już po upływie siedmiu dni wspomniony powyżéj otwór pomiędzy wargami rany okazał się przez nie w zupełności zamknięty. Tudzież i zewnętrzne brzegi rany spajały się szybko coraz więcéj, i już w dniu 7 Stycznia (1862 r.) okazała się rana w całéj swéj rozciągłości dokładnie zrośniętą.

W tymże dniu przystąpiłem do spełnienia *trzeciego* z wymienionych powyżéj trzech zadań, to jest do zniesienia zrostu warg sromnych większych.

W tym celu, wsunąwszy palce drugi i trzeci lewéj ręki między wargi sromne większe ponad most wargi te połączający, i natężywszy przez rozstawienie ich między sobą nieco ten most, wkłułem w ten ostatni przed samym tylnym jego brzegiem, już ze śródkroczem sztucznie połączonem, ostrokończaty nóż, obrócony ostrzem ku przodowi, i przebiwszy nim cały most, rozciąłem ten ostatni w kierunku od tyłu ku przodowi.

Następnie zaś brzegi powstałéj tak podkowowatéj rany między sobą połączyłem szwem krwawym, złożonym z pięciu podwiązek.

Po usunięciu w dni 10 tychże podwiązek rana mniejszą częścią tylko okazała się zarośniętą, po większéj części zaś przeszła ona, i to, jak mam powód przypuścić, z winy saméj choréj w ropienie, które jednak przebiegło w ogólności dosyć pomyślnie, tak dalece, że mała ranka za kilka dni w zupełności się zabliźniała.

Opowiedziany powyżéj przypadek pod dwojakim względem jest ciekawy. Raz bowiem stwierdza on na nowo praktyczną użyteczność mego sposobu wykonania krwawego szwu śródkrocza, a powtóre udowadnia on, że płód nie tylko przy położeniu poprzecznem narodzony być może w drodze tak zwanego samowolnego wyklucia, ale że on nawet i w takich razach, w których głowa jego przoduje, po przejściu już głowy przez miednicę kostną, a niewystąpieniu jéj jeszcze z obwodu dróg rodnych, wydany być może na świat w drodze obrotu na dolny koniec ciała, dokonanego samą siłą natury, że jednak w takim razie ten obrót następuje nie w jamie macicy i kanale miednicy, jak w przypadkach samowolnego wyklucia płodu w poprzek leżącego, ale raczéj *w jamie rozdętego dna miednicy.*

Objaśnienie figur.

Figura 1 przedstawia *srom i śródkrocze choréj* w tym stanie, w którym one znajdowały się wówczas, gdy do niéj wezwany zostałem, to jest w 3 *tygodnie po odbytym przez nią porodzie*, zmniejszone do $^1/_4$ w średnicy.

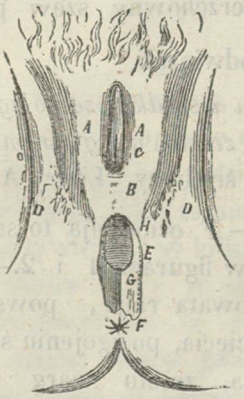


Figura 1.

A. A. Wargi sromne większe. B B. Most połączający tylne oddziały tychże warg sromnych. C. Szpara sromowa, przez zrost warg sromnych większych znacznie skrócona, z ukrytemi w niéj wargami sromnemi mniejszemi i łechtaczką. D. D. Blizny na prawo i na lewo od sromu leżące. E. Śródkrocze. F. Otwór stolcowy. G. Rana, pochodząca od rozdarcia się przy porodzie śródkrocza. H. Kanał pochwy w ranę, śródkrocza otwierający się.

Figura 2 przedstawia *srom i śródkrocze po wykonaniu krwawego szwu śródkrocza*, zmniejszone do $^1/_4$ w średnicy. Litery A—F oznaczają to samo, co i w figurze 1.—G. Szpara rozdartego śródkrocza, po obranieniu jéj ścian spojona szwem krwawym.— *aa*, *bb*, *cc*, *dd*. Szew gałkowy czyli szrubkowy, złożony z czterech szpilek



Figura 2.

srebrnych, przez głębsze części warg rany przeprowadzonych i opatrzonych gałkami kostnemi, szrubkami na nich utwierdzonemi, a mających ostre swe końce w nieznacznem oddaleniu od odpowiednich gałek zagięte i ucięte. —*e*, *f*, *g*, *h*. — Dodany do szwu gałkowego powierzchowny szew podwiązkowy, złożony z czterech podwiązek.

Figura 3 przedstawia *srom i śródkrocze po zgojeniu rany śródkrocza i rozcięciu zrostu warg sromnych większych*, zmniejszone do $^1/_4$ w średnicy. Litery A. B. i C — F oznaczają to samo, co i w figurach 1 i 2. —B. Podkowata rana, powstała z rozcięcia, po zgojeniu śródkrocza, zrostu warg sromnych większych, a zamknięta przez połączenie jéj brzegów między sobą za pomocą krwawego szwu, z pięciu podwiązek złożonego. G. Smugowata blizna, pozostała w miejscu byłego rozdarcia śródkrocza.



Fiugra 3.

Guz rakowaty nerwu wzrokowego.

Obserwacya Dra Szokalskiego, Professora Okulistyki w Akad. med. chirurgicznéj, Dyrektora Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

(Dokończenie).

W tymto czasie, powiedziano mi, iż dziécię podrosło, ma się zupełnie dobrze, lecz guz tworzy się *znowu* w oczodole, i że rodzice dziecięcia, zachęceni pierwszą operacyą, mają zamiar poddać je obecnie jéj powtórnie. Rzeczywiście, w kilka tygodni późniéj, przedstawił się w klinice chory w stanie następującym: oczodół lewy powiększył się w dwójnasób w skutek nacisku guza twardego, nieco podatnego, zajmującego całą jamę i sterczącego na zewnętrz w wielkości małego jabłka; guz ten, w części tylko był przykryty powiekami. Brzegi oczodołu samego, mianowicie górny i zewnętrzny, ścieńczone w skutek nacisku, odsunięte zostały na boki i tworzyły rodzaj lejka. Po za powiekami, można było rozróżnić ciało ustępujące za naciskiem i mocno wtył wepchnięte. W samym środku, ciało to miało małe zagłębienie z dnem płaskiem, otoczone było błoną obrzmiałą, przypominającą błonę łączną oka, i błona ta przylegała do samego owego zagłębienia, na podobieństwo błony łącznéj, otaczającéj rogówkę wyrodzonego oka.

Dziecię samo było blade, mało rozwinięte na swój wiek; zdrowie jednak było niezłe, czasami tylko przychodziły bóle gwałtowne głowy; wszystkie inne funkcye, odbywały się prawidłowo.

Znając poprzednią historyę chorego, sprzeciwiłem się stanowczo operacyi. Rodzice udali się zatém do kliniki chirurgicznéj, zaklinając Prof. *Lebrun* o powtórne wyjęcie guza ocznego. Professor zgodził się i wyłuszczenie miało miejsce w kilka dni późniéj, przy pomocy chloroformu. Guz ten, nie przylegał do samego oczodołu i z téj przyczyny, oddzielnie jego od przykostnéj nie było trudnem. Dochodząc do samego wierzchołka oczodołu, nóż natrafił na jakieś zebranie płynu surowiczego, żółtawego, którego ilość nie przenosiła 2 uncyi. Po wypuszczeniu tegoż, odjęto wierzchołek guza, krwotok nie był zbyteczny i został wkrótce powstrzymany.

Przez pierwsze 3 dni po operacyi, chory się miał nieźle, trzeciego dnia przyszły konwulsye i wymioty, późniéj przyłączyło się do tego zapalenie osłon mózgowych (meningitis) i 6 dnia dziecię umarło. Sekcya, dokonana w 48 godzin po śmierci, przez Prof. *Wisłockiego*, okazała, iż błona twarda mózgu była nieco zgrubiała i biała naprzodzie mianowicie z lewéj strony.

Na błonie miękkiéj, naczynia były silnie krwią nastrzyknięte, z lewéj strony naczynia były większéj objętości, zawoje zaś mózgu z téj strony, były szersze i więcéj spłaszczone. Na podstawie czaszki, wysięk surowiczo ropiasty, zielonawy, nad zrazem przodowym lewym i przed rowem Sylviusza, znaleziono guz wielkości orzecha, pochodzący z *przerodzonego nerwo optycznego*. Guz ten, który łatwo dał się oddzielić od samego mózgu, był złożony z istoty, skirowatéj; z tyłu dotykał do miejsca

skrzyżowania nerwów optycznych, z przodu do otworu wzrokowego, guz ten zrazowato rozwinięty, tak dalece ucisnął substancyę samą mózgu, iż z niéj niepozostała jak tylko cienka błaszka obok bocznéj komorki. W okolicy tego guza, tak substancya szara, jak i biała samego mózgu, uległa zupełnéj zmianie. Na rozkroju, substancya biała miała połysk lśniący, oraz małe kropki krwi, szara zaś, była rozmiękła i ciastowata. Przechodząc daléj do zbadania samego oczodołu, przekonaliśmy się, iż był w dwójnasob powiększony, mianowicie kosztem kości sitowéj i szczęki górnéj. Otwór wzrokowy również rozszerzony, był przytém napełniony massą czerwonawą, skrzepłą, pochodzącą z samego nerwu wyrodzonego. Ta massa, stykała się z tyłu z guzem wewnątrzczaszkowym, a od przodu z narośla operowaną.

Nie wspominam tutaj wcale o innych przemianach patologicznych, dostrzeżonych w organach, położonych w klatce piersiowéj lub jamie brzusznéj, odnoszących się do objawów poprzedzających śmierć; chciałbym tu jeszcze zrobić mały rzut oka, na samo cierpienie od chwili operacyi.

Guz w mowie będący, był natury *rakowatéj*, źródłem jego był sam nerw *optyczny*, a wyrodzenie to sięgało już wczasie pierwszéj operacyi do czaszki. To, co było rozpoznane i sprawdzone przy badaniu nerwu optycznego, kazało nam postawić rokowanie *niepomyślne*, które też niestety się sprawdziło; w następstwie bowiem, wyrodzenie posunęło się aż do miejsca samego skrzyżowania nerwów. Ta zaś część ostatnia (skrzyżowanie samych nerwów), nie uległa dla tego podobnemu wyrodzeniu, ponieważ guz formował się tylko w tkance łącznéj nerwnéj, ta zaś pozbawioną jest skrzyżowania. Koniec

przedni nerwu pozostawiony w oczodole, przyczynił się do uformowania nowego guza, który tak kości porozsadzał, a któren wypychając się naprzód w postaci ciała okrągłego, pokrył się błoną łączną, oszczędzoną w czasie operacyi. Koniec zaś tylny nerwu, dał początek guzowi położonemu w zrazie przednim mózgu, a część pośrednia, łącząca te dwa guzy, znajdująca się w samym otworze wzrokowym, rozszerzyła takową znakomicie. Treść samego nowotworu, zwolna mięknąc rozpadała się, jak to w guzach tego rodzaju zwykle miewa miejsce, i ztąd to niezawodnie, pochodziła owa znaczna ilość płynu żółtawego, znalezionego przy powtórnéj operacyi, również i massa skrzepła, czerwonawa, w samym otworze wzrokowym. Gdyby chory był pożył dłużéj, massa ta rozmiękając, utworzyłaby sobie bezwątpienia nową drogę na zewnątrz wtkance komórkowatéj, oddzielającéj guz od ścian oczodołu; wypróżnione miejsce między powiekami, dałoby początek przetoce, prowadzącéj do samego dna oczodołu, a wypadek ten przyszpieszyłby bezwątpienia śmierć.

Zapalenie mózgu i osłon jego po operacyi powstałe, przyszłoby wtedy jako następstwo nieuniknione samego przebiegu choroby.

Jest to jeszcze szczególnego w tym wypadku, iż guz wewnątrz czaszki, za życia niezdradzał się przez żadne symptomata, mimo ucisku i znakomitego zniszczenia saméj massy mózgowéj; tłómaczym to sobie powolném rozwijaniem się nowotworu, również i tém, że owa część mózgu, pozbawioną jest wpływu i ściślejszego związku z ważnemi czynnościami życia.

Sprawozdanie lekarskie z czynności Szpitala S^go^ Ducha pp. Marcinkanek

za rok 1860.

(Ciąg dalszy). (*)

ODDZIAŁ GORĄCZKOWYCH MĘŻCZYZN.

Dr. Grabowski.

Pozostało chorych z roku 1859	29
Przybyło w roku 1860	476
Było w ogóle	505
z tych:	
Wyzdrowiało	394
Przeniesiono do innych Szpitali lub oddziału	13
Umarło	76
Pozostało na rok 1861	22
Razem jak wyżéj	505

W liczbie zmarłych było 11 konających, nie będących przedmiotem leczenia, stosunek zatem pozostałych zmarłych, do liczby chorych w tym roku leczonych, był 100: $78^{6}/_{10}$.

(*) Patrz Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. z r. 1861.

W roku 1860 nie było żadnych epidemicznych chorób, przy zmniejszonym zatem napływie i ruchu chorych, a tem samém stosunkowo większéj liczbie chorób chronicznych, nieuleczalnych, śmiertelność niekorzystną przedstawia cyfrę. Nie tylko bowiem 11 złożono osób w ostatnich chwilach życia, ale i w liczbie innych zmarłych w Szpitalu chorych, było wielu takich, którzy zgłosili się z zaniedbanemi niemocami, nieprzedstawiającemi żadnéj wyleczenia nadziei, a schronienie w Szpitalu miało na celu, oprócz środków opóźnionego ratunku i oszczędzenia kosztów przeciągłéj kuracyi, nadto oszczędność przewidywanych kosztów pogrzebowych.

Charakter chorób w ciągu całego roku panujących, i w oddziale niniejszym postrzeganych, był reumatyczno-kataralny, z szczególnem zajęciem organów oddechowych, błon śluzowych, skóry, organów zmysłów zewnętrznych. Przewód kiszkowy, nie tak często był siedliskiem chorób, aniżeli w latach poprzednich. Przemagała zaś liczba zapaleń oskrzeli i płuc (broncho pneumonia) opłucenéj i tychże organów (pleuro-pneumonia) gorączki reumatyczne, reumatyczno-kataralne, reumatyzm zapalny i przewlekły, gorączki gastryczne, zapalenia gruczołów przyusznych i podszczękowych, róża, odra, ospa rodnia i wietrzna, zapalenia gardła natury dyfterytycznéj, odpowiadające grassującemu w porze letniéj na mieście dławcowi; zimnice i ich następstwa, to jest, zatkania trzewów brzusznych, oraz puchliny, mniéj były liczne niż poprzednio, i łagodniejsze w przebiegu; typ trzy dniowy lub codzieny, pospolitszy był niż czterodniowy; do rzadszych niż zwykle chorób, należały gorączki tyfoidalne, biegunki proste i krwawe i zapalenie kiszek, oraz błon mózgowych. Charakter tyfoidalny zja-

wiał się niekiedy w przebiegu groźnych zapaleń płuc i to ku końcowi, jako objaw złowrogi. Z licznych chorób, leczono obłęd pijacki, kolkę ołowianą, pierwszy wypadek nosacizny ludzkiéj, który poniżéj obszernie przywiedziem. Z chorób chronicznych, zwykła załoga suchotników, opuchniętych, paralityków, stawiała niepokonane w pomyślnem leczeniu trudności, powiększając w wykazie rocznym, rubrykę umarłych.

W wyborze o zastósowaniu środków lekarskich, ważną mieliśmy pomoc w otrzymaniu nowéj Farmakopei Szpitalnéj, która streściła najdzielniejsze i najużywańsze leki, w postaci prostéj, w użyciu łatwéj i pod ogółowemi nazwami. Nie tylko oszczędność kosztów kuracyjnych, naturalném jest następstwem téj pożytecznéj pracy jak i ułatwienie wizyt lekarskich. W nich, szczególnéj dokładaliśmy usilności w zbadaniu natury i siedliska choroby; środki pomocnicze w dyagnostyce pukanie i przysłuch, rozbiór chemiczny moczu, w każdym razie zastosowane były, gdy była potrzeba ku temu celowi; nieposiada dotąd nasz Szpital Laryngoskopu, o którego nabycie w dwóch egzemplarzach, mam zaszczyt uczynić wniosek.

Porównywając charakter i przebieg pojedyńczych rodzajów chorób, z podobnemi w latach poprzednich, znakomitą postrzegamy różnicę, że ubóstwo krwi (Anaemia) nie tak jest pospolite, że jéj zwodnienie (hydraemia) nie tak częste i tło tyfoidalne w ogólności, nie tak pospolite. Toż samo można powiedzieć o powikłaniach zimniczych: zdarzyły się w prawdzie peryodyczne ograżki, na początku chorób odrębnych zapalnych, albo gorączek, w rekonwalescencyi znowu pojawiały się, w postaci skrytéj, niewyraźnéj zimnicy, ale niestanowiły przeważnych cech niemocy, ani wybornością formy, ani upor-

czywością trwania, i bez użycia siarkanu chininy ustępowały.

W chorobach zapalnych przewodów i organów oddechowych, częściéj niż w kilku latach poprzednich, zachodziła potrzeba krwi upustu; emetyk i saletran sody pożyteczną niosły usługę i nieustąpiły jeszcze pierwszeństwa morfinie, według życzenia niektórych Lekarzy Szkoły Wiedeńskiéj i Krakowskiéj, mającéj zająć w leczeniu zapalnych chorób pierwsze stanowisko. Przewlekłe choroby organów oddechowych, mianowicie gruźlica, wszelakiéj postaci, nieżyt płucny, dychawica, były nietylko częste, ale i uporczywe. Gościec (rheumatismus) zapalny i niegorączkowy, również przyczynił się znacznie do zwiększenia liczby chorych; w leczeniu téj choroby, użycie środków zewnętrznych, a zwłaszcza samych zewnętrznych, zawsze bezsilnem się okazało, niekiedy wielce szkodliwem. Energiczne zaś leki na przewód kiszkowy działające, a przytem na funkcyę nérek i skóry nieobojętne, łagodziły chorobę i od najgroźniejszego zajęcia osierdzia zabezpieczały. Jeżeli zaś téj okolicy choroba dosięgła, obszerny i długi w jątrzeniu plaster much hiszpańskich, obok użycia gatunkowych leków, główną przynosił usługę; ku końcowi choroby, po wytrwałem dopiero użyciu w miarę indywidualnego wskazania saletry, winianu potażu i antymonu, jodyny, ziemokwitu, tojadu, zewnętrzne środki w gośćcu stawowym, uwieńczały leczenie, mianowicie: pęzlowanie jodyną i wcieranie maścią z *rzeczną gąbką??* (Spongilla fluviatilis).

W puchlinach głównem w leczeniu wskazaniem, śledzenie chemiczne moczu i baczność na pierwiastkowe źródło choroby; najczęściéj china, żelazo, kwas saletrowy, miał pierwszeństwo, a nawet skuteczniéj zwiększały wy-

dzielanie moczu, aniżeli leki znane z własności pędzącéj urynę.

W leczeniu zimnic, dzięki Opatrzności, dosyć już rzadkich i nieupartych, przeznaczono, praemissis praemittendis, duże działki siarkanu-chininy, np. gran 10 na raz w dobę, nad pół drachmowe rostwory dawane po łyżce, dzielniejszy to był środek i tańszy nierównie.

W zawiłych zdarzeniach diagnostycznych, zasięgał sprawozdawca światła Naczelnego Lekarza, oraz innych kolegów w Szpitalu; korzyści ztąd spływały dla chorego i Lekarza, a choroby takie, jeżeli mimo wszelkich możebnych usiłowań, zakończyły się śmiercią, jeszcze otwierały pole poszukiwaniom nauki, w pośmiertnem dochodzeniu siedliska i natury niemocy; sekcyi patologicznych ze szczegółowem sprawozdaniem, uskuteczniono 12.

Jako część rapportu, kazuistyczny przywiodę opis nosacizny u człowieka (Malcus humidus, vel farciminosus hominis).

Dnia 8 Sierpnia 1860 roku przybył do Szpitala uczeń rzeźniczy 18 letni Adam Markowski, z ulicy Nowolipie Nr. 2423, szczupły, lecz wyrosły, od 2 tygodni już w domu chorujący, z oznakami gośćca zapalnego. Z początku były dreszcze jak w zimnicy, późniéj darcie czyli łamanie w odnogach górnych i dolnych, następnie pręgi czerwone, twarde, bolesne, świadczące o zapaleniu naczyń skroniowych, gorączka silna, ból głowy, nudności niespokojność, rzucanie się. Pręgi owe następnie sinieją, a w ich przebiegu, postrzegać się dają guzy przechodzące w ropienie i w różnych punktach powierzchni ciała białe pryszcze, wielkości grochu okrągłego, rzadkie, liczbą zaledwie do 20 dochodzące na całem ciele. Gruzły zropiałe, wydają z razu ciecz czystą, następnie skażoną i

posokowato. Siedlisko tych ropni, bliskiem jest stawów kostnych, a poprzedzone są zjawieniem różnych plam. Temu przebiegowi choroby, towarzyszyło ogólne wychudzenie ciała. Dano choremu wodojodan-potażu, w zwyczajnéj działce, po 2 łyżki dziennie, oraz nalewką jodyny, pęzlowano cierpiące stawy. Wyprożnienia stolcowe były częste, wodniste; 10 Sierpnia zjawiło się już bredzenie i inne objawy cierpienia błon mózgowych, gorączka pałająca, twarz ciężkie wyrażająca cierpienie, biegunka, przeciw któréj przepisano 2 lewatywy z krochmalu i 5 kroplami makowca, na karku przyłożono plaster z much hiszpańskich, nazajutrz chory odzyskał cokolwiek przytomności. Dnia 12 Sierpnia, bredzenie i silna gorączka wzmogły się, brzuch był wzdęty, wyprężony, po konsultacyi z Naczelnym Lekarzem Szpitala, Doktorem *Groer*, i stwierdzeniu rodzaju choroby, zdecydowano zawiadomić Urząd Lekarski Miasta Warszawy, celem wyśledzenia początku choroby, i przedsiewzięcia odpowiednich środków, zapobiegających jéj rozszerzeniu się, policyjno-lekarskich i policyjno-weterynaryjnych, choremu przepisano chlorek żywego srebra po $^1/_4$ części granu, co 2 godziny. Tegoż dnia, zawezwany zostałem do miejsca zamieszkania Markowskiego, gdzie syn rzeźnika, u którego tenże zostawał w terminie, 15 letni Józef Zalewski, złożony był zupełnie taką samą niemocą. Początek jéj przedstawiał się w postaci tyfoidalnéj, odpowiednio do téj postaci, leczył go naprzód Lekarz ordynujący przyległego Szpitala Ewangielickiego, Dr. *Łuczkiewicz*; zjawione jednak cechy charakterystyczne nosacizny ludzkiéj, niepozostawiały żadnéj o naturze choroby wątpliwości. W domu tym, wynajmował stajnią handlarz koni, który je w Piątek na targ Muranowski wysyłał; oba chłopcy

BIBLIOTEKA LUBLIN MEDYCZNEJ

chorzy uczęszczali do stajni, Markowski nawet sypiał w niéj niekiedy; zarządzone atoli, przy pomocy Policyj i Assesora Weterynaryi przy Urzędzie Lekarskim Miasta Warszawy, śledztwo na gruncie,—konia nosatego, ani w tém, ani w innych miejscach, wykryć nie zdołało. Odtąd, miałem razem dwóch młodzieńców w leczeniu na tę straszną chorobę, pierwszego w Szpitalu, drugiego prywatnie. Jak przebieg choroby, tak i dalsze ich leczenie różnem nie było, lecz w obudwu było bezskutecznem.

Dokończam historyą choroby Markowskiego; dnia 13 Sierpnia, nabrzękły powieki oka lewego, zupełny brak przytomności umysłu, chory trzyma ręce na częściach płciowych, puls do 124 uderzeń dochodzi, język czerwony, mocno z początku suchy, następnie lepkim mułem powleczony; dano choremu mleko konopne, i przykładano gorczyczniki na kończymy.

Dnia 14 Sierpnia, gruzły zrazu stwardniałe, zmiękły i dojrzałą, lubo nieczystą ropę sączyły; były one w różnych okolicach ciała widoczne, około barków, na biodrach, blisko kolan i łokci, naliczyłem ich 8, mniéj więcéj, jednostajnéj wielkości, dochodzącéj tureckiego orzecha; język znowu zupełnie *stał się suchy*, popękany, szorstki; chory odzyskał przytomność umysłu, lecz nie był w możności wyjaśnić początku zarazy, wyznał jedynie, że sypiał w stajni. Dano choremu, wodę chlorową z kamforą.

Dnia 15 Sierpnia, z lewéj dziurki nosowéj, dobywa się ciecz ropiasta, ropnie obszerne, w różnych miejscach powierzchni ciała są widoczne, stopa lewa nabrzękła, zgrubiała, twarda, bolesna, na kości kuprowéj, gangrena

z odleżenia. Przepisano z narady z Naczelnym Lekarzem Szpitala, odwar z kory chiny czerwonéj, z pół uncij na ośm, z dodatkiem 2 drachm elixiri acidi Halleri, co godzina po łyżce. Do opatrunku pośladków, użyto wody gulardowéj. Dzień 16 Sierpnia, był ostatnim dniem życia Markowskiego, z rana, miał jeszcze twarz rozpaloną, jasno czerwonego jakby purpurowego koloru, nabrzękłą, zwłaszcza na prawym policzku, około skrzydła nosowego. Pryszcze białe, wyniosłe, widoczne są na twarzy, lecz rzadkie, wcale z sobą niezlewające się. Chory sapiąc i chrapiąc, głośno oddycha, język doszedł najwyższego stopnia suchości. Ropnie czerwone, liczne dosyć wielkie, zwłaszcza koło stawów, różny stopień dojrzałości przedstawiające. O godzinie 5 z południa, widziałem konanie chorego, wyrażającego największe boleści, niespokojność i parskanie nosem. W trzy dni potem, umarł w domu, jego rówiennik Zalewski.

W pierwszym i drugim wypadku, sekcya ciał odbyta być nie mogła. W Szpitalu bowiem, żaden z felczerów i uczniów felczerskich, uskutecznić jéj niechciał, z obawy zarażenia się; w domu, niezezwolili na sekcyją rodzice zmarłego.

W dawniejszych czasach, przestrzeganą była przez Weterynarzy ostrożność przy sekcyi nosatych koni, pierwszy jednak Doktor *Loron*, opisał historyą tego rodzaju choroby, przeniesionéj z konia do człowieka (w Journal de médicine, chirurgie, et pharmacie, w roku 1812, w poszycie Lutowym). Opis ten, niewielkie podówczas sprawił wrażenie. Drugi, wyraźniejszy téj choroby opis, zamieszczony jest w dziele *Waldinnger'a* „Ueber Krankheiten der Pferde, Wien 1816 i w *Rust Magasin der Chirurgie* 1821 r., tom II, opisany przez Sztabs Lekarza

Schillinga. Chory, był posługaczem stajennym w Berlińskiéj szkole weterynaryi i obmywał nozdrza nosatego konia. Oprócz ropiejących pryszczów na ciele, postrzegano u tego chorego bąbel na nosie, który był potém zniszczony zgorzelą, przy sekcyi, widziano na kości czołowéj ropiące punkta, i zbiory ropne wśrod mięśni. Prawie jednoczesnie, angielski lekarz *Museroft* opisał historyą choroby kawalerzysty „w Journal of Edimburg 1821, tom 18, str. 321" który skaleczył się w rękę przy sekcyi nosatego konia i umarł wśród wszelkich objawów nosacizny. Dr. *Weisses* w Newmarket, opisał podobne postrzeżenie, także włoski Lekarz *Parozzi*, opisuje w roku 1822, że w stajni, w któréj był koń nosaty, sypiało 35 osób, z tych 11 uległo niniejszej chorobie. Dziennik Edymburgski z roku 1823, obejmuje 3 nowe tego rodzaju zdarzenia nosacizny u ludzi, *Rust Magasin* także jedno. W roku 1829 Dr. *Grube* i *Krig*, pisali rozprawy na stopień Doktora w uniwersytecie berlińskim o téj chorobie, a w roku 1836, podobną rozprawę napisał w Berlinie, Warszawianin Józef *Lilpop*. Z większą dokładnością określił monografią téj choroby Dr. Andrzéj *Brown*, w Londynie w roku 1829; opis ten, dotyczy kaprala, który konia nosatego opatrywał. W tymże czasie, Dr. *Elliotson* opisał z dokładnością 3 podobne zdarzenia (Trans méd. chir. vol, VI), a 2 Dr. *Numan* w Utrechcie. W piśmie londyńskiem „the médical lancet, z dnia 11 Lutego 1836 roku, przywiedzioną jest historya mastalerza, który miał palec lekko zadraśnięty i opatrywał nosate konie. Zaczęła się choroba od zaognienia i ropienia palca, następnie, cierpienie rozszerzyło się w kierunku naczyń surowiczych, z wyrzutem skórnym pryszczelowym, zgorzelą, i zakończyło się śmiercią. DDr.

Elliotson i *Williams* w roku 1833, inny widzieli przykład podobnéj choroby.

Prof. *Hertwig* w Berlinie, w *Médicinische Central Zeitung* z roku 1834, przytacza 7 takichże historyi choroby, z których zdaniem Prof. *Rayer*, 4 pochodziły z nosacizny końskiéj, a 3 z choroby, zwanéj *tylczakiem*. W Journal de médecine veterinaire Janvier 1835 p. Felix *Vogel* z Lugdunu, przywodzi 5 zdarzeń zarażenia się człowieka od koni, tylczakiem dotkniętych. Prof. *Alexander* w Utrechcie, w „Archives générales de médecine Paris, 1836 r.“ opisał 2 historye tejże choroby, Dr. *Wolff*, 3 przykłady, Dr. *Prinz*, prof. Weterynaryi w Dreznie, 1 przykład, Dr. *Hardwicke* 2 przykłady. DDr *Rennes* i *Duplaj*, opisali w „Archives générale de médecine, tom 31“, 5 podobne zdarzenia. PP. *Burgviers* i *Vigla* opisali historyą téj choroby widzianą w klinice prof. *Brescheta* w roku 1838. Następnie, ogłaszali monografie na własnych postrzeżeniach w Paryżu oparte, DDr. *Deville*, *Husson*, *Nivet*, *Nonat*, *Legrouix*, *Andral*, *Lions*, *Petit Renard*, *Schutzbe*; *Duclos* opisał wypadek nosacizny u kobiety, zajmującéj się wyrabianiem materaców z włosia końskiego (Journal de Médecine de Bordeaux 1847); umieszczony w tygodniku lekarskim Warszawie 1848, Nr. 23, str. 181, wypadek nosacizny, u fornala z gminy Cychry, w powiecie Warszawskim, leczony był i opisany w rocznem sprawozdaniu za rok 1860, przez L. Majkowskiego, Lekarza Szpitala Śgo Piotra w Grójcu. Dr. *Lutkiewicz*, opisał podobny wypadek na fornalu w Ostrowiu, dobrach hr. Tyszkiewicza. (Tyg. Lek. Nr. 10, str. 74). Najdokładniejszą w tym przedmiocie rozprawę, napisał prof. *Rayer*, w „Mémoires de l'académie royale de Médecine, tom VI, 1837“ z wnioskiem, że choroba ta

wywiązać się może, nietylko przez zaszczepienie lub dotknięcie cieczy ropiastéj koni nosatych, ale nawet przez samo z niemi przebywanie w stajni, oraz, że niższy stopień nosacizny u koni, nazwany tylczakiem, podobną własność zarażania człowieka, przy pewnych warunkach posiada. Nie tylko łączność i podobieństwo objawów nosacizny u koni i człowieka, przemawiają za tożsamością choroby; z przyczyny jednakże, że u człowieka, niezawsze odpływ ropiasty z nosa i obrzmienie tego organu, zwłaszcza z początku choroby, postrzeganem bywa, celem usunięcia wszelkiéj w téj mierze wątpliwości, Dr. *Jonate* w Paryżu, przedsięwziął szczepienie w roku 1833 flegmy nosowéj człowieka, złożonego tą chorobą, zdrowym zwierzętom kopytowym. Koniowi zaszczepił lancetem w błonę nozdrzową, a osłowi zapuścił takiż lancet w świeżą otwartą ranę żyły; obie sztuki, z objawami rzeczywistéj nosacizny w dni kilka padły (archives générales de Médecine, tom II, p. 383). Podobne doświadczenie powtórzył prof. *Rayer* w r. 1837, z równym rezultatem, który był przedstawiony Doktorom *Dupuy* i *Boulay*.

Professor Weterynaryi *Husson* w Elfurt, czynił podobne doświadczenie pod okiem Doktorów *Burthéleny*, *Bouley* i wszystkich miejscowéj szkoły nauczycieli. Sprawdzili tę samą własność DDr. *Andral*, *Lebrun*, *Vigla*, *Niwet* i inni, zawsze z niezmiennym skutkiem. Pomimo jednomyślności przekonania powyższych lekarzy, na oczywistem opartego doświadczeniu, co do tożsamości choroby u konia i człowieka, znaleźli się wszelako uczeni lekarze, którzy jak prof. *Magendie* w gronie Akademii nauk, a Dr. *Bartheleny* w gronie Akademii lekarskiéj, zaprzeczali temu faktowi, przypisując nosaciznie u czło-

wieka odrębną własność, natury karbunkułowéj, na gatunkowem zakażeniu krwi, polegać mającéj.

O ile pewne spotykamy skazówki w rozpoznaniu choroby, w dokładniejszem opisie jéj cech rozpoznawczych, przebiegu i trwaniu, o tyle powierzchowne i niepewne czytamy wskazania do leczenia, które we wszystkich wypadkach choroby rozwiniętéj i niewątpliwéj, bezskutecznem się okazało. Upusty krwi z żyły, otwieranie bąbli i ropni, wycinanie gruzłów, kwasy mineralne dawane do wewnątrz, woda chlorowa, octan ammonii w wielkich daniach, wreszcie china i kamfora, cytowane są przez autorów, jako nadaremne usiłowanie ratunku i próby, także łaźnie parowe. Pośmiertne poszukiwanie, przekonały o wychudzeniu ciała, mimo krótkotrwałości choroby, o stężałości trupiéj długo przeciągającéj się. Wcieczy, w pryszczach skórnych zawartéj, dostrzegać się dają przy pomocy drobnowidza, kulki krwi zakażonéj, wśród lepkiéj i jakby błoniastéj posoki, pryszcze dawniejsze zawierają ropę płynną. Pryszczele przechodzą obiętość grochu polnego i z wejrzenia, podobne są do wysypki zwanéj, Rupia. Ropnie, mają siedlisko pod rozpostarciem ściągnistem mięśni, mniéj więcéj obszerne, mieszczą jakby zakrzepłą mięszaninę ropy i krwi, którą Professor *Rayer*, z wejrzenia porównywa oryginalnie do lodów porzéczkowych. Błony nosowe czyli Schneidera, przedstawiają sine plamy i naprężenia naczyń krwio-nośnych; w zatokach czołowych, jakby wysypka pryszczelowa i podobna, lecz drobniejsza w nosie, lecz dopiero po śmierci widoczna. Pryszcze wielkości prosa, białawe, wewnątrz cieczą pół płynną wypełnione. W zatoce Highmora, znaczna ilość gęstego, żółtego śluzu. Błona śluzowa w przegrodzie nosowéj, nabrzękła, rozpulchniona,

jakby krwawiąca, miejscami przedziurawiona, jakby zgorzelą dotknięta, a miąższość przyległych kości, bardziéj dziurkowata, jak gdyby były nieco rozdęte. Spodnia powierzchnia nakrywki głosowéj nabrzękła, fioletowa; wewnątrz krtani pryszcze, wnętrze krtani zwężone, ściany jego i brzegi znacznie zgubiałe, przewody oddechowe czerwone, płuca miejscami w stanie zapalnym, stwardniałe, z ogniskami ropienia, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego. Ślady zapalenia żył wewnętrznych i powierzchownych, w nich i w sercu, krew skrzepła nie jest ani tak ciekłą, ani lepką, jak po gorączce tyfoidalnéj, ściany wewnętrzne żył są blade, w kulkach krwi, za pomocą drobnowidza, żadnéj niewidziano różnicy i rozbioru chemicznego téj cieczy, nieprzedsięwzięto. W niektórych naczyniach surowiczych, ropa sama, naczynia stwardniałe, postronkowate, a ich gruczoły czyli węzły, czerwone, nabrzękłe, kruche, zwłaszcza w okolicy szczęk gardziela i pachwin. Błona śluzowa przewodu pokarmowego, zacząwszy od podniebienia do kiszek cienkich, przedstawia plamy sine, nabrzękłe, miejscami cokolwiek uszkodzone. Gruczoły przyuszne nabrzękłe, w stanie zapalnym, lub zropiałym; Prof. *Rayer*, przywodzi zjawisko zgorzeli lewéj połowy żołędzi członka męzkiego z 4 pryszczami w pośrodku, oraz zropienie lewego jądra. W jamie czaszki, błona pajęcza mózgu wilgotniejsza niż zwykle, w komórkach bocznych mózgu, lekkie wylania surowicy, mózg w rozkroju wilgotny, kropkowany, naczynia włoskowate miąższości korowéj, mocno krwią nabrzękłe. Siła skupienia mózgu, niezmieniona. Przykostnia w miejscach sąsiednich ropni nabrzękła, czerwona, nieco wyżarta.

Co do zaraźliwości choroby, ta wymaga koniecznie pewnych nieznanych warunków; *Michel Lével*, w dziele

„Traité d'hygiéne publique, tom II, str. 661“ przywodzi, że podczas rewolucyi 1794 r. zabito w St. Germain, 300 nosatych koni, mimoto, niebyło ani jednego wypadku zarazy człowieka, następnie, zabijane konie nosate w szkole Weterynaryi, w Alfert, do rozszerzania choroby między ludzmi nieprzyczyniły się.

Do warunków zaraźliwości choroby, nawet bez zetknięcia, należą letnie upały, dwa wypadki obecnie przezemnie przywiedzione, wydarzone w Sierpniu, sprawdzają ten wniosek. Jakkolwiek choroba ta, samodzielnie wywiązująca się u zwierząt kopytowych, zarażać jest zdolną ludzi, niemniéj jest szkodliwą w zetknięciu innego rodzaju zwierząt *niekopytowych*. Postrzeżenia *Spinali* nauczają, że psy, koty i świnie, również mogą się zarażać od nosatych koni, lecz u nich choroba wywiązuje się odmiennéj postaci, lubo niemniéj zabójcza.

Przy tak szkodliwych własnościach choroby, oceniamy całą ważność Policyi Weterynaryjnéj, nakazującéj rewizye koni na jarmarkach, stacyach pocztowych, targach, karczmach, odpustach, etapach kawaleryi i pociągów, — nakazującéj rozstrzelanie każdego nosatego konia, a oddzielenie zupełnie dotkniętych tylczakiem. W dodatku do tak użytecznych środków ostrożności, pożądanem byłoby, popularne pouczenie uboższéj ludności, która z choremi końmi bywa w styczności, jako to: fornali, woźniców, kowali, oprawców, garbarzy, strożów stajennych, pocztylionów, bereiterów, i kawalerzystów, wreszcie włościan nabywających konie za najtańsze ceny, o strasznych skutkach zagrażających utratą życia, nie tylko z zetknięcia wyrzutu nozdrzowego z powierzchnią ciała ludzkiego, ale nawet z przebywania, a nadewszystko nocowania w ciasnych i nieczystych, nieprzewie-

trzanych stajniach, mieszczących chociażby jednego nosatego konia. Tem szkodliwsze jest, tak powszechne u woźniców przykrywanie się derą zdjętą z koni, czaprakiem, picie wody z tegoż samego kubła. Zaniedbanie ochędóztwa około własnego ciała, mianowicie nieobmycie się, po każdem chędożeniu koni szczotką i zgrzebłem, a zwłaszcza po opatrywaniu konia chorego, gdy wypadało obcierać lub dotykać się jego nozdrzy. Dzięki Opatrzności, wypadki nosacizny, u ludzi, dotychczas nie były częste, ale ważność choroby wymaga, *ażeby o jéj własnościach i skutkach, niższa klassa społeczeństwa, poznała dokładniejszą wiadomość, anizeli ją dotychczas posiada.*

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

O tumorach, czyli guzach w jamie brzusznéj, z przeważném uwzględnieniem części dyagnostycznéj.

(Dalszy ciąg.)

Jakośmy powyżéj nadmienili, ulegać musi sposób badania guzów brzusznych, stósownie do okoliczności, rozmaitym zmianom.

O ile ważném jest stósowne *ułożenie ciała*, w cierpieniach narządów brzusznych w ogólności, o tyle ważniejszem jeszcze się staje, w badaniu nowotworów.

Pozycja, w jakiéj za zwyczaj chorego badamy, jest *pozioma* (leżąca), z podniesioną nieco głową i z zgiętemi kolanami, aby usunąć natężenie mięśni brzusznych. Jednakowoż należy chorego przekładać na bok lewy i prawy, ponieważ podczas téj zmiany stosunki tak szybko się odmieniają, iż to, czegośmy się wprzód tylko domyślali, późniéj za pewność uważać możemy. Rzadko kiedy, zniewoleni jesteśmy badać w pozycji *siedzącéj*.

Po stosownem ułożeniu ciała, należy dobrze *obejrzeć* żywot. Oglądanie bowiem żywota, obznajamia nas z jego objętością, kształtem, i własnościami jego ścian. Prawidłowy nawet żywot, ulega różnym pod tym względem odmianom. U osób chu-

dych, znachodzimy go płaskim, nieco wypukłym, przeciwnie zaś u otyłych w różnym stopniu wystającym. Kształt żywota, zmienia się stósownie do wieku chorego; u dzieci bywa sklepisty, u starych zapadły. Sznurówka u kobiet, przyczynia się wiele także do zmiany kształtu żywota. Jeżeli więc, są nowotwory w żywocie, które swą wielkością powodują zmianę w objętości tegoż, to odmiana ta postaci żywota, albo będzie *ogólna*, albo *częściowa*, *jednostajna* albo *niejednostajna*. Nagromadzenie gazów i łajna w jelitach, niepowodują zawsze jednostajnego wzdęcia żywota; widzieliśmy nawet wypadki, iż w skutku kurczu dwóch poblizkich części jednego jelita, przez rozprężliwość gazów w tychże częściach, powstało *ograniczone*, częściowe wyguźlenie żywota. Przeciwnie, powodują tak gazy jako i płyny, powstające w jamie otrzewnéj żywota, a niekiedy i wielkie wodunki jajników i nagromadzenie moczu w pęcherzu, *jednostajne wzdęcie* brzucha. *Częściowe* zaś powiększenie objętości żywota, powstają albo przez zwiększenie różnych trzewiów, albo przez wodunki, ograniczone wysięki lub nowotwory, mające swoje siedlisko w trzewach, lub ścianach brzucha.

Wielkość i miejscowienie nowotworów, wpływa głównie na zmianę własności ścian brzusznych, tak pod względem ich rozciągłości, barwy, połysku i gładkości. Dosyć często w takich wypadkach, bywają żyły skórne żywota rozdęte, albowiem nowotwór, znajdujący się w ścianach brzucha, wywołując przycisk na większe pnie żylne, lub też w jamie żywota ugniatając żyłę próżną dolną (cava inferior), lub jéj boczną gałęź, zmniejsza ich średnicę, i tym sposobem powoduje obieg krwi poboczny, a tym samem i *rozdęcie żył*.

Wykrywszy podczas oglądania jakie ograniczone obrzmienie żywota, należy, zanim przystąpimy do obmacania (palpatio), zwrócić uwagę nato, jaki wpływ wywiera *oddychanie* na powiększenie tego obrzmienia, chociaż właściwe znaczenie ruchów oddechowych, jako środka pomocniczego w rozpoznaniu guzów brzusznych, okaże się dopiero jawnie podczas obmacania. Nabrzmienia, wywołane przez nowotwory, znajdujące się w ścianach żywota, odbywać będę podczas oddechu, poruszenia *od tyłu ku przodowi*, gdy tymczasem guzy, powstałe przez nowotwory poło-

żone w saméj jamie brzucha, podczas wdéchania się *zmniejszają*, ponieważ wtedy, ściana żywota od nowotworu się oddala; w tych zaś wypadkach, gdzie obrzmienie odbywa poruszenia wspólnie z przeponą, twory te odsuwają się także i *ku dołowi*.

Niekiedy znowu, spostrzegamy przy obrzmieniach brzusznych także *tętnienie*, a to wrazie rozszerzenia głównego pnia aorty, lub gdy nowotwór uciska ją ku stosowi pacierzowemu, Ta ostatnia przyczyna, powoduje najczęściéj tętnienie w żywocie, a nowotwór, znajdujący się *poniżéj przepony*, rzadko odbiera tętnienie od samego serca. Przez oglądanie nakoniec, spostrzegamy przy nowotworach żywota *ruchy robaczkowe* żołądka i jelit, a to przy kurczowych poruszeniach tychże, w skutek zwężenia przez nowotwory wywołanych, a któreto zjawisko, obok przypadłości uwięzienia (incarceratio), do bardzo pożytecznych zaliczamy znaków rozpoznawczych.

Najgłówniejszą podstawą całego badania, jest *obmacanie*, doczego jednakowoż, potrzeba pewnéj wprawy i wydoskonalonego zmysłu dotykania. Ułożywszy chorego w pozycji poziomej na krzyżu i z kolanami zgiętemi, dotykamy żywota obiema rękami jużto lekko, już mocniéj, już też starając się, nowotwór objąć w całości. W początku badania, należy jak najlżéj dotykać żywota, gdyż nagły i mocny przycisk, powoduje natężenie mięśni brzusznych, a tym samym utrudnia rozpoznanie, i częstokroć wywołuje ból. Następnie, dotykamy się samego obrzmienia, kładąc chorego na obydwa boki, ponieważ podczas takiej zmiany położenia, nowotwory, które leżą w blizkości krzyża pod jelitami, występują ku przodowi i stają się przystępniejszemi do obmacania. Dotykanie obznajmia nas z wszystkiemi własnościami nowotworu, jakoto: z umiejscowieniem, wielkością, sąsiedztwem, zbitością, chełbotaniem, ruchliwością, czułością, i drganiem.

Co się tyczy *siedliska* nowotworu, to może być rozmaite, i tak może brać początek z każdego trzewu brzusznego, z powłok i tworów, leżących po za obrębem otrzewnéj. Guzy, które napotykamy w *ścianach żywota*, mogą być skutkiem zapalenia i jego następstw, lub też pochodzą z nowotworów; w którychto razach, wyśledzić można *warstwę*, w któréj gości nowotwór, o czem jeszcze w części szczegółowéj, mówić będziemy. Najczęstszém sie-

dliskiem guzów brzusznych bywa *otrzewna i jéj zdwojenia*; a ich zbadanie, największym w tedy podpada trudnościom, jeżeli, jak to często bywa, powstają zrośnienia z ścianami żywota, albo z trzewiami jamy brzusznéj. Wszystkie organa miąższe, znajdujące się w jamie brzusznéj, mogą być podstawą tworów chorobowych, tudzież zmiana ich właściwego położenia, może powodować guzy, które różne siedlisko mieć mogą. Podobnie napotykamy nabrzmienia, w całym przewodzie pokormowym, które przez gazy, łajno i nowotwory powodowane bywają. Podobne twory, biorą początek w miednicy, w pęcherzu, w jajnikach, w macicy, o czem z osobna mówić będziemy, gdyż ich znajomość, jest niezbędnie potrzebną przy rozpoznaniu różniczkowém nowotworów brzusznych. Ma się rozumieć, że w tych wypadkach, samo obmacanie nie na wieleby się przydało, ale należy przystąpić do *bezpośredniego badania macicy i kiszki stolcowéj*.

Wielkość guzów brzusznych bywa różną, począwszy od wielkości orzecha laskowego (i w tedy są trudne do zbadania, zapomocą dotykania), i dochodzi do olbrzymiéj objętości, tak, iż całą jamę brzuszną wypełniają; głównie pod tym względem, odznaczają się raki i wodunki jajników.

O kształcie guzów, który nader liczne przedstawia zmiany, będziemy obszernie mówić w części szczegółowéj, albowiem znajomość kształtu, okazuje się wielce pożyteczną przy rozpoznaniu niektórych chorób, jako: ruchoméj śledziony, nerki, guzów łajnistych, w rozdęciu żołądka, pęcherzyka żółciowego, i pęcherza. Granice nabrzmienia, już to bywają wyraziste, przy samoistnych ruchomych tworach, lub też nie wyraźne, przy naciekowych nieruchomych masach, szczególniéj jeżeli współcześnie jest zebranie płynu, a ściany są grube i niepodajne.

Powierzchnia nowotworów bywa rozmaitą; i tak, bywa gładką, albo równą, najczęściéj jednakowoż nierówną, guzkowatą, zrazikowatą, rurkowaną. Zbadania tych własności w niektórych razach, bywa bardzo ważne przy rozpoznaniu, że przypomniemy tu tylko wcięcia śledziony, przy rozpoznaniu zdrożności tejże. *Zbitość* guzów bywa już miękką jak ciasto, już twardą jak kość, inny zaś stopień pośredni, zależy od grubości i stopnia natężenie ścian nad niemi położonych.

Bardzo ważnym znakiem rozpoznawczym jest *chełbotanie* (fluctuatio), lecz z pewnością potwierdza się ono tylko w nabrzmieniach położonych w poblizkości ścian brzusznych; w przeciwnych wypadkach, z trudnością tylko da się ono oznaczyć. Szczególniejszą odmianę chełbotania, podał nam pierwszy *Piorry*, t. j. tak zwane *drganie wodunek* (hydatidenzittern), które powstaje w skutku uderzenia pęcherzyka (echinococusblase) znajdującego się w płynie, o ściane torebki otaczającéj, a posłyszane, jako znak rozpoznawczy cierpienia tego uważane być winno. Niektórzy powątpiewali o drganiu wodunek, przez Piorrego podaném, nasze jednakowoż doświadczenie, sprawdziło ważność téj oznaki rozpoznawczéj.

Spostrzeżone przy oglądaniu oznaki chorobowe, jak: tętnienie, poruszenie robaczkowe żołądka i kiszek, mogą być także przez obmacanie stwierdzone. W końcu, dotykanie przekonywa nas o tarciu i *trzeszczeniu* (crepitatio), jeżeli powierzchnia chropowata nowotworu, sciera się z nierówną ścianą otrzewnéj.

Łatwość w *zmianie miejsca* nowotworu, zależy od ruchliwości organu, na którym guz spoczywa, tudzież od podstawy jego, t. j. czy jest szeroką, czy też szypułkowatą, w końcu, czy się objąć da, lub nie. Początkowo ruchome twory, mogą się stać nieruchomemi przez przyczepienia i zmianę miejsca, i przeciwnie, wskutku rozciągliwości i zerwania się podstawy.

Pukanie, nie ma téj wartości w rozpoznaniu guzów brzusznych, co dotykanie. W stanie zwyczajnym już, odgłos żywota bywa zmiennym, i dokładne oznaczenie granic organów miąższych jest trudne, a cóż dopiero mówić o guzach, które bywają jelitami pokryte i otoczone. Małego rozmiaru twory, nadzwyczaj trudno wyszukać, większe zaś, pokazują zmienną rozległość odgłosu. W ostatnim wypadku możemy przynajmniéj przez *zbliżenie* oznaczyć właściwą wartość odgłosu perkussyjnego, a to, starając się usunąć jelita, położone na nowotworze i przyciskając plessimetr do niego, o ile tylko można. Odgłos zmienia się niekiedy i przy ruchach oddechowych, jeżeli twory są spojone z organami, które odbywają ruchy wspólnie z przeponą, albo jeżeli ściana przednia żywota, oddala się od tworu chorobowego, a w to

miejsce jelita wchodzą. Rzadko zachodzi potrzeba zastósowania podsłuchu (auscultatio), którego użycie, pomocném być może przy rozpoznaniu głosów, jakie powstaje przy rozszerzaniu żołądka przez spadanie płynu, niemniéj tarcia, głosów wodunek (drganie), tętniaków, i głosów naczyń gazem uciśnionych.

Przechodzimy obecnie do *szczegółowéj części* nauki o guzach brzusznych i nadmieniamy, że dla łatwiejszego zrozumienia rzeczy, zachowamy podany przez anatomię topograficzną, podział okolic żywota.

II.

O guzach w ścianie brzusznéj.

Przypadłości towarzyszące guzom, których siedliskiem są ściany brzuszne, noszą na sobie tak wybitne cechy dyagnostyczne, że rozpoznanie ich nie przedstawia żadnych trudności, gdyż Lekarz może z wszelką dokładnością orzec, czy guz w danym razie, wyrasta z warstw przed-czy zamięśniowych, z poblizkości czy też z saméj otrzewnéj? Orzeczenie to, jest bardzo wielkiéj wagi pod względem terapeutycznym, z powodu, że guzy umieszczone w warstwie *przedmięśniowéj* i *przed otrzewną*, mogą przy sprzyjających innych okolicznościach, poddane być wyłuszczeniu za pomocą noża, bez narażenia chorego na zranienie otrzewnéj, co znowu przy guzach z saméj otrzewnéj, lub z poblizkości jéj wyrastających, dla grożącego zapalenia otrzewnéj, wcale miejsca mieć nie może. Zwracamy tu uwagę czytelnika, na możliwość złudzenia, pochodzącą z niezwykłego rozstąpienia się *mięśni prostych* żywota (mm: recti abdominis) wywołanego przez długotrwałe wyprężenie ściany brzusznéj, skutkiem przebyłych ciąży, opuchliny brzusznéj i t. p., w którymto stanie rzeczy, samo

wzdęcie jelit, lub grudki nagromadzonego w nich kału, poczytane być mogą za nowotwór ściany brzusznéj.

Obecność guzów w ścianie brzusznéj, sprowadza zmiany w saméj *powłoce, czyli w skórze* tejże ściany, jako: zaczerwienienie, wyprężenie, obrzęknienie żył powierzchownych, i zmiany w ruchomości skóry. Guzy zapalnéj natury i takie, które szybko wzrastają i powiększają się, albo z rodzaju złośliwych, rozkrzewiające się zaraz i do skóry (pomimo że źródło ich leży w innych warstwach), wszystkie te guzy, sprowadzają prężenie i czerwoność widoczną; rak zaś, wychodzący z tkanki podskórnéj i sprawa wysiękowa w tejże, znoszą ruchomość powłoki powszechnéj tak samo, jakto się rzecz ma i w innych częściach ciała, z tą różnicą, że tam zdarzają się wyjątki, w których ruchomość skóry, nie wyklucza stanowczo obecności guza złośliwego.

Co się tyczy *stopnia ruchomości* guzów, to zależy od stanu mięśni brzusznych, czy są wyprężone i czynne, czyli też opadłe jak np. przy zbliżaniu odnóg dolnych do żywota. Stósownie do siedliska guzów, dostrzeżemy ruchomość ich, nawet przy naprężeniu mięśni brzusznych w wypadkach, gdzie guz znajduje się przed mięśniami, gdy przeciwnie, guzy położone na opaskach (fascia), mięśniach, lub po za temi, utracą zupełnie lub w pewnym stopniu, swą ruchomość, w chwili czynnego wytężenia mięśni.

Przypadłość *chełbotania* i *prężność*, dostrzeżona w guzach, świadczy o obecności cieczy w tychże, i okazuje się najwyraźniéj tam, gdzie guz tego rodzaju, zajmuje miejsce w warstwie tkanki podskórnej, a zatraca się mniéj więcéj, w miarę głębokości siedliska guza cieczą wypełnionego. Zdarza się wszakże, że przypadłość w mowie będąca, znika zupełnie przy czynnem natężeniu mięśni brzusznych.

Przy rozpoznawaniu guzów brzusznych, wypada zatem przedewszystkiem stwierdzić, czy siedliskiem guza jest *ściana brzuszna* czy *jama żywota*, a w pierwszym wypadku, w któréj warstwie ściany, guz się znajduje?

Do zbadania guza w ścianie brzusznéj umieszczonego, posługujemy się szczególnie zmysłem dotykania, czyli obmacania. Jeżeli badany guz, *w całości swéj posuwalnym* się okazuje

wraz z ścianą brzucha, i wszystkie poruszenia tejże, przez ucisk, pociąganie i oddechanie sprowadzane, jednocześnie odbywa, jeżeli guz rękoma ująć, i całą objętość jego palcami otoczyć można, nabierzemy przekonania, że siedliskiem guza, jest *sama ściana brzuszna.*

Przeciwne znaki, jako: posuwalność ściany brzusznéj nad guzem położonéj, prawidłowość powłoki powszechnéj i własność tejże fałdowania się, nadto znikanie guza, przy głębokiem wdechaniu, są dowody, że guz umieszczony jest *poniżéj ściany brzusznéj* i żadnéj z nią niema styczności. Wyjątek od tego prawidła, stanowią wypadki powikłane, gdzie guz wychodzący z jakiego trzewu brzusznego, w postępie swojem dosięgnął ściany brzusznéj i do téj przyczepionym został. I w takim jeszcze razie, oświecić nas może niekiedy *perkussya*, która przy głębokiem wdechaniu i oddaleniu się ściany brzusznéj od poniżéj leżącego guza, wykaże w miejscu przyrośnięcia guza, odgłos tepy jak poprzednio, tam zaś, gdzie guz do ściany brzusznéj nieprzyrośnięty i gdzie teraz jelita miejsce guza zajmą, poda odgłos jawniejszy.

Do oznaczenia *warstwy ściany brzusznéj*, w któréj osadzony został guz, przystępujemy tym sposobem: guzy przedmięśniowe, występują wyraźniéj i jawniéj w chwili ściągnienia czyli natężenia mięśni brzusznych, kiedy znowu, guzy wśród włókien mięsnych umieszczone, albo, które przez ucisk sprowadziły rozrzédzenie włókien mięsnych, w chwili natężenia mięśni, żadnéj nie ulegają zmianie z powodu, że włókna mięsne, nowotworem wyparte, lub uszkodzone, czynność swą odbywać zaprzestały.

Guzy wyrastające z *otrzewnéj, lub tkanki podotrzewnéj*, spłaszczają się przy natężeniu mięśni, a usunięte w głąb, uchymoją się z pod ręki badającego. Do nader trudnych odcieni dyagnostycznych, zaliczamy rozstrzygnienie, czy badany guz, obrał siedlisko sobie w tkance podsurowiczéj, czyli też w saméj błonie otrzewnéj?

Ropnie ściany brzusznéj, zdarzają się dosyć często i zajmować mogą każdą z warstw téj ściany. Tu znowu, rozstrzygają wyraźne znaki zapalne, jak: czerwoność, podniesienie ciepła i ból, rozpoznanie na siedlisko ropnia w tkance podskórnéj, któreto

przypady znikają przy ropniach głębszych i rozpoznanie opiera się tylko na bólu przy ucisku i poruszeniach, a szczególnie na chełbotaniu, które jedynie wskazuje obecność większéj ilości ropy.

Ropnie miejscowe, oznaczają się zawsze, tak zwanym *wałem, czyli okopem zapalnym*, powstającym ze złogów wysiękowych w okolicy ropnia, gdy tymczasem przypadu tego nie dostaje u ropni *napływowych* (Senkungsabscess). Rozpoznanie ropnia w tkance podsurowiczéj i rozróżnienie jego od zapalenia ograniczonego saméj otrzewnéj, przedstawia wiele trudności, które znikają dopiero przy wydobyciu się ropy na powierzchnię ściany brzusznéj, lub wylaniu się jéj do jamy brzusznéj, które to ostatnie zakończenie, z powodu zgrubienia otrzewnej ścianowéj i przyklejenia jéj do otrzewnéj trzewiowéj, rzadko tylko miejsce mieć może.

Zródłem ropni napływowych ściany brzusznéj, są pospolicie zmiany chorobowe w *żebrach*; a mianowicie pruchnienie żeber, dlatego lekarz przy rozpoznawaniu ropni w tem miejscu, zawsze baczną uwagę na stan żeber zwracać powinien, tem bardziej, ileże choroba tychże, często bardzo żadnych nie objawia znaków i dopiero przy troskliwém badaniu, napotyka najczęściéj jeden mały ograniczony punkt, z kąd wychodzi sprawa pruchnienia kości. Tyle tylko mamy pewnego, że ropień napływowy powstaje zawsze po téj *stronie ściany brzucha*, w któréj znajduje się pruchnienie żeber, a to z przyczyny, że spływająca ropa ku stronie przeciwnéj, napotyka na nieprzezwyciężony opór, błoną rozciągnę w środkowéj linii żywota zastawiony.

Ropnie, zarówno jak innego rodzaju guzy, położone w warstwie pozamięśniowéj, sprowadzają z czasem drogą ucisku zanik włókien mięsnych, a w miarę wzmagania się tego miejscowego ubytu włókien, maleje także i wpływ natężenia mięśnia na umieszczony pod nim guz. W takich wypadkach, pozostaje niekiedy z całego mięśnia zaledwie kilka pęczków włóknistych, które przy naprężeniu się, wytłaczają w podległych miękkich guzach, mniéj więcéj wyraźne bruzdy.

Dla objaśnienia niniejszego wykładu, opiszemy tu kilka ważniejszych wypadków klinicznych:

1. *Ograniczony ropień w prawym, prostym mięśniu brzusznym.*

C. J. 20 letni czeladnik stolarski, silnéj budowy, dostrzegł przed dwoma miesiącami, na ścianie brzusznéj, po stronie prawéj powyżéj pępka, boleśny guz wielkości orzecha, który w przeciągu 4 tygodni, wzrósł do dzisiejszej wielkości, i odtąd niezmieniony pozostaje; wszelkie poruszenie, nawet głębsze wdechanie sprawia dokuczliwe boleści, które wzmagają się najbardziéj przy ucisku poniżéj łuku żebrowego, na zewnętrznéj stronie guza.

Przedsiewzięte na dniu 28 marca 1859 badanie, wykazało obrzękłość poniżéj prawego brzegu żebrowego, któréj rozmiary rozciągały się na wewnątrz do linii środkowéj żywota, na zewnątrz do brzegu mięśnia prostego, ku dołowi do pępka, a w górze do brzegu żebrowego; obrzękłość ta, bez wyraźnych ostrych brzegów, pokryta skórą prawidłowéj barwy i posuwalną, widocznie chełbocąca i bardzo próżna, daje w środku odgłos tępy, a na brzegach i w miejscu pomiędzy nią a brzegiem żebrowym, bębenkowy stłumiony; wznosi się nieco przy głębokiem wdéchaniu a zmniejsza się przy naprężeniu mięśni.

Bacząc na to, że guz ten posuwał się jednocześnie z porószeniem skóry, i że żadnéj styczności pomiędzy niem a wątrobą wyśledzić nie było można, przypuścić trzeba było, że guz ten wychodzi z warstw ściany brzucha; ze względu na bolesność jego wnieśliśmy, że istotą téj obrzękłości jest sprawa wysiękowa przeszła w ropienie, co wskazywało chełbotanie, a niezupełne znikanie guza przy wyprężeniu mięśni, kazało nam się domyślać, że siedliskiem jego był sam mięsień prosty. Z powodu, że choroba nieprzedstawiała żadnych naglących do otworzenia ropnia przypadów, poprzestaliśmy w ciągu 6cio tygodniowej obserwacyi chorego, na zastósowaniu ciepłych okładów i maści makowcowéj, przyczem też, oprócz ulżenia bólów, żadna u chorego niezaszła zmiana. Gdy atoli późniéj, pojawiły się dreszcze i poty nocne, a chory znacznie osłabiony, zaczął widocznie na ciele

ubywać, przekonawszy się o potrzebie rychłéj operacyi, odesłaliśmy chorego na oddział chirurgiczny prof. Schuh, gdzie rozpoznanie nasze najzupełniéj stwierdzone zostało.

Wypadek ten przedstawia bardzo ciekawą okoliczność pod względem etiologicznym, gdy bowiem ani zewnętrzne uszkodzenie, ani pruchnienie żeber, choroby téj nie sprowadziło, jak świadczy wywód (anamnesis) i brak cierpienia kości, — przypuścic trzeba, że początkiem ropnić było *pęknięcie pęczków włóknistych* mięśnia prostego, spowodowane wysilającą pracą w warsztacie, co przy dalszém zatrudnieniu chorego, pociągnęło za sobą zapalenie ograniczone mięśnia, które następnie zakończyło się ropieniem.

Inném znowu źródłem wystąpienia ropni w ścianie brzusznéj, są *sprawy zapalne* w trzewiach jamy żywota i w nowotworach tam położonych. Ropnie te, powstają drogą pośrednią tym sposobem, że sprawa wysiękowa w jamie żywota powstała, posuwa się za pośrednictwem otrzewnej, również zapaleniu uległéj do ścian brzusznych, przezco organ wysiękiem zajęty, zczepia się ze ścianą powierzchowną, a po pewnym przeciągu czasu, nadżerając powłokę ogólną, wylewa swą ropę na zewnątrz. Do stwierdzenia ropnia tego rodzaju, należy (a co niekiedy dosyć jest trudném) wykazać *nieposuwalność ścian brzusznych* w miejscu guza, głębokie siedlisko tego, i *połączenie jego z organem* jamy żywota, przy wyśledzeniu którychto znaków, posługujemy się obmacaniem i perkussyą, która podać ma odgłos tępy poza miejscem ogniska zapalnego, w czém dopomaga nam niemało zboczenie czynności naruszonego trzewu, jeżeli to wykryć zdołamy. Do rzędu ropni następowych, należy również *ograniczone zapalenie otrzewnéj* z ropieniem, bądźto w zakrętach kiszek, bądźteż w zdwojeniu otrzewnéj, jak niemniej zapalenie tkanki *podotrzewnéj* w wypadkach: Perityflitis, Perinephritis.—Takie samo zakończenie, pod formą ropnia ścian brzusznych, napotykamy niekiedy u chorych z zapaleniem pęcherza żółciowego, wątroby i śledziony, także w niektórych przypadkach pęcherzowca (Ecchinococcus) śledziony, lub nerki (jakto raz widzieć nam się zdarzyło), jeżeli powłoczka ich ulegnie rozległéj sprawie za-

palnéj. Na tej drodze, wytwarzać się mogą cewkowrzody (Fistelabscess) żołądkowe, żółciowe i łajniste, które najczęściéj śmiercią chorego, a rzadko tylko wyzdrowieniem, przez zabliźnienie lub operację chirurgiczną, kończyć się zwykły.

Przytaczamy tu zajmujący przykład *ropnia ściany brzusznéj z wylaniem ropy na zewnątrz i cewkowrzodem* (norzycą) *żółciowém.*

„K. B. 24 lat licząca służąca, zapadła w zeszłym roku na chorobę gorączkową 3 tygodnie trwającą, po ustąpieniu któréj, dostrzegła chora na stronie prawej żywota obrzmiałość, przy chodzeniu i ucisku bolesną. Obrzmiałość ta znikła w prawdzie pod okładami ciepłemi, wszakże po dwóch miesiącach pojawiła się w Grudniu z. r. powtórnie. W końcu Grudnia, wyrobiły się 2 guzy, t. j. jeden w okolicy pępkowéj, a drugi w podżebrzu prawem, po nacięciu których, wylała się ropa z kamieniami żółciowemi. (Dodać tu wypada, że chora nigdy nie cierpiała na żółtaczkę, i że w odchodach stolcowych, nigdy nie dostrzeżono kamyków żółciowych).

Badanie kliniczne d. 10 Lutego, 857 wykazało: na 4 cale poniżéj brzegu żebrowego prawego, rana z obwisłemi brzegami, ropiejąca i przedłużająca się ku wewnątrz i ku górze lejkowato, otoczona twardą obrzękłością, do brzegu żebrowego i na cal od pępka sięgającą, w okolicy któréj twardości, ściana brzucha zmarszczyć się niedozwalała.

W miejscu pępka, widzimy drugi otwór ropiejący z podobnemże otoczeniem twardem, prawdopodobnie z poprzednią obrzękłością stykającém się, o czem świadczy udzielanie się ucisku na pierwszą obrzękłość wywartego. Wypadanie kamyków żółciowych z ropą, usuwało wszelką wątpliwość pod względem rozpoznania na ropień z pęcherza żółciowego pochodzący, tembardziéj, ile że jama ropnia, odpowiadała okolicy pęcherza. Opisane powyżéj obrzękłości, były jawnym wyrazem złogów wysiękowych w otrzewnéj, przy pomocy których, nastąpiło zczepienie pęcherza ze ścianą brzuszną i nacieczenie tejże wysiękiem, czego dowód mamy w *nieposuwalności* i utracie własności *marszczenia* się ściany brzusznéj. W ciągu choroby, wydobyło się 22

rozmaitéj wielkości o gładkich bokach, kamyków żółciowych, błyszcząco białych, zasuszonych, których rozbiór, wykazał powierzchnię cholestearynową, z jądrem czystą żółć i barwik zawierającém. Leczenie ograniczało się na oczyszczaniu rany i posilnych pokarmach, przyczem otwór pępkowy w końcu marca zasklepił się zupełnie, a chora wypuszczoną została z fistułą skąpo ropiejącą i całkowitego zagajenia blizką".

Zródłem opisanego ropnia, były kamyki żółciowe, które, rozszerzywszy pęcherz, sprowadziły zapalenie jego i przyczepienie do otrzewnéj ścianowéj, w następstwie czego, wystąpiły otwory ropę wydalające wraz z wydalaniem kamyków. Uwagi godnym jest taże *brak żółtaczki*, co dowodzi, że kamyki mieściły się tu stale na spodzie pęcherza i nigdy niespowodowały zatkania przewodu wspólnego żółciowego (ductus choledochus). Brak żółci w cewkowrzodzie, tłumaczy się zniszczeniem pęcherza żółciowego, bez naruszenia przewodu wątrobowego, którym żółć bez przeszkody odpływać mogła. Podobny temu, obserwowaliśmy drugi wypadek, u chorego z obrzękłością w prawym prostym mięśniu brzusznym, która niewątpliwie łączyła się z wątrobą, albowiem odgłos tępy tejże przechodził, bezpośrednio w nadmienioną obrzękłość. Na zwłokach, znaleźliśmy przyczepienie pęcherza żółciowego i przedziurawienie komunikujące z jamą ropnia, która zawierała kilka kamyków żółciowych.

Nie rzadkie są także *nowotwory* ściany brzusznéj, wychodzące najczęściéj z tkanki podskórnéj, albo z głębszych warstw ściany, których leczenie wszakże, wymaga po większej części, operacji chirurgicznéj.

Najczęstszem cierpieniem tego rodzaju, bywają *tłuszczaki*, nie zawsze ściśle ograniczone, przy obmacaniu zrazowate i ciastowatéj zbitości, występujące niekiedy pod formą tak zwanéj *przepukliny tłuszczowéj*, skutkiem pęknięcia opaski powierzchownéj i wciśnięcia się tłuszczu do tkanki podskórnéj, wytworzone. Rzadziéj pojawiają się tu nowotwory *gębczaste*.

Nowotwory *mięśniakowe*, postrzegamy w tem miejscu dwojakie, t. j. albo złożone z saméj tkanki łącznéj, albolitеż ut-

kania twardego ściągnistego; bywają zawsze wyraźnie odgraniczone i gładkie, albo guzkowate i mało podajne.

Z rzędu nowotworów *złośliwych*, napotykamy tu niekiedy *raka rdzeniowego*, czasem pod postacią tworu barwikowego (melanosis), wychodzącego z tkanki podskórnéj i podotrzewnéj, albo także z gruczołów pachwinowych. Nowotwory te, nie przedstawiają koniecznie formy guza neoplastycznego, ale przeciwnie występują niekiedy jako *nacieczenie* w tkance podsurowiczéj, zwłaszcza jeżeli rak, pojawia się tu nie pierwotnie ale *następowo*.

Niektórzy, wspominają także o pęcherzowcu ściany brzusznéj (Ehinococcus), czego my jednakże potwierdzić nie możemy z powodu, że nigdy nie zdarzyło się nam widzieć w tem miejscu, rzeczonego nowotworu.

Dr. Ł.

III.

Ciekawy przykład zatoru mózgowego (Embolia cerebri).

(Z Kliniki Prof. Oppolzera.)

Dwie są przyczyny, które nas skłaniają do podania czytelnikom naszym, w przekładzie wypadku poniższego, a temi są: ciekawa i prawdziwie nauczająca rzadkość wystąpienia w téj formie, wśród takich objawów, choroby mózgu z jednéj, a nieporównana bystrość, pewność i łatwość z drugiej strony, z jaką Professor ten, przystępuje do rozpoznania badanéj choroby. Nadto jeszcze, widzimy w przykładzie tym, świeży, wielki tryumf *przedmiotowego badania*, które jedynie zapewnić może nauce naszéj, wzrost i świetną przyszłość, do jakiéj dążymy.

„H. J. 22 letni czeladnik krawiecki, poprzednio zawsze zdrów, i oprócz tyfusu, żadnéj choroby nieznający, siedząc przy robocie dnia 3 Października 1861, uczuł nagle ból w krzyżach, w plecach i w odnodze dolnéj, lewéj, doczego jak twierdzi stanowczo, najmniejszéj niezna przyczyny. Po 15 minutowém trwaniu, ustąpił wprawdzie ból, wszakże chory, dla osłabienia odnogi dolnéj lewéj, którą poruszać, ani z miejsca podnieść się niebył w stanie, odniesiony został do łóżka; władze umysłu, czucia i zmysłów nienaruszone.

Dnia 29 t. m., do któregoto czasu, żadna nienastąpiła zmiana, przyniesiony na klinikę, następujący przedstawia obraz choroby:

Ciało średniéj budowy, dobrze żywione, mięśnie silne; skóra, ciepłota, wyraz twarzy (wesoły), źrenice, mięśnie twarzowe, ruchy języka, żadnego niepokazują zboczenia; przysłuch w płucach, zupełnie prawidłowy; rozmiary serca, tak samo; *w pierwszym tonie serca, szmér wyraźny, krótki, pierwszy ton tętnicy głównéj, jako i obydwa głosy tętnicy płucnéj, zupełnie czyste; szmer powyższy, czuć się daje także w tętnicy szyjnéj.* Trzewia brzuszne prawidłowe. *Władza ruchu w odnodze górnéj, dolnéj, po stronie lewéj, niemal całkiem zniesiona,* chory może wprawdzie podnieść nieco udo, wszakże w stawie *kolanowym, skokowym i w palcach, zupełna bezwładność;* bodźce, wywarte na skórę odnóg porażonych, i strumień elektryczny, sprowadza ruchy prawidłowe i bardzo żywe, czucie tychże, całkiem prawidłowe. Chory niedoznaje żadnych dolegliwości, tętno uderza 80 razy w minucie i *wyraźnie czuć się daje w obydwóch bezwładnych kończynach.*

Zbiór przytoczonych tu przypadów i wywód choroby, podają rzadki obraz kliniczny *zatoru mózgowego,* jakto przekonać się możemy *przy wykluczeniu wszystkich zmian* chorobowych, które podobny stan *bezwładu* powodować są w stanie.

Bezwład połowiczy (hemiplegia) może być następstwem cierpienia *nerwów obwodowych* (Paralysis peripherica), *rdzenia pacierzowego* i *mózgu,* gdyż o innych chorobach, które sprowadzić mogą nieruchomość kończyn, jako: cierpienia mięśni, kości, stawów i t. p., w naszym wypadku, dle braku wszelkich przypadów tego rodzaju, nawet mowy być niemoże; samo zresztą nagłe powstanie bezwładu, sprzeciwia się zdaniu o zniesieniu *czynności nerwów obwodowych.*

Ponieważ bowiem zniesienie czynności nerwów i przeprowadzenia wrażeń, występuje najczęściéj przy ucisku nerwów przez guzy, wysięki, obrzmienia kręgów, tętniaki i t. p. jasną jest, że utrata władzy ruchu, nie może, jak tylko wyrabiać się powoli, stopniowo, w miarę wzmagania się saméj przyczyny uciskającéj, którato przyczyna nawet z łatwością wykazać się daje. Z drugiéj strony, już sam rodzaj bezwładu, świadczy przeciw zasadzie porażenia obwodowego, które musi pojawiać się w przebiegu *jednéj lub pewnych tylko gałęzi* nerwowych, gdy prze-

ciwnie bezwład połowiczy, jest koniecznem następstwem cierpienia *mózgowego*.

Z równem prawem, wykluczamy w naszym wypadku przyczynę *gośćcową* (reumatyczną), która nawet bardzo silna, nigdy nie wywołuje bezwładu formy połowiczéj,—niemniéj zakażenia ołowne, odznaczające się właściwym sobie przebiegiem i posuwaniem się bezwładu od palców do rąk, ramienia i t. d.

Zatkanie tętnicy miejscowéj, przez zatory, może wprawdzie wywołać nagle bezwład pewnéj kończyny, wszakże przypuszczenie to, nie może w naszym wypadku mieć miejsca, z powodu, ze w *obydwóch porażonych* kończynach czujemy wyraźnie *tętnienie*, któreby przy zatorowaniu zniknąć musiało.

Wypada nam jeszcze, zastanowić się nad chorobami rdzenia pacierzowego, które, jak wiemy, pociągają za sobą utratę władzy ruchu. Głównym jednakże znakiem bezwładu, pochodzącego z cierpienia rdzenia, jest jednoczesna utrata ruchu w *obydwóch kończynach dolnych*, do czego przyłącza się pospolicie, porażenie pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj *Paraplegia*, a zatem w zasadzie już, sprzeciwiający się obrazowi naszego wypadku Trudno bowiem pojąć, możliwość *zniszczenia jednéj połowy rdzenia pacierzowego w ograniczonem miejscu*, bez naruszenia zarazem drugiéj jego połowy. U naszego chorego, gdzie bezwład wystąpił nagle, przypuścićby tylko można *zalew krwisty rdzeniowy*, wystąpiony albo pomiędzy błonami rdzeniowemi, albo w saméj treści rdzenia. Wszakże w takim razie, bezwład poprzedzonym bywa za zwyczaj: objawami podrażnienia rdzeniowego, polegającemi, na bólu w ograniczoném miejscu rdzenia, przy ucisku słupa kręgowego wzmagającém się, na kurczach, ściągach i t. p. jako następstwach, towarzyszących zalewowi przekrwienia okolicznego. Ruchy odwrotowe, napotykane u naszego chorego, niezgadzają się także z przypuszczeniem zalewu rdzeniowego.

Co gdy tak jest, zmuszeni jesteśmy przyjąć, że źródłem bezwładu połowiczego w naszym wypadku, nie może być co innego, jak *cierpienie samego mózgu* i to w miejscu takiem, z którego wychodzi wpływ, na ruchy obwodowe strony, *siedlisku cierpienia przeciwnéj*.

Nagłe powstanie bezwładu, domyślać się każe, że cierpienie to, zależeć musi na *zalewie albo zatorowaniu.*

Zważywszy jednak, że chory znajduje się w wieku młodzieńczym, w którym zalew krwisty do najrzadszych zalicza się wypadków, że brak wszelkiéj zmiany w ścianach tętniczych, odejmuje potrzebną do zalewu kruchość naczyń, a tem samém skłonność do przedarcia tychże, możemy śmiało wykluczyć w tym wypadku, obecność zalewu mózgowego.

Pozostaje zatem tylko sprawa *zatorowania*, którą z przypadłości klinicznych wywnioskować, z łatwością możemy. Szmer w lewéj komórce serca i w tętnicy głównej, w obydwóch miejscach wyraźnie przy pierwszym tonie słyszany, dowodzi, że w braku innych przypadów niedomykalności zastawek dwukończystych (Jnsuff: valv. bicuspid), któreby koniecznie wystąpić musiały, przyczyną owego szmeru musi być *chropowatość w jamie lewego serca, najprawdopodobniéj na ujściu tętniczém.*

W takim stanie rzeczy, przypuścić wolno i potrzeba, że przepływający tędy strumień krwi, pochwyciwszy za sobą kruszynę onéj chropowatości, doprowadził ją do drobnéj gałęzi tętniczéj w mózgu, gdzie zatrzymawszy się, spowodował zatorowanie (Embolia). *Zatamowany* tym sposobem, *przystęp krwi* do części poniżéj zatoru leżącéj, *powstrzymać musiał jednocześnie nagle, całą sprawę odżywiania* téj części, w następstwie czego wystąpił również *nagle bezwład kończyn*, po stronie przeciwnéj tułowia.

Sprawa zatorowania, przypuszcza *dwa rodzaje zakończenia* choroby. Jeżeli część pozbawiona odżywiania, w dalszym postępie czasu, odzyska za pomocą utworzonego późniéj krążenia pobocznego, dostateczną do życia ilość krwi,—znikać powoli muszą przypadłości zatorem wywołane, ustępuje bezwład i chory powraca do zdrowia.

Przeciwnie rzecz się ma w innych przypadkach, gdzie powstrzymane przez dłuższy czas odżywianie, sprowadza obumarcie tkanek zatorem objętych, to jest, miejscową *zgorzel, Necrosis*, czyli tak zwane w mózgu „*zmiękniénie żółte*,“ albo znowu, gdzie w skutek napływu krwi do miejsca zatorowanego, powstaje nawał, z następnem zapaleniem ograniczo-

nem, w którychto obydwu razach, choroba niepomyślne przybiera zakończenie.

Przebieg sprawy zatorowéj u naszego chorego, był nader pomyślny. Przy stósownem bowiem zachowaniu się i bardzo prostem leczeniu, które zakładało się na użyciu elektryczności, dla ćwiczenia bezwładnych mięśni, i całkiem obojętnego lekarstwa (mixt. gummosa), powracała stopniowo władza ruchu w porażonych członkach, a po 4 tygodniowém pobycie w szpitalu, chory wyszedł zupełnie ozdrowiony."

Jakkolwiek rozpoznanie powyższe, oględzinami pośmiertnemi stwierdzonem niezostało, któregoto poświadczenia, dzisiejsi Patologowie koniecznie i zawsze domagają się, mimoto przecież, droga wywodu logicznego i trafność sądu, zgodne zupełnie z zasadami Patologii, nadaje rozpoznaniu temu pewność, na jaką przynajmniéj obecna dyagnostyka w ogólności, zdobyć się może.

Dr. Ł.

III.

Czynności Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, z dnia 4 lutego 1862 roku.

Protokół poprzedzającego posiedzenia, odczytano i przyjęto.

Następnie, po załatwieniu bieżącego interesu administracyjnego, P. *Sciborowski*, przedstawił Towarzystwu włościanina, lat 27 liczącego, krzepkiego, który na lewéj połowie twarzy, ma guz wielkości główki nowonarodzonego dziecięcia. Guz ten, wystaje z oczodołu lewego, którego ściany kostne nieco rozsadził. Postać guza, jest prawie zupełnie kulista, z małemi guzowatościami, powleczona skórą prawidłową (powiek), lubo mocno rozciągniętą, tak, że gruczołki skórne, gołem okiem jeden osobno od drugiego dają się widzieć, naczynia (żylne) rozciągnione przebijają barwą błękitną, zwłaszcza od strony zewnętrznéj, gdzie najgrubsza żyła dochodzi do grubości pióra kruczego. Z przodu nieco ku dołowi, w środku kuli jest przestrzeń około 7 cm. długa, 4 szeroka, postaci podłużnego skórnego czworoboku, nie powleczona skórą, lecz zgrubiałą błoną śluzową spojówki, a w pośrodku miejsce okrągłe, do 2 Cm. średnicy mające, barwy ciemno-niebieskiéj, pokryte suchą błonką, będącą rogówką kuli

ocznéj. Miejsce powleczone błoną śluzową, w kilku miejscach od dołu i zewnątrz ogołocone z przybłonka, lekko krwawi. Obwód podstawy guza, wynosi 2 Cm., linija poprowadzona od jednego brzegu oczodołu do drugiego 19 — 20 Cm., linija od korzenia nosa do ciemnéj plamy (rogówki), 7 Cm.— Na dotknięcie guz jest twardy lecz podatny, zwłaszcza od zewnątrz i góry (jak się zdaje) powiększony, wysadzony gruczoł łzowy. Chory sam, doskonale może poruszać nietylko skórę pokrywającą kulę, ale nawet ruchy, całą kulą do góry, na dół i na boki, jest w stanie wykonywać, co przekonywa że nie tylko *mm. orbicularis palpebrarum i levator palpebrae*, ale i mięśnie kuli ocznéj, są czynnemi i osadzone są u podstawy guza; podczas płaczu ze środka guza (błona sluzowa) łzy wyciekają. Bólu nie czuje, lecz przy pracy, w położeniu schylonem czuje pewne prężenie i lekkie strzykanie, które niekiedy w słotę, mocno się daje uczuć. Kość rozsadzona, występuje od zewnątrz i wewnątrz pod skórą na kilka linij. W skutek wystawania guza, cała twarz wygląda nieco skrzywiona, nos usunięty na prawo, ust położenie także zmienione tak, że kąt prawy, leży wyżéj od lewego. Brew lewa, mocno rozciągnięta i przedłużona. Ogólny stan zdrowia dobry. W dziecinnym wieku, widział dobrze na oba oczy; w 3cim roku życia, jak mu powiadano, został uderzony kijem w oko, przyczem zemdlał. Od tego czasu stracił wzrok, powoli oko występowalo z oczodołu i guz się powiększał, a powiększając się stopniowo, doszedł w przeciągu lat 24 do téj wielkości, jaką obecnie przedstawia. Środków lekarskich, nie używał żadnych.

W końcu posiedzenia kol. *Janikowski* (syn), odczytał rozprawę *o szlachtuzach publicznych*, zwracając w szczególności uwagę, na warunki *higieniczne* szlachtuza Warszawskiego na Solcu.

KRONIKA.

Heidelberg. Dnia 8 Lutego b. r. Professor *Chelius* obchodził 50letni jubileusz doktoratu. Bardzo wiele osób zjechało się na tę uroczystość. Wszechnice Freiburgski, Giessiński, Wiedeński, Berliński Baden-Baden, etc., lekarze z Karlsruhe, z Manheim, z Frankfurtu, przysłali deputacje z powinszowaniem. W wilią saméj rocznicy, młodzież akademicka urządziła wieczorem pochód z pochodniami. Panujący książe badeński mianował go *kawalerem najwyższego orderu* (*Lähriniger-Löwen-Orden*) Uczniowie wydziału lekarskiego, ofiarowali jubilatowi wieniec srebrny. O 2éj po południu, dano w sali muzeum tamtejszego obiad na 300 osób. W czasie obiadu, odebrał jubilat depeszę od *Cesarza Napoleona III*, z powinszowaniem i nominacją na *Kommandora legii honorowéj*. *Chelius* był uczniem wszechnicy Heidelbergskiéj i Wiedeńskiéj. W 18 roku życia już doktoryzował. Późniéj był lekarzem wojskowym przez lat 5., wróciwszy do Heidelbergu został priwatdocentem katedrv chirurgicznéj, a w rok późniéj professorom, i przez 45 at niezmordowanie i sumiennie pracował dla uczniów i dobra ludzkości. W r. 1840 wydał swoją *chirurgią*, która tłomaczona była na 11 języków i doczekała się 8 wydań. Następnie drukował *ophthalmologią*, i wiele innych drobniejszych pism.

Traumaticin. W tych dniach, mieliśmy sposobność widzieć u Doktora *Karwowskiego, assystenta przy tutejszéj klinice chirurgicznéj*, wynaleziony i wyrobiony przez niego, nowy środek do użytku chirurgicznego, w miejsce zwyczajnego *Kolodium* służyć mający, nazwany przez wynalazcę: *Traumaticina*. Działanie Traumaticiny jest zupełnie takie same, jakie widzimy przy kolodium a różni się od tego tylko wyższym stopniem znanych własności ostatniego. Plewka po nasmarowaniu Traumaticiną powstaje szybko, jest zbita, silna i daje się potem w postaci błonki ściągnąć, jakto np. widzieliśmy na szkle tą cieczą powleczoném.— Traumaticinę złożył Dr. Karwowski *z gutta perchy* i *eteru*.

Prof. *Dumreicher* w Wiedniu, popadł w ciężką chorobę zapalenia osierdzia (Pericarditis); Prof. *Sigmund* jeszcze nieopuszcza łóżka po przebytem zapaleniu płuc; a Prof. *Rokitansky*, uległ przewlekłéj chorobie, która dawno już niedozwala mu spełniać obowiązki Profesora.

---

† W tych dniach zakończył życie *Stanisław Łuszczkiewicz*, doktór medycyny i chirurgii, lekarz szpitala i wolno praktykujący w *Krośniewicach*, w 32 roku życia. Zawcześnie zmarły, pełen zdolności, prawych cnót obywatelskich, posiadający powszechny szacunek i przyjaźń kollegów, kształcony w szkole krakowskiéj, był synem Dyrektora szkoły technicznéj w Krakowie, i bratem młodego ale zdolnego Profesora malarstwa w téj szkole. Przyczyną śmierci miała być nadzwyczaj złośliwa, bo w 6 dni choroby zakończona durzyca, któréj zaród wyniósł ze szpitala, w którym 10 chorych tego rodzaju, w ostatnich dniach zawodu swojego, leczył.

TRYSZCZYCA CZERWONA, OGÓLNA

(ECZEMA RUBRUM, GENERALE)

leczona w klinice lekarskiej Proffessora Dra Chałubińskiego,

opisana przez Kand. Med. Husarskiego.

D. N. doktor medycyny, lat 61 mający, wzrostu średniego, muskulatury średnio rozwiniętéj; — odżywianie ciała dobre.

Dziesięć lat życia swego strawił w wojsku, w Artyleryi konnéj; — w 30 r. życia wstąpił na wydział lekarski.

Wywód choroby (Anamnesis).

Przed laty 10ciu, dotknięty został przepukliną pachwinową (Haernia inguinalis), zdrowie zaś jego, przez cały ciąg życia było, jak się sam wyrażał, żelazne, i oprócz dysenteryi, którą w 12 roku swego życia przebywał, i kiedyś jeszcze zimnicy, która trwała bardzo krótko, żadnych innych chorób nie doznawał.

Przed dwoma miesiącami, powróciwszy z długiéj przechadzki do domu, spostrzegł na czole lekkie zaczerwienienie skóry. Czerwoność owa powiększyła się na drugi dzień, skóra w miejscu tém poczęła sączyć płyn lepkawy, przy uczuciu mocnego swę-

dzenia, poczem naskórek, łuszcząc się odpadał w postaci drobnych blaszek. Jednocześnie postrzegł, że tenże sam proces odbywać się zaczął na twarzy, piersiach, potém na plecach, ramionach, rękach, które szczególnie mocno były obrzękłe i zaczerwienione, następnie na brzuchu i kończynach dolnych.

Wyrzut ten, nie był poprzedzony żadnem odczynem gorączkowym; poprzedni stan zdrowia zupełnie w niczém nie został nadwerężony, towarzyszyło mu tylko ślimaczenie się i swędzenie, które szczególniéj w nocy było silne, ztądteż sen miewał często przerywany; — po wyschnięciu zaś i odpadnięciu naskórka, następujące ściąganie skóry, sprawiało uczucie, szczególnie w okolicach paznogci, niezmiernie nieprzyjemne; — traktowano chorobę tę, kąpielami z początku w wodzie czystéj, potém z dodatkiem otrąb; — od pewnego czasu, zalecono używanie wewnątrz *ferrum jodatum saccharatum.*

Tyle co do anamnesy chorego, który, nie widząc poprawy, do kliniki naszéj 20 Listopada przyjechał.

Stan obecny.

Spostrzegliśmy, że *cała powierzchnia ciała, od stóp do głowy* literalnie *pokrytą była łuskami*;— łuski te, były bardzo rozmaitéj formy: okrągłe, podłużne, nie regularne, różnéj wielkości, począwszy od wiel-

kości trzygroszówki do bardzo drobnych okruszyn, i niejednostajnéj wszędzie grubości, tak, na czole były najgrubsze i w nich widzieć można było budowę warstwowatą, wyraźnie z pojedynczych cienkich blaszeczek powstałą, zaś w innych miejscach ciała były one bardzo cienkie, przezroczyste;—łuski owe, albo całą swoją powierzchnią przystawały do skóry, albo też tylko w środkowéj swéj części były przyrośnięte, a brzegi ich odstawały nieco, ztąd przy drapaniu, przy ruchach chorego, wolne brzegi tych łusek, łatwo kruszyły się i odpadały w drobniejszych okruchach.—Kolor ich był zwykły, wyschłego i odpadającego naskórka;—na goleniach tylko i w innych miejscach, były one połyskujące i zdawały się ciemniejsze, więcéj do strupów cienkich podobne.

Powiedzieliśmy wyżéj, że całe ciało łuskami tego rodzaju pokryte było, przy baczniejszéj jednak obserwacyi postrzegliśmy, że na wewnętrznéj powierzchni obu kości udowych, płaszczyzny wielkości całéj ręki, z brzegami nie ściśle ograniczonemi lecz rozlanemi, były *obnażone z naskórka* i widzieliśmy, że to są miejsca dość żywo *zaczerwienione*, *wyższéj temperatury*, mocno swędzące, połyskliwe, przy dotknięciu lepkie, *wilgotne*, a wilgoć ta pochodziła od płynu, sączącego się w niezbyt wielkiéj ilości.—Opowiadał nam jednak chory, że bywają chwile, w których to *sączenie jest bardzo obfite* i stwierdzał to swoją bielizną, która istotnie oznaczoną była obszernemi plamami, na podobieństwo plam nasiennych,

była ona w miejscach tych sztywna, jakby mocno krochmalona, przyłożony papierek różowy na owe wilgotne miejsca ud, od owego płynu niebieszczył się.

Przypatrując się pilnie, można było dostrzedz, że tło czerwone tych miejsc, nie było gładkie, lecz jakby kropkowane, jakby usiane niezliczonemi punkcikami mocniejszego zabarwienia, a badając pod światło, gołym okiem można było przekonać się, że to są *pęcherzyki ściśle nagromadzone*, nieco spłaszczone, co wszystko, przy pomocy lupy było widoczniejszem; również widzieć można było miejscami, to otworki z pęknięcia pęcherzyków powstałe i płyn sączące, to pęcherzyki całe, płynem wypełnione, albo też tylko wązką szparkę, jakby pęknięcie na bardzo małéj przestrzeni, także ślimaczące.

Odrywając znów łuski większe na czole i piersiach, można było spostrzedz także tło czerwone sączące płyn, lecz pęcherzyków całych tak jak na udach, pod niemi nie było.

Łuski pod mikroskopem, prócz komórek naskórka nieregularnych, pościskanych, nic nie przedstawiały.

Głowa pokryta była łuskami téj saméj natury, były one tu tylko grubsze i mniejsze;—wedle opowiadania chorego, sączenie tu bywało bardzo wielkie, a dużo włosów wypadło od czasu choroby. Twarz, uszy, powieki, i całe zresztą ciało, zajęte było tą chorobą.—Skóra zaś rąk, była ciemno czerwona, gruba, sucha, popękana, jakby naprężona i sprawiała uczucie mocnego ściągania.

Gruczoły limfatyczne w pachwinach, kolanach, pachach, szyjne, szczękowe, karkowe, były trwarde i mocno obrzmiałe.

Badanie innych organów, nie wykryło żadnéj nieprawidłowości; — płuca zdrowe, puls 70, temperatura ciała $35^{0},6$, serce w granicach normalnych, tony czyste, cały przewód pokarmowy w bardzo dobrym stanie. — Sen tylko, od czasu wystąpienia wyrzutu, przerywany swędzeniem.

Moczu 420 ccm: przez noc c. g. 1024, oddziaływa kwaśno, chlorki, siarczany normalne, białka niema, ilość fosforanów nieco pomnożona.

Rozpoznanie.

Choroby skórne w ogólności, *dwojakim sposobem* rozpoznawane bywają, t. j. albo przez *badanie form anatomiczno-patologicznych pierwotnych*, albo też przez *produkta chorobne następowe*. — Pierwsza metoda pewniejsza, dość rzadko jednakże bywa dostępna, formy bowiem skórne anatomiczno-potologiczne, po największéj części bardzo krótko trwają, i ta efemeryczność ich, bywa powodem, że musimy przy ocenianiu chorób wysypkowych, najczęściéj kierować się tylko produktami chorobnemi następowemi; — w obecnym wypadku jednakże, mogliśmy wspierać się obydwoma powyższemi sposobami.

Na wewnętrznych bowiem powierzchniach kości udowych, widzieliśmy chorobę rozwijającą się niemal pod naszemi oczyma i przekonaliśmy się, że formą pierwotną jéj, był pęcherzyk, *Vesicula.*

Mając więc pęcherzyki nadzwyczaj drobne, ściśle nagromadzone, jakby usiane na tle mocno czerwonym skóry, dające jéj pozór kropkowego, przy uczuciu mocnego swędzenia i sączenie się płynu surowiczego, lepkiego, następnie łuszczenie z początku drobne, potém strupy większych rozmiarów i grubości, przyrosłe, po zejściu których nastepuje deskwamacya, ale już sucha, jak to na innych punktach ciała widzieć można było,—mamy zatem wszystkie cechy właściwe grupie *liszajów* w ogólności, a tak zwanéj *Tryszczycy, Eczema* (dartre squameuse humide, d'Alibert,—dartre vive humide), w szczególności, którą tu bezpiecznie nazwać było można do siedliska *ogólną,* odnośnie do rodzaju *czerwoną;* odnośnie zaś do objawów, które zwykle dzielone są w téj chorobie na 3 okresy, to jednocześnie na różnych punktach ciała mieliśmy wszystkie 3 okresy istniejące, widzieliśmy bowiem i okres *rozwoju* i 2gi okres *sączenia*, to jest charakteryzujący się obecnością strupów, pod któremi ekskoryacye płyn sączyły, i okres 3ci *suchego łuszczenia.*

Przebieg i rokowanie.

Nakoniec co do *czasu trwania*, niemogąc przewidzieć jak choroba daléj przebiegać będzie, niemogliśmy stanowczo i kresu choroby oznaczyć; — tak jednakże obszerny, bo na całéj powierzchni ciała wyrzut rozlany, nie dawał nam nadziei szybkiego zejścia; — *rokowanie* więc, postawiliśmy tylko *warunkowo dobre*, wiedząc, jak choroba ta, przy każdym przebiegu skłonną jest do powrotów, a nie mając żadnych danych, zapewniających, że takowe i tutaj miejsca mieć nie będą.

L e c z e n i e.

Nie mając żadnych pewnych objaśnień, odnoszących się do wybadania źródła etiologicznego *tryszczycy*, i niezapuszczając się w dociekania haematologiczne tejże, postanowiliśmy w Terapii, uważając chorobę tę, jako czysto miejscową, na skórze ulokalizowaną, przystąpić do środków właściwie *leczących* (cura radicalis), a przyjmując, że istota choroby leży w mniejszém lub większém *przekrwieniu* (hyperemii) skóry, uznaliśmy za pierwsze wskazanie nasze, *usunąć przekrwienie i zapobiedz nadal jego powrotowi.*

To mając na względzie, należało oddalić istniejące w wielu miejscach grube strupy, a stósowną dyjetą

i metodą rewulsyjną, zmniejszyć napływ krwi w skórze, a tem samem i natężenie sprawy chorobowéj, aby potem stosownemi środkami, cały jéj przebieg skrócić.

Czyniąc więc zadość powyższym wskazaniom, urządziliśmy przedewszystkiem stósowną łagodną dyjetę, przepisując: barszcz, kotlet z komputem, herbatę ze śmietanką;— dla odciągnięcia krwi z powierzchni, zalecono rewulsyę na kanał pokarmowy, użyciem:

Rp. Tarta: depura: unc. s:
Magnes. sulfur.
Magnes. ustae aa. dr. duas.

Mf. p. Ds. łyżeczkę od kawy co 3 godziny;— za napój wodę sodową.—Nadto, dla rozmiękczenia łusek i ułatwienia ich odejścia, kazano stopniami okładać ciało kompressami maczanemi „in decocto semin: lini", a dla zmniejszenia owego przykrego uczucia ściągania w palcach, smarowanie rąk Glicyryną.

Niechcąc bezpotrzebnie rozwlekać opisu podawaniem codziennych zmian, jakieśmy w przebiegu téj choroby obserwowali, powiemy tylko, że zmiany te polegały na tem, że sączenie raz było silne, drugi raz małe, albo wcale go nie było, —że łuski odpadały i tworzyły się na nowo, że swędzenie w większym lub mniejszym bywało stopniu i t. d. a w ogólności, że przy najlepszym ciągle stanie zdrowia zkąd inąd, cały przebieg wyrzutu był dosyć łagodny. — Trzy miesiące chory leżał w klinice, w którymto czasie,

niewidzieliśmy już, aby podczas łuszczenia, wyrzut, w którémkolwiek miejscu ciała pojawił się na nowo, w swéj pierwotnéj formie. Mieliśmy do czynienia z okresem drugim, sekrecyjnym i 3cim suchéj deskwamacyi, jednocześnie istniejącemi w różnych punktach ciała, a stosownie do ich natężenia i czasu trwania, różne też były nasze środki lekarskie.

Rozmiękczone odwarem siemienia lnianego łuski, łatwo odpadały, a jeżeli sączenie i przekrwienie po ich odpadnięciu były znaczne, używaliśmy silniejszéj rewulsyi na kiszki, zamieniając powyższy czyszczący proszek, na *Infusum Sennae compositum*. Środek ten powtarzany, obok łagodnéj dyjety, bardzo łagodził przebieg, tak, że już 15 dnia przebywania chorego w klinice, na kończynach dolnych czerwoność i sączenie były tak małe, żeśmy użyli środka lekko wysuszającego t. j. okładania miejsc tych *wodą gulardową*, a po kilku dniach tego użycia, widząc skórę białą, pod wieczór tylko cokolwiek ślimaczącą, zamieniliśmy go na:

Rp. Hydrargyri praecipitati albi dr. j.
Axungiae porci unc. j.

Mf. unguentum, którém już teraz ciągle posługiwaliśmy się; — zawsze tylko częściami wcierając to w głowę, to w ciało to w piersi, i mieliśmy widoczną poprawę, tak, że d. 13 Grudnia, nie obawialiśmy się podrażnić skórę kąpielą parową, która następnie 3 razy w tydzień powtarzana bywała. — Przedłużaliśmy użycie ich, tém chętniéj, że chory po każdéj kąpieli czuł się bardzo dobrze; — skóra robiła się

miększą, traciła połysk, swędzenie znikło, a łuski stawały się coraz mniejszemi, cieńszemi i łatwiéj odpadającemi; na końcu do kąpieli tych, pozwoliliśmy użyć małéj ilości mydła szarego, także tylko stopniowo;—a niewidząc potrzeby osłabiania chorego, powiększyliśmy dyjetę i zalecili *tran*;— że zaś gruczoły limfatyczne mocno były obrzmiałe, robiliśmy w nie wcierania, ex ung. kali hydrojodici.

Tym sposobem postępując, sprowadziliśmy wyrzut do ostatniego okresu t. j. suchego łuszczenia, na całéj powierzchni ciała.—Czerwoność, sączenie i swędzenie znikły, łuszczenie odbywało się w końcu w postaci bardzo drobnych, cieńkich, suchych blaszek, nadzwyczaj do *pityriasis* podobnych.—Wreszcie i takowe ustąpiło z głowy i twarzy, pozostając jeszcze na tułowiu i kończynach, niedokuczając wcale choremu, który więcéj był trapiony, w końcu, licznemi w różnych miejscach ciała rozwijającemi się wrzedzionkami.—20 Lutego wreszcie, mogliśmy bezpiecznie chorego wypisać, dalsze bowiem leczenie, zależące głównie na użyciu kąpieli parowych, łatwo w domu uskutecznione być może.

Epikrisis.

Przedmiotem obserwacyi była *tryszczyca*, która, jakkolwiek z pomiędzy chorób skórnych, jedną z częstszych przedstawia form, wszelako, podobną

do naszéj, pod względem rozległości swéj, do bardzo rzadkich zaliczoną być musi.

Rozpoznanie jéj, z pierwszego rzutu oka łatwo mogło być mylne;—chory przybył do nas przykryty prawie cały łuskami, które bardzo łudziły podobieństwem do formy zwanéj: *Psoriasis nummularis*, i tylko bliższe rozpatrzenie samych łusk, siedlisko choroby na całą skórę rozszerzone, a nadewszystko, *obecność pierwotnéj formy pęcherzyka*, mogło uchronić od pomyłki.

W dalszych okresach choroby, odróżnienie jéj od *Pityriasis*, zwłaszcza na głowie i twarzy, byłoby niepodobnem, chybaby tylko bardzo dokładny wywód (anamnesis), mógł był rzecz wyjaśnić.

Przyczyna choroby w tym wypadku jest nam zupełnie nieznaną.

Co do *Terapii* wspomnieć nam wypada, że chory używał w domu kąpieli ciepłych, i zauważył, że takowe wcale mu nie służyły, i owszem po każdéj czuł pogorszenie. —Doniesienie chorego zadziwiać nas nie powinno, zważywszy, że w pierwszym okresie przekrwienia, kąpiele zamiast je usuwać, musiały tylko jeszcze takowe podnosić, a tém samem i chorobę koniecznie pogorszać musiały, a w najlepszym razie przynajmniéj poprawiać nie mogły, z którego to powodu, użycie kąpieli zarzuciliśmy w początku choroby zupełnie.— Znosiliśmy napływy krwi do skóry odciąganiem na przewód pokarmowy;—po usunięciu przekrwienia, użyliśmy środka wysuszającego przez nacieranie *Unguenti praecipitati albi* i musimy

przyznać, że skuteczność jego była bardzo świetna,— a dopiero po ustąpieniu wielkiéj czerwoności i ślimaczenia skóry, które tylko miejscami od czasu do czasu pojawiały się, nieobawialiśmy się użyć kąpieli i to parowych. — A jakkolwiek działanie kąpieli w ogóle jest jeszcze punktem spornym, przypuścić można, że kiedy *kąpiel wodna wstrzymuje transpiracyą* (czego dowodem jest powiększona ilość moczu po kąpieli), to *kąpiel parowa takową ułatwia* i pobudza. — Tym więc skutkiem, a może i pewnego rodzaju podrażnieniem, możemy sobie objaśnić tak pomyślne w tym wypadku działanie kąpieli parowych.

O AKOMODACYI PRAWIDŁOWÉJ,

PRZESTRZENI AKOMODACYJNÉJ

I JÉJ WYMIERZENIU

NAPISAŁ

Dr. *Jodko Narkiewicz*

Lekarz ordynujący w oddziele chorób ocznych w Szpitalu Starozakonnych.

Widzenie otaczających nas przedmiotów zależy 1°, od *dokładnego odrysowania się* tych przedmiotów na siatkówce, akcyi czysto fizycznéj, i 2°, od *uczucia wrażenia w ośrodkach nerwowych*, czyli dokładniéj mówiąc w sensorjum, sprawionego odrysowaniem się tem na siatkówce; akcyi czysto fisjologicznéj.

Zobópólne i jednoczesne działanie obu tych czynności, jest koniecznym warunkiem widzenia; ani jedna ani druga bowiem, nie może sama przez się, wywołać zjawiska będącego tylko wynikiem czynności obu tych różnorodnych działaczy.

I tak, przy oślepieniu (amaurosis) z zaniku nerwu wzrokowego wynikłém, chociaż obrazy przedmiotów zewnętrznych z największą dokładnością na siatkówce się odwzorowują, chory jednak nic widzieć nie będzie.

Przy zaniku siatkówki z chorobowego stanu samego oka powstałym a z zaciemnieniem aparatu optycznego połączoném, widzenie również jest niemożliwem, chociaż nerw wzrokowy własności swoje zachowuje, jak tego dowodzą wrażenia podmiotowe świateł, tak zwane obrazy fantazyjne, wywołane już to zwiększonym krwi przypływem, już to wysiękami w blizkości się znajdującemi.

W oku więc ludzkiem mamy do czynienia z dwoma rodzajami obrazów, z obrazami przedmiotowymi i podmiotowymi.

Obrazy które z pomocą przyrządu optycznego zostały przez odśrodkowe części nerwu wzrokowego uczute i zwykłą drogą sensorjum udzielone, nazywamy przedmiotowymi.

Obrazy zaś, które są tylko wyrazem wyłącznéj własności nerwu wzrokowego i nie drogą czysto fizyczną do sensorjum dochodzą, nazywany podmiotowymi.

W obu tych razach, obrazy uczuwane zdają się pochodzić z zewnątrz, gdyż uczucia w ośrodkach nerwowych, tak jednym jak i drugim rodzajem obrazów wywołane, niczem się od siebie nie odróżniają.

Przedmiotem naszego zajęcia się w tém pisemku, będą tylko obrazy przedmiotowe; zaczniemy więc-

od poznania aparatu optycznego, za pomocą którego one do skutku przychodzą.

Oko ludzkie, podług stereotypowego we wszystkich fizjologjach i fizykach wyrażenia, jest naturalną i doskonałą *ciemnią* (camera obscura).

Porównywamy je do ciemni, gyż ma jak ona przyrząd skupiający promienie już to równolegle już to rozbieżnie od przedmiotów padające, reprezentowany przez rzęd środków łamiących: rogówkę ciecz wodną, soczewkę, ciałko szkliste. Ma przy tem zosłonę, na któréj promienie przedmiotów skupione przez przyrząd optyczny, tworzą obraz wyraźny, odwrotny i zmniejszony. Zasłonę tę zastępuje siatkówka, na niéj utworzone obrazy przez nerw wzrokowy ośrodkom nerwowym zakomunikowane, nietylko dają wyobrażenie przedmiotów zewnętrznych, lecz także na tejże saméj drodze wywołują odruchy na inne nerwy ruchowe, a w szczególności na nerwy IIIéj pary. Odruchy te dopomagają do wyraźnego odwzorowywania się obrazów, w pewnych razach przez zwężenie źrenicy, w innych zaś przez wpływ na zmianę stopnia łamliwości przyrządu optycznego.

Nazywamy oko ludzkie ciemnią *doskonałą*, bo, gdy przy zwyczajnéj ciemni fizycznéj, dla pozyskania wyraźnych obrazów, ze zmianą odległości przedmiotów zmieniać potrzeba miejsce soczewki skupiającéj, albo też samą soczewkę, oko ludzkie w sobie samem, posiada warunki konieczne do widzenia dokładnego przedmiotów w jakiejkolwiekbądź odległości leżących i akcya ta, odbywa się bez zamiany

miejsca położenia którejkolwiekbądź z jego składowych światło łamiących części.

Do części oka światło łamiących należą: rogówka, ciecz wodna, soczewka i ciałko szkliste. Stopień łamliwości tych części jest różny;—jeżeli przyjmujemy stopień łamliwości powietrza za 1 i porównamy z powietrzem wszystkie te części, to największy stopień łamliwości posiadać będzie soczewka. Lecz w oku, środki te bezpośrednio się stykają tylko między sobą, z powietrzem zaś styka się tylko rogówka, w stosunku więc wzajemnym, rogówka naturalnie będzie miała największy stopień łamliwości, albowiem tylko do niéj promienie niezałamane dochodzą. I tak podług *Walentyn'a* 1), stopień łamliwości bez względny rogówki, to jest w porównaniu z powietrzem, równa się 1,33; soczewki zaś 1,47, rzeczywisty jednak stopień łamliwości soczewki w oku leżącéj, jest tylko 1,102 a więc znacznie mniejszy jak w rogówce.

Dla dokładnego poznania kierunku promienia wśród oka, niezbędną jest rzeczą oprócz wykładnika łamliwości części oka łamiących, znać jeszcze rodzaj ich krzywizn, oraz długość promieni do nich należących.

Według najnowszych i jak się zdaje najdokładniejszych doświadczeń *Helmholtza* za pomocą oftalmometra wykonanych 2), osiągnęliśmy co do rogówki następujące w tym względzie rezultaty:

1) Lehrbuch der Phisiol. Bd. II pag. 105.

2) Archiv für Ophtalmologie Bd. 1, 2 pag. 1—74.

„Forma przedniéj krzywizny rogówki jest elepsoidem powstałym z okręcenia się elipsy na około swéj dłuższéj osi; szczyt tego elipsoidu odpowiada prawie środkowi rogówki (pag. 18); długość połowy osi dłuższéj czyli promienia, bywa rozmaitą; wartość jéj średnia z pomiaru 3ch ócz przez Helmholtz'a przedsiewziętego (pag. 21), wynosi 7,6 m. m. 1). Formy tylnéj krzywizny na żywych oczach, Helmholtz nie mógł wymierzyć;—ponieważ jednak dokładne wymiary rogówek we 24 godzin po śmierci dokonane pokazały, iż w $^1/_3$ części środkowéj, dla widzenia najważniejszéj, obie krzywizny rogówki są zupełnie równoległe, a tylko w skrajnich $^1/_3$ częściach im daléj ku brzegowi, tem się więcéj od siebie oddalają z tego więc powodu, dla ułatwienia dalszych wyliczeń, przyjmuje Helmholtz obydwie te krzywizny za równoległe (pag. 27). Daléj możnaby podług Helmholtz'a (pag. 29) porównać rogówkę z łamiącém promienie meniskiem: tak samo bowiem jak przez menisk, promienie łamać się będą przez rogówkę, po za któréj przednią krzywizną tylko ciecz wodna by się znajdowała (Helmholtz więc, uwzględnia tylko krzywiznę przednią).

Równoległe promienie, przechodząc przez rogówkę wpadają do cieczy wodnéj tak załamane, że ich przedłużenie utworzy ognisko w odległości 13,35'''

1) Wymiary Helmholtz'a zgadzają się prawie z wymiarami Senf'a w tym względzie, który podaje długość promienia przedniéj krzywizny rogówki na 7, 7 m. m. (Wagner's Hadwört. d. Physiol. Bd. III pag. 290).

od szczytu rogówki. Ponieważ zaś odległość szczytu rogówki od plamki żółtéj, wynosi 9,53‴, innym więc środkom łamiącym pozostawiona jest funkcja stosunkowo bardzo mała, gdyż przybliżenie ogniska tylko o 3,82‴.

Funkcyi téj przewodniczy głównie soczewka; ciecz bowiem wodna i ciałko szkliste, co do stosunku bezwzględnego łamliwości, mało co różni się od zewnętrznych warstw soczewki. Wykładnia łamliwości cieczy wodnéj, wynosi podług Helmholtz'a 1,3365, podług Krause'go 1,3420, ciałka zaś szklistego podług Helmholtz'a 1,3382, podług Krause'go 1,3485, zewnętrznych nakoniec warstw soczewki podług Helmholtz'a 1,4189, podług Krause'go 1,4053.

Trudno jest jednak, dokładnie oznaczyć bezwzględny stopień łamliwości soczewki leżącéj w żyjącem oku ludzkiem;—gdyż tak budowa soczewki złożona z warstw rozmaicie łamiących promienie, jakoteż i zmiany jéj pośmiertne (jakie według prawdopodobnego przypuszczenia Helmholtz'a (pag. 57) zachodzą) rachunek ten o wiele utrudniają. Dla tego też wykładnik łamliwości soczewki daje się tylko obrachować przypuszczalnie, przyjmując za miarę łamliwości całéj soczewki zboczenie, jakie sprawia część jéj mająca ściany równoległe. W tém rozumieniu wykładnik soczewki podług Senf'a 1) byłby 1,541.

Krzywizny soczewki są prawie kuliste, promień przedniéj krzywizny podług Helmholtz'a (pag. 49) wynosi 8,8 m. m. tylnéj zaś (pag. 59) 5,13 m. m.

---

1) Por. Fizjol. zmysłów. str. 155.

Chcąc przedmiot obrany z wyczerpającą drobiazgowością opracować, wypadałoby teraz mówić o kolejach, jakim promienie przedmiotów zewnętrznych w oku ludzkiem ulegają, daléj o szematycznem oku *Listing'a*, o punktach głównych, węzłach i t. d. powstrzymuję się jednak od tego, cobym chyba dosłownie z fizyki lub fizjologji jakiéj powtórzyć musiał, a ciekawych w tym względzie odsyłam do znakomitego ze wszech miar dzieła naszego fizjologa *Majera* „Fizjologja zmysłów", gdzie przedmiot ten ze znajomością rzeczy, dokładnie, jasno i w krótkości jest wyłożony.

Teorya akomodacyi i jéj tłumaczenie.

Pokazaliśmy wyżéj, jak ważnym jest organem rogówka dla dokładnego widzenia przedmiotów zewnętrznych. Nie równie atoli, jak to późniéj zobaczymy, ważniejszą rolę w tym względzie odgrywa *soczewka*. Dla tego więc, a mianowicie dla większéj zrozumiałości opisu teoryi akomodacyjnéj, będziemy uważali soczewkę jako *jedyny środek* skupiający promienie przedmiotów zewnętrznych. Tembardziéj to przyjąć możemy, gdy wszystkie środki łamiące oka mogą przez wyliczenie matematyczne być zredukowane do jednéj idealnéj soczewki.

Podług praw fizyki, mamy w każdéj soczewce, albo też w każdym systemie środków łamiących, który do jednéj soczewki zredukowany być może, dwie odległości w stałym do siebie stosunku pozostające: *odległość przedmiotu i odległość obrazu.* Stosunek ich jest taki, że gdy się przedmiot do soczewki przybliża, to obraz jego od niéj się oddala i przeciwnie. Jeżeli się przedmiot znajduje w odległości nieskończonéj, czyli jeżeli promienie od niego padające, są prawie równoległe, wówczas obraz tego przedmiotu padnie w punkcie który nazywamy ogniskiem soczewki 1). Podług wyżéj wymienionego stosunku, promienie od dalszych jeszcze przedmiotów, zbieżnie na soczewkę padające, skupią się przed ogniskiem, promienie zaś od bliższych przedmiotów padające skupią się daléj za ogniskiem; w obu zaś razach w miejscu ogniska będziemy mieli obraz niewyraźny, rozpierzchły, gdyż rozbieżnemi lub niezupełnie skupionemi promieniami wywołany. Jak to figura I przedstawia.

Jeżeli zamiast płaszczyzny AB. w fig. 1. wyobrazimy sobie tylną część gałki ocznéj z wyścielającą ją siatkówką, a zamiast soczewki, cały system środków łamiących oka, to łatwo postrzeżemy, że

---

1) Odległość ogniska wspólnego wszystkich środków łamiących oka od soczewki, w zdrowém ludzkiém oku jest rzadko kiedy mniejszą jak 6, 5, "nigdy zaś większą nad 7‴ (odległość od tylnéj krzywizny soczewki do plamki żółtéj), — (porównaj Arlt die Krankh. d. Auges. Bd. III pag. 201).

obrazy z jakiéjkolwiekbądź chociby i skończonéj odległości, zawsze jednak z téj tylko po przejściu przez środki oka łamiące będą wyraźnie na siatkówce odwzorowane; wszystkie zaś inne obrazy, przedmiotów daléj lub bliżéj od oka naszego położonych, odwzorują się na siatkówce niewyraźnie i jako takie do sensorjum dojdą.

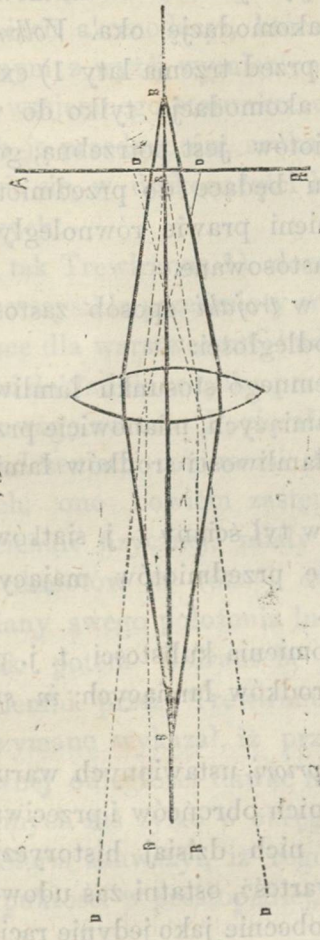


fig. 1

Tak jednak nie jest, gdyż i w większéj i w mniéjszéj odległości przedmioty równie dokładnie widzimy. Własność tę oka ludzkiego, któréj zbadaniem od najdawniéjszych już czasów fizycy i fizjologowie się zajmowali, nazywamy *akomodacją* czyli *stósowaniem oka do rozmaitych odległości.*

Od czasu, w którym *Kepler* pierwszy zwrócił uwagę na wielkie podobieństwo oka ludzkiego do

ciemni fizycznéj, poczęto badać warunki, pod któremi przedmioty w rozmaitych leżące odległościach, jednostajnie wyraźny dają rysunek na siatkówce, czyli, zaczęto studjować akomodację oka. *Volkman* jednak pierwszy dopiero przed trzema laty 1) experymentalnie dowiódł, iż akomodacja tylko do widzenia blizkich przedmiotów jest potrzebną; gdyż oko w zupełnym spokoju będące do przedmiotów dalekich, to jest do promieni prawie równoległych, przez budowę swą jest zastósowane.

Oko ludzkie mogłoby w *trojaki* sposób zastosowywać się do bliższych odległości:

1° Przez zmianę wzajemnego stosunku łamliwości powietrza i środków łamiących, mianowicie przez zwiększenie wykładnika łamliwości środków łamiących.

2° Przez usuwanie się w tył ściany t. j. siatkówki stósownie do zbliżania się przedmiotów mających się na niéj odrysowywać.

3° Przez skrócenie promienia kulistości t. j. powiększenie wypukłości środków łamiących; *in specie* rogówki i soczewki.

Każdy z tych trzech *a priori* ustawionych warunków akomodacyi, miał swoich obrońców i przeciwników; pierwszy i drugi z nich dzisiaj historyczną chyba tylko mieć mogą wartość, ostatni zaś udowodniony experymentalnie obecnie jako jedynie racjonalny, ogólnie uważanym być musi.

---

1) Sehen in Wagn: Handwört: der Physiol, Bd. III, 1. pag. 300.

Zanim się zastanowimy nad faktami, na jakich się opierali obrońcy dwóch pierwszych teoryi, wspomnieć wprzód musimy o pewnych jeszcze tłómaczeniach akomodacyi, które nie opierając się na żadnym z wyżéj wymienionych warunków zmieniania wzajemnego stosunku części oka do otaczających je przedmiotów, szukały przyczyny akomodowania się, w doskonałości budowy części oka składowych.

I tak Trewiranus 1) dowodził, że oko widzi naraz wszystkie przedmioty w prostéj linji przed niem leżące dla warstwowatéj budowy soczewki; że jednak widzi dokładnie te tylko przedmioty, na które patrzący uwagę zwraca. Popierał zaś to dowodzenie doświadczeniami robionemi na soczewkach ócz wołowych; one bowiem zastępując miejsce soczewki w ciemni fizycznéj, miały dawać wyraźny obraz przedmiotów w różnéj odległości będących, bez zmiany swego położenia lub kształtu. W krótce jednak potem Kolrausch, powiększywszy rysunki w ciemni przez Trewiranusa w powyższy sposób otrzymane wykazał, iż przedmioty z jednéj tylko pewnéj odległości dawać mogły rysunek wyraźny, z innych zaś tylko w okręgach rozpierzchłych.

Sturm zauważył, iż rogówka ma inny promień wypukłości w prostopadłéj, a inny w poziomej śre-

1) Ueber die Textur. d. Kristallinse. Brem. 1835.

dnicy i wnosił z tąd 1) że promienie rozbiegające się prostopadle, inne mają ognisko od promieni rozbiegających się poziomo i że w środku pomiędzy temi dwoma ogniskami, jest miejsce w którem się promienie z rozmaitych odległości również dokładnie rysować mogą. Dowodzenie to starał się poprzeć geometrycznem wykreśleniem, które jednak w późniejszym czasie mylnem się być okazało.

Następnie chciano tłómaczyć własność oka akomodacyjną zwężaniem się i rozszerzaniem źrenicy przy patrzeniu na przedmioty blizkie i dalekie (Jaeger senior i Pouillet). A zasłużony nasz, niegdyś profesor Warszawskiego Uniwersytetu, Mille (por: Fizyol. zmysł: str. 188) stosowanie się oka do odległości wyprowadzał z uginania się promieni w zetknięciu z brzegiem źrenicznym, w skutek czego z jednego punktu światłego nie jedno ognisko, ale ich wiele po sobie w jednéj linji pewnéj długości utwarza się, tak iż przedmiot w pewnych granicach odległość zmieniać może, a jednak zawsze jedno z ognisk jego na dnie oka przypadnie.

Wszystkie te twierdzenia nie potrzebowały być zbijane matematycznemi dowodzeniami; prosty experyment *Schejner'a* pokazuje, iż oko w stanie spokoju będace, może tylko w pewnéj odległości leżący przedmiot widzieć pojedyńczo, wszystkie zaś inne widzi podwójnie. Volkman to dowodnie pokazał

---

(1) Poggendorff's Annalen Bd. LXV pag 127.

na oku królika białego 1), do którego gdy wpuszczał światło przez dwa otworki w karcie wykłute jak przy doświaczeniu Scheinera, światło to jednéj tylko odległości dawało rysunek pojedyńczy, ze wszystkich zaś innych bliższych i dalszych dawało dwa, a mianowicie z bliższych dwa równostronne, z dalszych dwa skrżyżowane, jak to najlepiéj z rysunku widzieć można poniżéj. (*str. 158*)

Co się dotyczy *ruchów tęczówki* jako głównych czynników akomodacyi, możemy już tutaj nadmienić, co późniéj obszerniéj rozwiniemy, mianowicie iż wpływ tęczówki na akomodację jest prawie żadna.

Najmniéj zwolenników znalazła teorja 1 ze trzech wyżéj wymienionych, tłumaczących proces akomodacyi w oku ludzkiem. *Grim* 2) uważał, że środki miękkie oka zdolne są pod wpływem ciśnienia mięśni zewnętrznych, zmienić stopień zsiadłości, przybrać przezto stosunkowo do powietrza większy wykładnik łamliwości. *Hasenspatt* 3) w nowszych czasach stanął w obronie teoryi Grimm'a, powołując się na doświadczenie Gräfego z wprowadzonym do oka manometrem, w którym rtęć opaść miała po przecięciu mięśni zewnetrznych. Doświadczenie to jednak, jest tylko nowym dowodem ciśnienia mięśni oka zewnętrznych, którego wpływom bezwątpienia oko podlega. Wpływ ten atoli nie może być tak

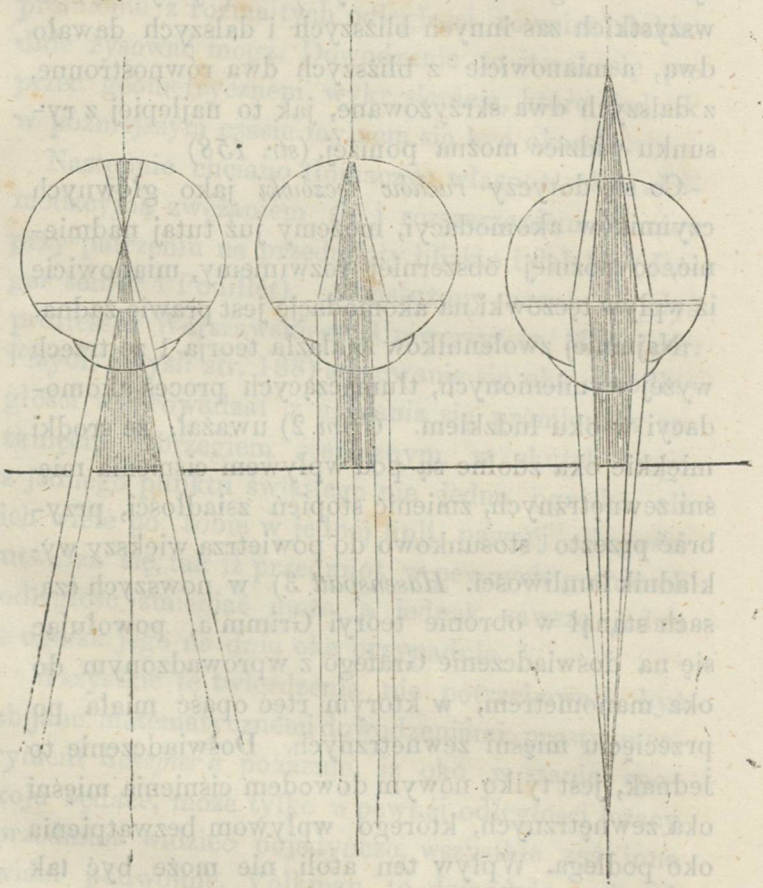
1) Neue Beiträge zur physiol. des Gesichtsin. pag. 109.

2) Dissert. de visu Göting. 1785

3) De accomodandi facultate Berol. 1854.

wielki, żeby aż środki łamiące oka więcéj zsiadłemi mógł uczynić; ciśnienie w takim razie musiałoby

fig. 2. *fig.* 3. *fig.* 4.



być chyba tak silne, iżby objawy phosphenów na siatkówce wywołało; czego się jednak przy patrze-

niu na najbliżéj leżące przedmioty nie doświadcza.

Druga z kolei teorya przedłużania się i skracania oka w kierunku osi widzenia miała bardzo wielu stronników, z których jedni przypisywali te lokomocję mięśniom prostym i ukośnym oka oddzielnie działającym, drudzy wszystkim mięśniom oka razem działającym, inni znowu działania zwieracza powiek. Hymly, Meckel, Paroth, Schreder van der Kolk, Arnold, Bonet, Listing byli starszymi reprezentantami téj szkoły; Arlt w swojéj oftalmologji nie zważając na znajome już rezultaty doświadczeń Cramera i Helmholtz'a na nowo tę kwestję poruszył, a opierając się na pozornie przekonywających dowodach, rzucił znowu kość niezgody pomiędzy fizjologów skłaniających się ku jednéj teoryi.

Pomijając zdania wzmiankowanych obrońców drugiéj teoryi, zatrzymam się cokolwiek dłużéj nad zdaniem Arlta w tym względzie, sąd bowiem tak znakomitego i trafnego postrzegacza jeżeli i jest w części mylnym, zawsze jednak poznanie sposobu zapatrywania się i środków z pomocą których doszedł on do swoich wniosków, tylko pouczającem być może.

Arlt mówi 1) "Akomodacja czyli stosowanie oczu do blizkich przedmiotów, zależy na przedłużeniu gałki ocznej w kierunku osi widzenia przez odepchnięcie tylnéj ściany gałki i odsunięcie tym sposobem plamki żółtéj z jéj przyległą częścią siatkówki. Or-

1) l. cit. Bd. III p. 207.

gana tu działające są: z jednéj strony mięśnie oka proste i ukośne (naprężające się współcześnie) z drugiéj zaś, mięśni Brücke'go 2)." Mięśnie proste i ukośne oka w skutek impulsu sensorjum, powodowanego chęcią dokładnego widzenia przedmiotu blizko położonego, ściskają gałkę w jéj równikowym obwodzie. Pod takim naciskiem, kula szklista zmienia swój kształt pierwotny podając się w tył i na przód; z przodu (kurczący się współcześnie z mięśniami zewnętrznemi oka) mięśień Brücke'go, wraz z soczewką doń przytwierdzoną lokomocję kuli szklistéj w tym kierunku unieważnia ją; pozostaje więc tylko tył oka, który ulegając parciu kuli szklistéj odsuwa się od soczewki w miarę nacisku mięśni zewnętrznych.

Twierdzenie swoje, Arlt opiera na zauważanym przez Gräfe'go fenomenie pulsacyi żył środkowych siatkówki w czasie akomodacyi i na często zdarzającem się przedłużeniu oka w kierunku osi widzenia, przez wydęcie twardówki w okolicy pagórka nerwu wzrokowego (Staphyloma postic. Scarpy, sclerotico-chorioideitis post. Gräfe'go) u krótkowidzów.

Nie zaprzeczam bynajmniéj rzeczywistości podstaw teoryi Arlta, chcę wszakże pokazać jak je sam

---

2) Niezgodzono się dotychczas na jedno nazwanie dla mięśnia część ważną wyrostka rzęskowego składającego; jedni go mianują mięśniem rzęskowym, drudzy mięśniem Brücke'go, inni zaś przypuszczając dlań punkt stały przy rogówce, naprężaczem naczyniówki; ja uważam oba punkta przyczepienia mięśnia pomienionego jako stałe i dla tego wybrałem miano, jako najmniéj w kwestyi spornéj określające, powstałe od nazwiska wynalazcy.

pojmuję, a przez to zakwestjonować trwałość budowy, opartéj na takich podstawach.

Fenomenu pulsacyi przy akomodowaniu ócz na blizkie przedmioty, długo dostrzedz nie mogłem; przypisywałem to nieumiejętności méj we władaniu wziernikiem, lub też niedostatkowi inteligencyi osób na których doświadczenia robiłem. Dopatrzywszy się nareszcie tego objawu raz i drugi zacząłem go badać troskliwiéj, bo przekonałem się, że tak w dojrzeniu jego, w danym razie trudności wielkiéj niema, jako też, że nie potrzeba wysokiéj inteligencyi aby spojrzéć raz na przedmiot o stóp kilkanaście leżący, drugi raz na takiż o kilka cali od oka oddalony.

Po licznem i długiem badaniu w tm względzie tak zdrowych jako i cierpiących oczu przyszedłem do wniosku, że w zupełnie zdrowych oczach fenomen ten do najrzadszych policzonym być może, w oczach zaś, w których za położeniem palca na gałce pulsację żył centralnych siatkówki widzimy, należy on do bardzo zwyczajnych. Objaw więc ten według mego zdania nie dowodzi wcale, że ciśnienie mięśni zewnętrznych może być tak wielkie, aby aż zmieniło kształty gałki oka, lecz że w oczach będących pod ciśnieniem śródocznem silniejszem niż zwykle, dosyć jest lekkiego bardzo nacisku z zewnątrz aby cyrkulację uwidocznić. Nie zaprzeczam tem samem możności naciskania mięśni oka zewnętrznych (zapewne łącznie z mięśniem Brücke'go i zwieraczem powiek) na gałkę, owszem działaniu tychże mięśni,

jak to później obaczymy, sam przyznaję wpływ na akomodacją wysiloną, ale wpływ bardzo *ograniczony*, nie zaś jedyny jak to Profesor Arlt twierdzi. Bo gdyby akomodacja odbywała się w ten sposób, że na tył oka ciśnienie tak jest silne, iż siatkówka się odsuwa od miejsca pierwéj zajmowanego o jakie $^1/_2$''', to z pewnością wspólnie z Pr. Majerem 1) przypuścić możemy, iż każdy taki ruch akomodacyjny byłby połączony z objawem phosphenów na siatkówce.

Twierdzenie to tem śmieléj postawić mogę, że sam sprawdziłem postrzeżony i opisany przez Czermaka phosphen akomodacyjny 2). Phosphen ten zapewne wywołany przez skurczenie się pasemek promienistych mięśnia Brücke'go przy ustawaniu akomodacyi na blizkie przedmioty, przekonywa, jak lekkiego potrzeba nacisku, na nieczułe nawet bo obwodowe części siatkówki, aby objawy tego rodzaju wywołać.

Nie łatwo jest dojrzéć phosphen ten, akomodacyjnym przez Czermak'a nazwany, ale widzieć on się daje przy pewnéj wprawie w szybkiem zmienianiu ruchów akomodacyjnych potrzebnych do widzenia przedmiotów bliższych i dalekich, czyli przy pewnéj wprawie w prędkiem przechodzeniu ze stanu akomodacyi czynnego do biernego. Znajdując się w ciemnem zupełnie miejscu, jeżeli po dłuższéj akomodacyj

1) l. cit. str. 186.

2) Archiv für Ophtalm. Bd. VIII, 1. pag. 147.

jakby na przedmiot blisko leżący, przejdziemy do zupełnego spokoju oka, to w chwili tego przejścia phosphen w mowie będący ukaże się nam jako ognisty eliptyczny wązki krążek o średnicach równych, albo mało co mniejszych od średnic obwodu przestrzeni widokowéj, która jak wiadomo jest także eliptyczną.

Co do drugiego punktu wyjścia teoryi akomodacyjnéj Arlta, mianowicie co do postrzeżonego u krótkowidzów przedłużenia oka w kierunku osi widzenia, również mam sposób zapatrywania się odmienny.

Najprzód, jak to już słusznie inni zarzucają, stanu potologicznego 1) nie można identyfikować z funkcją normalną oka. Stan ten bowiem na utworzenie się całego przeciągu lat potrzebuje, gdy przeciwnie zmiana w oku, potrzebą dokładnego widzenia sprowadzona w jednéj powstaje chwili i zaraz, bez zostawienia najmniejszego na oku wrażenia przechodzi.

---

1) Jäger w najnowszem swojem dziele „Ueber die Einstellung des dioptr. Apar. im menschl. Auge" Wien 1861 pag. 71, opierając się na dysekcyach oczu nowo-narodzonych i licznych obserwacjach z pomocą wziernika przez siebie dokonanych na dzieciach rozmaitego wieku dowodzi, że stan anormalny oka o którym mowa, nie jest objawem chronicznego cierpienia błon wewnętrznych, lecz wadą wrodzoną, która tylko w pierwszych latach życia łącznie z rozrastaniem się wszystkich błon oka powiększa się, od wieku zaś młodzieńczego już się więcéj nie rozwija. Ponieważ jest to pierwszy raz dopiero wyrzeczona opinja i sam Jäger w dawniejszych swych pracach zupełnie przeciwnego był zdania, ogół zaś oftalmologów stan ten anormalny uważa dziś jeszcze jako chroniczne zapalenie, nie uwzględniam więc w texcie zdania Jägra, a przytaczając je tylko, stanowczą w tym względzie decyzję przyszłym badaniom pozostawiam.

Wydęcia twardówki w wysokich stopniach zwykle są połączone z bardzo krótkim wzrokiem, ale czy krótki wzrok w tych razach jest skutkiem, czy też przyczyną, tego z pewnością wiedzieć nie można. W bardzo rzadkich wypadkach, gdzie początek cierpienia tego obserwować można, nie wzrok krótki ale niedoślep najprzód spostrzegać się daje, akomodacja zaś bywa zwykle prawidłową. W późniejszych stadjach tego cierpienia, w rzeczy saméj wzrok zazwyczaj bywa odpowiedni zmianom w błonach oka wewnętrznych, dostrzeganym za pomocą wziernika, a mianowicie wzrok tem bywa krótszy, im większe jest wydęcie twardówki i im większy dostrzegamy zanik w makacie tylnéj części naczyniówki. Oba te objawy, albo z przejściem procesu zapalnego powstrzymują się w dalszym rozwoju, albo też w parze daléj się rozwijają. Czy jednak proces ten zapalny, powodowany i podtrzymywany jest niewłaściwem i utrudzającem używaniem wzroku (okulary silne, praca ciągła i wysilająca wzrok), czy też inne przyczyny od zewnętrznych okoliczności niezależne (anormalna budowa naczyń, atheromatyczna naprzykład), są powodem zbytecznego przesiąkania do wewnątrz oka, tego z pewnością dotychczas nie wiemy. Doświadczenie w większéj części wypadków skłania się ku pierwszéj pathogenezie, ale mamy też pewne dane i za drugą przemawiające: *np.* często się zdarzające w tem cierpieniu apopleksje częściowe naczyń naczyniówki, częste następcze oddzielenie siatkówki, mimo surowego zachowywania oczno-hygie-

nicznych przepisów. Jeżeli więc przy tém cierpie niu wzrok krótki jest skutkiem zmian w kształcie oka, nie zaś przyczyną, to w takim razie nie zachodzi żadna analogja pomiędzy teorją akomodacyjną Arlta a cierpieniem w mowie będącém. W przeciwnym razie, przyczyn krótkiego wzroku (przynajmniéj w początkach tego cierpienia) w czem innem szukać musimy, bo jak wiadomo wydęcie twardówki w tem stadjum ogranicza się na częściach przyległych pagórkowi nerwu wzrokowego i dopiero w bardzo długo trwających wypadkach, rozciąga się na części twardówki po za plamką żółtą leżące. W początkach więc wydęcie to jest na stronie i długość oka w kierunku osi widzienia nie bywa zwiększoną. Widzimy przecież bardzo wielkie wgłębienia pagórka nerwu wzrokowego przy wzroku normalnym (pod względem akomodacyjnym), albo też co najczęściéj dalekim.

Chociaż dzisiejsze pozytywne rezultaty spostrzeżeń Helmholtz'a i innych, jak to późniéj zobaczymy, niepozwalają niczem innem akomodacyi tłumaczyć, jak tylko zmianami w wypukłości soczewki, zająłem się jednak dłużéj cokolwiek rozbiorem teoryi akomodacyjnéj Arlta z następujących powodów

1° Że rozdział o akomodacyi, Arlt pisał już po ogłoszeniu przez Cramer'a i Helmholtz'a spostrzeżeń przez nich na tém polu zebranych, — i że w dziele swojem podaje w wątpliwość zdania obu tych zasłużonych ludzi.

2° Że taka znakomitość jak Arlt, jest téj teoryj przedstawicielem. Znając zaś nieomylność zdań jego i trafność spostrzeżeń w wielu innych razach, uznałem za potrzebne wykazać tę słabą stronę, a zarazem zwrócić na to uwagę zwolenników oftalmologji Arlta, najlepszéj może z dzisiejszych pod względem praktycznym.

Arlt sam w późniejszéj swéj pracy 1), mówiąc o nowo odkrytych obrączkowych pasemkach mięśnia Brücke'go, zgadza się z Helmholtz'em pod względem działania mięśnia pomienionego na zmianę wypukłości soczewki;—przypuszcza więc, że funkcja akomodacyjna i od zmian soczewki zależy, ale o ile wnosić można z powoływań się jego na swą dawniejszą teorję, obstaje zawsze za wpływem mięśni oka zewnętrznych. Pojmuję to dobrze jak przykro być musi tak trafnemu badaczowi natury, rozstawać się z teorją, któréj sam był twórcą i którą za najprawdziwszą uważać dotychczas przywykł. Widząc przytem ustępstwo Arlta na korzyść udziału mięśnia Brücke'go z poprzednio przyznanéj mu roli, sądzę, że on sam już dziś wątpi, czy mięśnie oka zewnętrzne wywierają na akomodację wpływ im dawniéj przypisywany. Ostatecznie zaś zmienić muszą sposób zapatrywania się Arlta, wypadki porażenia wszystkich mięśni oka przy najprawidłowszéj akomodacyi, przez Gräfe'go 2) opisane i zupełny brak

1) Archiv. fur Ophtalm. Bd. III, 2 pag. 87—199.

2) Archiv. für Ophtalm. Bd. II, 2 pag. 299.

akomodacyi po operacjach zaciemka, a zatem po usunięciu z oka soczewki, pierwiéj przez Gräfe'go 1) a w najnowszych czasach przez Dondersa 2) dowiedziony i opisany.

Przechodzimy do *trzeciego* przypuszczalnego tłumaczenia akomodacyi przez zmianę w wypukłości środków łamiących oka, mianowicie rogówki i soczewki.

Z tego cośmy dotąd powiedzieli widocznem jest, że to ostatnie przypuszczenie było najtrafniejsze i że zmiany soczewki przy patrzeniu na przedmioty w rozmaitych odległościach będące, w niedawnych dopiero czasach zauważane, najdokładniéj mogą nam proces akomodacyi wytłumaczyć. Przypuszczane bowiem przez Homeg'o i innych zmiany krzywizny rogówki, która jakeśmy wyżéj widzieli, granicząc bezpośrednio z powietrzem stosunkowo najsilniéj łamie promienie, przez Senfa i innych a ostatecznie przez Helmholtz'a 1), stanowczo zostały zaprzeczone.

Dawno już czeski Fizjolog Purkinje zwrócił uwagę na odbicie światła pod pewnym (45°) kątem do oka wpadającego, przez trzy jedna za drugą leżące płaszczyzny krzywe, a mianowicie przednią krzywiznę rogówki, oraz przednią i tylną krzywiznę soczewki. Odblaski te, nazwane od imienia swego wynazcy *odblaskami Purkinjego*, były przed odkryciem wziernika zastósowane do rozpoznawania początków formującego się zaciemka, a późniéj dopiero użyto

1) Archiv für Ophtalm. Bd. II, 1 pag. 188.
2) Archiv. für Ophtalm. Bd. VII, 1 pag. 168.

ich do badań nad akomodacją oka. Senf pierwszy zastósował je do wymierzania stopnia wypukłości rogówki 1), a robiąc przytem doświadczenia nad akomodacją, doszedł do negatywnych rezultatów pod względem dawniej przypuszczanych zmian w krzywiznie rogówki.

Po Senfie Langenbeck pierwszy zauważył 2), iż przy akomodacyi odblask przedniéj krzywizny soczewkowéj zmniejsza się i przybliża do odblasku rogówki; ale nie mogąc zmian wypukłości soczewki wytłumaczyć improwizowanym mięśniem, ściskaczem soczewki (compressor lentis), nie upowszechnił swojéj teoryi, naprowadził jednak późniejszych badaczy na dobrą drogę.

Jakoż w kilka lat późniéj Cramer, Donders i Helmholtz, robiąc podobneż doświadczenia z pomocą ulepszonych i umyślnie do tego celu zastosowanych narzędzi, donieśli ostatecznie, że zmiana w wypukłości soczewki głównym jeżeli nie jedynym jest środkiem, za pomocą którego oko ludzkie dokładnie widzieć może przedmioty w rozmaitych odległościach leżące.

Badania tych uczonych wyjaśniły nam zawiłą dotychczas część fizyologii oka, sądzę więc, że nie będzie zbytecznem, gdy doświadczenia ich i wnio-

---

1) Wagners Handwörterb. d. Phisiol. Bd. III.

2) Klinische Beiträge aus d. Gebiete der Chirurgie. Ophtalm. Göting. 1849.

ski ostateczne poktótce opowiem i krytycznie rozbiorę 1).

Odblaski Purkiniego, gdy je w znany powszechnie sposób obserwujemy, przedstawiają się w następującym kształcie i porządku (por.: fig 5): *a* przedstawia odblask rogówki prosty i jasny; *b* odblask przedniéj krzywizny soczewki, prosty lecz bardzo niewyraźny dla małéj różnicy (pod względem łamliwości) między warstwami zewnętrznemi soczewki a cieczą wodną: *c* zaś wyobraża odwrotny i jasny, ale znacznie zmniejszony odblask tylnéj krzywizny soczewki, czyli dosłownie mówiąc dołka miseczkowatego:

fig. 5.

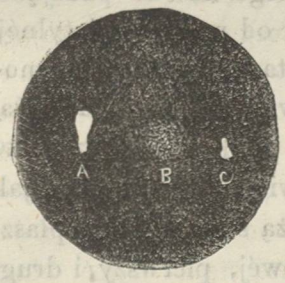
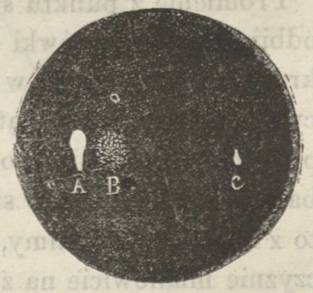


fig. 6.



Kramer obserwując oko przez umyślnie do tego zastósowany instument, który nazwał oftalmoskopem zauważył, że przy akomodowaniu oka t. j. przy patrzaniu na przedmioty bliskie, rysunek śród-

1) Co do teoryi Kramera i Dondersa posiłkowałem się dziełkiem Schauenburga „Das Akomodations-Vermögen der Augen. Lähr 1854" Helmholtza zaś opinje w tym względzie są wyrażone w jego własnéj pracy: „Ueber die Accomodation des Auges" (Arch: für Opthal: Bd. I 2 pag. 1—74).

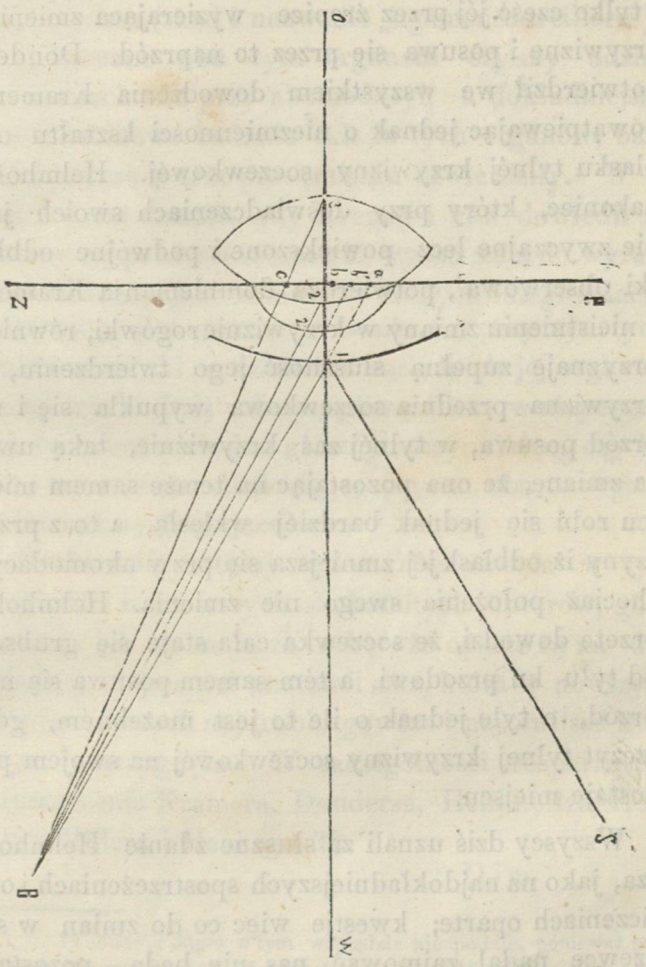
kowy *b* zmienia położenie i kształt, mianowicie jak to w fig. 6éj widać, zbliża się do odblasku *a*, zmniejsza się i wyraźniejszym staje; odblaski zaś *a* i *e* pozostają bez zmiany na miejscu.

Kramer wyprowadza ztąd wniosek, iż przednia krzywizna soczewki przy akomodacyi posuwa się naprzód i wypuklejszą staje, tylna zaś krzywizna soczewki i rogówka nie zmieniają ani miejsca położenia ani kształtu, i tłumaczy widziane zjawisko następującem wykréśleniem (por. fig. 7). Niech będzie *OW.* osią widzenia, PZ. płaszczyzną źreniczną t. j: płaszczyzną, która odcina część soczewki wystającą przez źrenicę, *S* punktem świecącym, jak to pokazuje figura niżéj zamieszczona.

Promienie z punktu świecącego na oko padające odbiją się od rogówki oraz od przedniéj i tylnéj krzywizny soczewki w punktach 1, 2, 3, a na mocy prawa równości kątów wpadania i załamania, po odbiciu zejdą się znowu w punkcie *B*, gdzie oko badającego znajdować się powinno. Odblaski te jak to z figury 7éj widzimy, pokażą się na jednéj płaszczyznie mianowicie na źrenicowéj, pierwszy i drugi po za właściwem miejscem swego odbicia, trzeci zaś przed takowem w punktach *a*, *b* i *c* (tak jak je fig. 5 wyobraża). Przy akomodacyi na przedmioty blizkie, krzywizna przednia soczewki staje się wypuklejszą, odblask więc od niéj posunie się o tyleż na przód o ile się ona wypukliła, a przeniesiony na płaszczyznę źreniczną, będzie widzialnym jako zbliżony do punktów *a* mianowicie w punkcie *b'*

(por. fig: 6 i fig: 7). Odblask ten zmniejsza się przytem, dla większéj wypukłości płaszczyzny odbijającéj i jest wyraźniejszym, w miarę zmniejszenia się —

fig: 7.



Z pozostawania w jedném miejscu i w jednym kształcie odblasków od rogówki i tylnéj krzywizny

soczewki, mimo stosowania oka do rozmaitych odległości, wnioskuje Kramer, że krzywizny pomienione ani kształtu ani miejsca położenia nie zmieniają, a zatem że soczewka *in toto* na miejscu pozostaje, a tylko część jéj przez źrenice wyzierająca zmienia krzywiznę i posuwa się przez to naprzód. Donders potwierdził we wszystkiem dowodzenia Kramera, powątpiewając jednak o niezmienności kształtu odblasku tylnéj krzywizny soczewkowéj. Helmholtz nakoniec, który przy doświadczeniach swoich już nie zwyczajne lecz powiększone i podwójne odblaski obserwował, potwierdza domniemania Kramera o nieistnieniu zmiany w krzywiznie rogówki, również przyznaje zupełną słuszność jego twierdzeniu, że krzywizna przednia soczewkowa wypukla się i na przód posuwa, w tylnéj zaś krzywiźnie, taką uważa zmianę, że ona pozostając na temże samem miejscu robi się jednak bardziéj wklęsłą, a to z przyczyny iż odblask jéj zmniejsza się prz y akomodacyi, chociaż położenia swego nie zmienia. Helmholtz przeto dowodzi, że soczewka cała staje się grubszą od tyłu ku przodowi, a tém samem posuwa się naprzód, o tyle jednak o ile to jest możebném, gdy szczyt tylnej krzywizny soczewkowéj na swojem pozostaje miejscu.

Wszyscy dziś uznali za słuszne zdanie Helmholtza, jako na najdokładniejszych spostrzeżeniach i obliczeniach oparte; kwestje więc co do zmian w soczewce nadal zajmować nas nie będą, pozostaje

tylko do objaśnienia sposób, w jaki te zmiany do skutku przychodzą?

Dawno już, bo po zauważaniu ruchów tęczy i po uznaniu, że dzisiejszy mięsień Brückiego posiada części elastyczne (zkąd i nazwanie „ligamentum ciliare"), przypisywano obu tym organom czynny udział w zmianach oka przy akomodacyi, a dokładniejsze drobnowidzowe badania składu tych organów, bardziej jeszcze w tém przekonaniu utwierdziły. W ostatnich zaś czasach, gdy Kramer i inni dowiedli że zmiany wypukłości szoczewki wystarczają do wyraźnego widzenia przedmiotów w różnych odległościach, naturalną jest rzeczą, że szukano przyczyn tych zmian soczewki w działaniu sąsiednich jéj organów ściągliwych. Dziś cała wątpliwość leży w niepewności, co mianowicie jest głównym czynnikiem: czy tęcza, czy mięsień Brückiego, czytez oba te organa jednocześnie działające?

Rozbierzemy tutaj tylko tłumaczenia w tym względzie najnowszych znakomitych autorów, gdyż badania ich to mają za sobą, że oparte są na dokładnéj znajomości anatomii oka, która w nowszych dopiero czasach najdrobiazgowsze i najzawilsze kwestye roztrzygnęła. W szczególności rozpatrzymy tłumaczenia Kramera, Dondersa, Helmholtza, Henryka Mülera i Henkego 1).

D. n.

---

1) Zdania Jägra w tym względzie nie podaje, ponieważ prawie w niczem się ono od zdań Helmholtza i H. Mülera nie odróżnia.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

IDIOTYZM, JEGO GRANICE I PODZIAŁ,

przez Dr. *Heyer* Dyrektora Zakładu leczenia i kształcenia dzieci niedołężnych i umysłowo chorych.

Powrotnie dziś przyjęty podział chorób psychicznych na 3 rzędy: *przytępienia, wygórowania i osłabienia* (Depressio, excitatio, debilitas) sprawił, że wielki dział ten patologii stał się przystępniejszy i zrozumialszy.

Idiotyzm i kretynizm oznaczają się wspólnie, pomimo różnic anatomicznych jakie między niemi upatrywano, pod względem fizjologicznym i psychologicznym, tém, że obydwa noszą na sobie cechę *osłabienia.*

Że pojęcie to dawno już słuszne znachodziło uznanie, dowodzi samo rozróżnienie na idiotyzm: *sporadyczny* i *endemiczny*, którém to ostatniem mianem określano kretinizm.— Prawdziwie ścisłe zbadanie tego stanu umysłowego, rozpopoczynają poszukiwania *Virchowa* kiedy rola ta dawno i przez licznych lekarzy uprawianą była bezowocnie, jako: przez Platera, Hallera, Soussura, Saundersa, Malacarna, Akermana, Wentzla, Stahla, Guggenbühla i t. d.

Za główną oznakę kretynizmu poczytujemy, stosownie do obecnego stanowiska nauki: całkowite zrośnięcie oby-

dwóch kości klinowych z podstawą czaszki, u płodu już nastąpione, i wynikłe ztąd skrócenie podstawy mózgu z następném z niepodobieniem całéj głowy, bez względu na obecność wola (Struma) i zboczenie formy skieletu. Skutkiem takiego orzeczenia kretinizmu, musiała naturalnie liczba ich bardzo się pomniejszyć w stosunku do dawniejszych podań.

Ponieważ zaś, każdy kreteńczyk ze względu na stan jego psychiczny, może być zarazem nazwany Idiotą, kiedy przeciwnie Idiota kreteńczykiem być niepotrzebuje koniecznie— gdy z drugiéj strony, tak potrzeba praktycznéj jako i naukowéj łatwości dąży do uproszczenia,—słuszną jest i celowi odpowiednią, mówić i pisać po prostu o *Idiotyzmie*, zostawując rzecz o kretynizmie na zrośnicniu kości zasadowych czaszki polegającym—w zupełności poszukiwaniom fizjologów i anatomów, dla których ona zawsze wiele przedstawiać będzie zajmującéj treści.

Do stwierdzenia zdania naszego posłużą następujące dowody:

1. Nawet w okolicach alpejskiego karłactwa, znajdujemy w rzeczywistości bardzo rzadko tylko nadmienione powyżéj cechujące kretynizm zboczenie w kościach, a przeciwnie widzimy tu wszystkie stopnie przejścia do stanu prawidłowego, mianowicie w owych miejscach, gdzie polepszenie stosunków socyalnych, skrzyżowanie plemion i napływ obcych żywiołów, powoli na wykorzenienie złego wpłynęły, jakto udowadnia *Zillner* w Salzburgu.

2. Mamy liczne przykłady, że zniepodobienia czaszki najrozmaitszego rodzaju (Synostosis, Makro-et Mikrocephalia, Assymetria etc.) pojawiają się w okolicach równin, a szczególnie po większych miastach, ogniskiem zepsucia obyczajów będących (jakto dowodnie wykazał *Behrend* w Berlinie), i że osoby te do właściwego dochodzą stopnia rozwoju umysłowego, a przez Lekarzy innemi tylko nazwiskami oznaczone bywają.

3. Rozróżnienie kreteńczyka od Idioty ulega częstokroć wielu trudnościom nietylko u ludności ale i u samych Lekarzy,—a dopiero na stole sekcyjnym zazwyczaj rozstrzygniętem być może.

4. Pod względem terapeutycznym i pedagagicznym, co przecież główną rzecz stanowić powinno—niezachodzi najmniejsza różnica pomiędzy karłakiem a idiotą—z powodu, że tu zależy nam głównie o przyznanie zdolnosci czyli możliwości rozwoju umysłowego.

5. Bardzo skłonni jesteśmy utrzymywać, że ani statystyka nie poda nam właściwéj cyfry rozstrzygającéj, albowiem wypadek obliczenia tego rodzaju, zależeć będzie zawsze od indiwidualnego sposobu widzenia rzeczy—przyczem zazwyczaj w rzędzie osób nadmienionych, zamieszczają takżei głuchoniemych, głuchych, zaniedbanych i t. p.

6. Jedynym może, wedle naszego zdania, powodem tak zwanéj liczby karłaków alpejskich w stosunku do tychże w równinach—sądzimy być małżeństwa pomiędzy krewnymzawierane, czemu wielce sprzyjać zdaje się szczupłość miejsc do pomieszczenia ludności zdolnych, jakto się rzecz ma w okolicach górzystych, do czego także przyczyniać się muszą stosunki klimatyczne i telluryczne. Wielka przynajmniéj ilość przykładów karłactwa, które ja w równinach widzieć miałem sposobność, pochodziła z tego źródła.

7. Już samo imie *Idiota* pochodzące od słowa „idios, t. j. odosobniony", wskazuje prawdziwe znaczenie téj choroby, z odniesieniem się do stanu psychicznego jako głównéj patognomonicznéj cechy, bez uwzględnienia stosunków anatomicznych; czego nie można powiedzieć o innych imionach: Cretin, Tschingen, Triffel, Goich, Häscherle i t. d., nadawanych tym ludziom w znaczeniu pogardliwém.

Myśl ta sprowadzenia karłaków do rzędu Idiotów, powzięta przez *Stahla*, odnowioną została przez *Zillner'a*, którego wszechstronna znajomość przedmiotu w mowie będącego dostatecznie jest znaną, a któreto uproszczenie niezmiernie

dla Psychyjatryj i Pedagogiki leczniczéj korzystnem być musi. To samo tyczy się także wyrazów zwyczajem ustalonych, „zapłodowy (angezeugt), wrodzony i nabyty rodzaj głupowatości (Blödsinn, Schwachsinn) — niemniéj podziału na: Cretinismus, Idiotismus, Imbecilitas"—które wszystkie wskazują tylko stopniowanie *rozwoju umysłowego*, lub czas powstania niemocy.

Zillner tak się wyraża w tym względzie: „Rozróżnienie podobne nie ma żadnéj zasady. Przypuściwszy bowiem, że karłactwo w pojęciu Virchowa—jako następstwo zrośnienia podstawy czaszki, jest wrodzoném, to niewyczerpuje takie orzeczenie jeszcze wszystkich wypadków wrodzonéj głupowatości—przeciwnie pozostaje wiele Idiotów, których źródło cierpienia odnieść się da do życia płodowego, a w innych mogły zajść przyczyny wypadkowe w czasie porodu lub po porodzie (np. uszkodzenie czaszki z następną Synostozą), które podobne sprowadziły skutki.—Co się wreszcie dotyczy karłactwa i Idiotyzmu *zapłodowego* — tłómaczenie to, przy niewyjaśnionych stosunkach zapłodnienia, uważamy za zupełnie wymarzone."

Wyrazy niemieckie „*Blöd-i Schwachsinn*" powinny zdaniem naszem całkowicie być wymazane z terminologii, a to z przyczyny, że one wskazują niejako przytępienie zmysłów, które u takich chorych bynajmniéj przytępione być nie potrzebują i częstokroć zupełnie są prawidłowe. Z téj to przyczyny, że chorym tym zbywa na władzy przyjmowania wrażeń i pamięci podczas gdy zmysły nienaruszone być mogą, radzimy wyrazy te zastąpić słowami „niemoc i niedołęztwo umysłowe" (Geisteschwäche, Geistesarmuth), a dla dobitnego wyrażenia się, i rozróżnienia od *nabytych* tego rodzaju cierpień, uważamy najstosowniejszy wyraz *Idiotismus*.

Dla pożytku praktycznego zaś i zwyczajnego użycia—nie uwzględniając formy zewnętrznéj, jaką przybiera owe niedołęztwo umysłowe, czy ono wcześniéj czy późniéj się wywiązało, czy temu towarzyszy inne zboczenie somatyczne

lub nie, czy się zbliża do podniecenia czy najniższego dosięga szczebla przytłumienia władz umysłowych, okraszone powabem albo zeszpecone brzydotą ciała—najwłaściwszym byłby podział na rzędy: *idiotów*, *pół-idiotów i idiotycznych czyli niby i diotów*.

Z podziałem tym, zgadzałyby się obserwacyje tych wypadków w Szwajcaryi i Sabaudyi i przyjęcie jego przez *Troxlera i Demme'go*.—Przy takim podziale okazuje się potrzeba wskazania granicy prawidłowości umysłowéj, któréj odwrotna strona całkowitego przytłumienia, wcale niepotrzebuje,—a to tem bardziéj, ile że jak tu częstokroć się zdarza, dzieci prawidłowego rozwoju umysłowego, które dla jakiejkolwiek przyczyny, właściwego niedostąpiły stopnia wykształcenia, uważane bywają za idiotów lub półidiotów.

Oznaczenie granicy idiotyzmu względnie do prawidłowości umysłowéj, nieprzedstawia w rzeczy przy bliższém rozpatrzeniu się, żadnych trudności, i za prawidło rozgraniczenia położyć można *niezdolność liczbowania*, o ile to przechodzi zakres wyuczenia się pamięciowego—niemniéj brak stosownego użycia pomniejszych *gramatycznych części mowy* jak np: łączników, przyimków i t. p. niewchodzących do składu wyuczonych frazesów.—Pamiętać wszakże wypada, że niedołężność drugiego rodzaju cechować zwykła: i głuchoniemych, rozumie się dla zupełnie innych powodów, kiedy zdolność liczbowania nabywają ci chorzy z łatwością, jeżeli podamy im właściwe do tego sposoby.

Drugą stateczną oznaką idiotyzmu, jest *brak władzy kombinowania pojęć abstrakcyjnych*, któréj przy najstosowniejszem kształceniu dostąpić nie są w stanie.

Półidiota oznacza się niedokładném przyswajaniem najbliższych wyobrażeń, a najtroskliwsze starania pedagogiczne doprowadzają go zaledwie do zrozumienia najprostszych pojęć oderwanych. Idiota dochodzi co najwięcéj zaledwie do urywkowego zrozumienia wrażeń złącznych (con-

cretum),—objawia niedokładne poczucie, i zbywa mu niekiedy nawet na uczuciu rozróżnienia wrażeń przykrych od przyjemnych.

Obok braku kombinacyi, widzimy także u idiotów niezdolność łączenia pojęć (associatio), lubo mniéj ogólną z powodu, że łączenie wymaga niższego od kombinacyi stopnia rozwoju umysłowego, polega na samych wyobrażeniach i uczuciu. Wyrażając się jaśniéj, powtarzam, że idiota nie może bynajmniéj wznieść się do najprostszego liczenia pamięciowego lub ułamkowego, a większa część z nich nie dochodzi nawet do działań odciągania i dzielenia wymagających już wyższego stopnia rozwoju jak dodawanie i mnożenie, które samą pamięcią dokonane być mogą.

Taką samą miarą ocenia tych chorych, już lud prosty, wyrażając się np. „on trzech niezliczy".

Niedołęztwo to umysłowe wszakże niewyklucza wcale prostéj pamięci, jakto przekonywamy się na karłakach alpejskich i wielu z moich wychowanków, którzy są w stanie wyuczyć się dokładnie tabliczki mnożenia, liczenia do stu, i napisać ortograficznie nawet list, wprawdzie krótkiemi okresami przez siebie ułożony.

O zrozumieniu pojęć religijnych, z wyjątkiem opowiadania z historyi biblijnéj i najpierwszych zasad moralności— a tém bardziéj treści różnic wyznania—nie może tu nawet być mowy.

Tym sposobem ogranicza się całe działanie umysłowe idioty na pole, które z jednéj strony zakreśla całkowity brak czynności psychicznych, a z drugiéj niemoc kombinowania i łączenia pojęć abstrakcyjnych.—Samo przez się rozumie się, że w wykładzie tu pomijam zupełnie wszystkie zbliżone do naszego przedmiotu odcienia obłąkania, które, jak moje doświadczenie uczy, częściéj się u dzieci wydarza, aniżeli to pospolicie utrzymują.

Za podstawę podziału na: *idiotów*, *półidiotów i niby idiotów* uważaną być musi przedewszystkiem *mowa* czyto w sło-

wach czyliteż w znakach wyrażana, która pomimo téj różnicy zostanie zawsze najogólniejszą i najpewniejszą zewnętrzną oznaką działania umysłowego; podobnie rzecz się ma z zabawką dziecięcia, z obudzeniem samowiedzy, i stosownem użyciem palców.—Wcześniéj już, lubo mniéj wybitnie świadczą o tém zmysły wzroku i słuchu, niemniéj skłonność do wąchania potraw, a najwcześniéj odwzajemnienie pieszczot matki, które wszakże wyraźnie określić się nie dozwala.

Wszystkie inne znaki czerpane z postawy ciała, wyrazu twarzy, ochędóztwa, łaknienia, niezwykłéj opieszałości lub rzutności ruchów, niedołężnego chodu i t. p. mogą wprawdzie utwierdzać nas w pewności na powyższych cechach opartéj,—nie rozstrzygają wszakże rozpoznania.

Mniéj jeszcze polegać można na zboczeniu budowy czaszki, tułowia, albo w zębowaniu i t. d. które u prawidłowo rozwiniętych umysłem dzieci, mogą być przypadami choroby skrofulicznéj lub rachitycznéj.

Pospolicie udaje się wykryć idiotyzm w czasie około 2—3 roku życia,—rzadko tylko rozpoznanie jego ukrywa się do drugiego zębowania.

Za zwyczaj towarzyszą temu stanowi rozmaite choroby, a zdrowie dziecięcia może czasowo ulegać zmianom, ale nigdy prawie polepszeniu.

Znaki cechujące rozmaite stopnie idiotyzmu, z których żaden sam dla siebie, tylko w połączeniu ze wszystkiemi rozpoznanie stanowić może—są następujące.

I. Idiotyzm.

Idiota pozbawionym jest wszelkiéj samowiedzy, wszelkiego naśladowania i myślenia i wszelakiego sposobu udzielania się na zewnątrz, chyba tylko przez mimowolny wykrzyk bólu lub radości, zadowolenia lub przykrości.

Jedni z nich mają zwrócone oczy w jedno miejsce jakby osłupiałe, inni rzucają niemi bezmyślnie lub patrzą ukośnie, a większa połowa zdaje się być głuchą.

Podczas gdy *ten*, żywszego usposobienia, przeskakuje z miejsca na miejsce, siedzi *ów* nieporuszony w jednym kąciku—a obydwa przerwani w swéj czynności, wydają krzyk niezadowolnienia. Ten drapie po murach, sprzętach, i sukniach—tamten buja się i trzęsie rękami i głową jakby w pląsawicy, wykrzykuje i wybucha dziwnym śmiechem bez powodu. Wielu z nich ulega ślinotokowi, igra z wypływającą z ust śliną, bawi się oddanym stolcem, przygryza palce i t. p. Wszyscy zarówno okazują niepohamowaną żądzę jedzenia chociażby najobrzydliwszych przedmiotów, a przynajmniéj wtykają do ust wszystko co im się pod oczy nasuwa. Z powodu niemożności żucia mianowicie w pierwszych latach życia, zachodzi łatwe niebespieczeństwo uduszenia; niezdolność stosownego uchwycenia pokarmów i nieczystość przy oddawaniu stolców i moczu należy do statecznych znaków niemocy.

Zabawom właściwym wiekowi dziecięcemu, z wyjątkiem igraszek z przedmiotami błyszczącemi lub dzwoniącemi, a niekiedy z lalką—nieoddają się takie dzieci nigdy, tak samo nie zwykły one przypuszczać do zabaw swoich jakiegokolwiek zwierzątka; przeciwnie postrzegamy w nich wielką skłonność do samogwałtu (onanii) w najobrzydliwszych formach.—W ogólności przeważać tu zwykło otrętwienie, jakkolwiek zdarzają się wypadki niejakiego podrażnienia ustawicznego z następną bezsennością obok nienaruszonego z resztą zdrowia.

Pomijając wymuszone częstokroć przez niektórych Lekarzy porównanie wyrazu twarzy i budowy czaszki z fizyognomią zwierzęcą, niemożna zaprzeczyć, że jest coś w postawie ciała, w krzyku,w chodzie i ruchach takich dzieci, co pomimowoli przypomina niektóre zwierzęta.—I tak jedne kiwają się i mruczą jak niedźwiedzie, inne rzucają się z nad-

zwyczajną chciwością przy wypełnionym żołądku na kruszynę chleba na ziemi leżącą, któréj zdrowe oko zaledwie dostrzedz zdoła, sposobem sokoła na zdobycz czyhającego,— inne znowu leżące spokojnie, kucząc lub siedząc, ruszają nieustannie szczękami, niby bydlęta przeżuwające i t. p.

II. Pół-idiotyzm.

Osoby tego rodzaju niemocy umysłowéj, niemniéj przykre z wejrzenia już sprawiają wrażenie, a niektóre z nich wydają się nawet przy pierwszém krótkiem spotkaniu, zupełnie być zdrowe, szczególnie jeżeli ich spokojnie siedzących zastajemy, w którymto razie z wyrazu twarzy i oczu, wewnętrznéj próżni odgadnąć niepodobna.

Widzimy u nich zdolności udzielania się przy pomocy pojedyńczych, niewyraźnie wygłaszanych ale stosownie użytych słów; w przedmiocie blisko ich dotyczących potrzeb życia, używają częstokroć trybu bezokolicznego, np. „cheba (chleba) dać" i. t. p. w ogólności przedstawiają stopień wykształcenia 1 lub 2 letniego dziecka.

Jeżeli do tego jeszcze przyłączy się przypadkowe stępienie słuchu lub władzy mówienia (np. cierpienie właściwych nerwów), t. j. częściowe porażenie mowy (Glossoplegia), mogą tacy chorzy wyuczyć się choć niedokładnéj mowy na migi a przynajmniéj rozumienia takowéj. Jąkanie lub bełkotaniew ydarza się również u tych osób czego w prawdziwem Idiotyzmie nigdy nie bywa. Samowiedza występuje tu jawnie, a dzieci takie okazują chęć do zabawek i zatrudnień dziecinnych; nawet probują się w sile fizycznéj choć nieinaczéj, jak przez bicie, tłuczenie, rzucanie i zbieranie rozmaitych gratów i zabawek, któremi wypełniają sobie kieszenie. Rozbudzające się życie duchowe, objawia się przywiązaniem do rodziców i nauczycieli, zawiścią dla odznaczonych rówieników, kłótnią i. t. p. Muzyka, spiew, obrazy i rozmowy łagodne a pojedyńcze, zdają się ich zaj-

mować, a w całéj istocie ich dostrzegamy działanie z oddziaływaniem, i przejście z biernego do czynnego życia.

Przy tém wszystkiém widoczną jednakże jest niezgrabność i nieudolność stosownego użycia rąk, zkąd pochodzi, że takie dzieci nie są wstanie same się ubierać, myć, czesać, zapinać guziki i. t. d. — w czem jednak ważną przynieść może zmianę nawyknienie i wychowanie, które troskliwie i zcierpliwością prowadzone, pół-idiotę do pewnego stopnia rozwoju umysłowego doprowadzić może. Obok przeważającéj tu jeszcze żądzy jedzenia, dzieci te mniéj już wąchają, niespożywają rzeczy niejadalnych i okazują niekiedy zmysł smaku dosyć delikatny, a w ochędóstwie i posłuszeństwie stosują się do osób otaczających. Tam, gdzie się nam uda wskazać takim dzieciom metodą przy uczeniu głuchoniemych przyjętą, sposób wymawiania głosek, możemy się nawet spodziewać szybkich postępów.

Wypada mi w tém miejscu wspomnieć o 2 jeszcze poddziałach, tworzących niejakie przejście od Idiotyzmu do pół-idiotyzmu. Do jednego zaliczam takie osoby, które ze względu na obejście się powierzchowne i na szykowność w podejmowanych robotach ręcznych, okazują tyle własności umysłowych, że w wyuczeniu się prawdziwéj mowy nie mieliby żadnéj trudności, gdyby nie stępienie władzy języka i innych do tej czynności potrzebnych organów, które im tamuje wymawianie pewnych lub wszystkich głosek. Ten poddział zajmuje niemal $^1/_3$ z liczby wszystkich pół-idiotów. W drugim rzędzie mieszczą się ci, którzy z powodu otępiałej a trwożliwej natury swojej, wzdrygają się za przemówieniem do nich, za najlżejszem dotknięciem się ich i wymawiają głoski a nawet całe okresy cichutko, sposobem papugi— i wydobywają silniejszy głos tylko w stanie niezwykłego drażnienia np: przy ćwiczeniach gimnastycznych, zawieszeni na drabinie, lub posadzeni na chwiejnej ławeczce, a po uwolnieniu ich z tego przykrego położenia, natychmiast znowu do dawniejszego bezgłosu powracają. Dzieci

z tego poddziału zdarzyło mi się 4 obserwować; wszystkie oddawały się onanii; u trzech z nich żadnej z resztą niewyśledzono choroby, a jeden cierpiał na padaczkę; leczenie wszystkich było bezskuteczne.

III. **U niby-idiotów** postrzegamy już myśli wychodzące po za zakres osobistych potrzeb, które nawet w wykonanie wprowadzić są zdolni. Mowa ich, jeżeli nie są pozbawione pamięci bywa płynną, niedostaje tylko czynu dla braku energii. Przeciwnie znowu, widzimy innych u których wybitnie odznacza się chęć do czynu, gdzie znowu mowa bywa niedokładną i niezrozumiałą. Władze umysłowe zbliżają się u nich więcéj do stanu prawidłowego, gdy tym czasem postawa, wyraz twarzy, chód, niezręczność przypomina bardzo stan pół-idioty. Stosunek odwrotny powierzchownéj ogłady przy tępocie umysłowéj, rzadko tu bywa napotykany.

Dzieci tego rodzaju, jąkają i mylą się w zgłoskach nierównie więcéj i częściéj jak zdrowe. Nazbyt często postrzegamy u nich pewien rodzaj bojaźliwości i wstydliwości, unikania towarzystwa np. przy zabawach, niemniéj czułą wdzięczność za uwzględnienie ich skłonności, a to niewątpliwie z powodu, że takie dzieci mają poznanie swojego niedołęztwa i niższych od rówieników zdolności.

Pozostawieni samym sobie, dopuszczają się dopiero pospolicie jakich niedorzecznych czynności, jako: posuwania nogą w jedném miejscu, zwijania rurek z papieru, obgryzania paznokci, wykrzywienia twarzy, skrobania po głowie lub za uszami i. t. p. Na osobach tych, widzimy jawnie, jak ważny wpływ na umysł człowieka wywierają zmiany atmosferyczne i meteorologiczne i wiele innych stosunków zewnętrznych, których natury jeszcze nieznamy. Z nadejściem lat młodzieńczych, spostrzegamy u nich bardzo ważne i częstokroć nader pomyślne pod każdym względem zmiany—jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że wielu z nich pod tą zmianą ulega. Złośliwości, którą tak często narzuca-

ją dzieciom idiotycznym, nie widziałem nigdy — a jeżeli istotnie pojawiają się takie przykłady, położyć je wypada na karb szaleństwa lub obłąkania, albolitеż złego prowadzenia dzieci. Niemoc tego rodzaju w ogólności, udaje się pomimo wybitnych objawów niedołęztwa umysłowego i nierzadkich zboczeń materyalnych, doprowadzić do miernego przynajmniéj stopnia wykształcenia, a nawet dochodzą takie dzieci do pewnéj dojrzałości i wyuczenia się jakiegokolwiek sposobu zarobkowania.

Na zakończenie téj rozprawy wypada mi jeszcze raz powtórzyć, o czem mówiłem powyżéj, że rozpoznanie i rozróżnienie 3 tych rodzajów Idiotyzmu, opierać się ma zawsze na zebraniu wszystkich nadmienionych znaków, i nigdy polegać nie może na jednéj wyłącznie przypadłości. Główną cechą być tu winna zawsze mowa, jako wyrażenie myśli i stosowne użycie rąk, z odpowiednią celowi czynnością. Całkiem niewłaściwem zdaje mi się, uwzględienie téj lub owéj władzy umysłowéj, które za miarę przy rozpoznaniu chorób umysłowych u dorosłych poczytać usiłowano, równie jak nieprawidłowości somatycznéj albo zboczenia anatomicznego, co szczególniéj w ostatnich latach za wyłączną podstawę rozpoznania uważać nauczyliśmy się.

Jeżeli nauka lekarska w téj gałęzi Psychiatryi zachować pragnie przy sobie prawo pierszeństwa, a co niezbędnie się wymaga dla dobra nauki i lekarzy, powinna przeto Pedagogom i przyjaciołom ludzkości takie oznaczyć granice, któreby oni bez innych fachowych wiadomości, zrozumieć byli w stanie. Troskliwe i rozumne poszukiwania na tem polu, przekonają wkrótce ludzi do medycyny nienależących, że przy wychowaniu dzieci tego rodzaju, bez porady lekarza, a często bezpośredniego wpływu jego obejść się niepodobna, a z którem to zdaniem zgodzi się każdy z kolegów, który miał sposobność obserwowania przez dłuższy czas, dzieci uległych téj niemocy umysłowéj.

Dr. Ł.

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

POSIEDZENIE
Towarzystwa Lekars. Warszaw.
z dnia 18 *Lutego* 1862 *r.*

Po odczytaniu i przyjęciu protokułu ostatniego posiedzenia,

Prezes złożył nadesłane od Towarzystwa Lekarskiego Wołyńskiego, Ustawę zasadniczą i Sprawozdanie czynności tegoż Tawarzystwa, wraz z pismienną odezwą do Warszawskiego stowarzyszenia lekarskiego.

Sekretarz stały (P. Szokalski) opowiedział operacyą wykonaną przez p. *Le Bruna* w Akademickiéj klinice chirurgicznéj na chorym, którego na poprzedniém posiedzieniu przedstawiał Towarzystwu p. Sciborowski. Zpowodu wielkiéj objętości tumoru, p. Le Brun uskutecznił naprzód w skórze dwa cięcia łukowate, jedno w górnéj drugie w dolnéj powiece, równoległe z brzegiem powieki w odległości o cal od tego brzegu i cięcie te po obu stronach w bok przedłużono.

Następnie starannie odpreparowano skórę i guz prawię bez krwotoku wyłuszczono, tak, że już tylko na szypułce w głębi się trzymał. Na szypułkę te w głąb' założono pętlę zgniatacza (*e'craseur*), co przy znacznem rozszerzeniu oczodołu nie było połączone z wielkiemi trudnościami.

W miarę zaciskania pętli guz podnosił się w górę, co świadczy o tém, że szypułka była położona niżéj; po kwandransie szypułka już była przecięta i cały guz wyjęto, podwiązawszy jednę drobną tętnicę— więcéj z ostrożności niż z potrzeby. Oczodół wypełniono skubanką i przykryto pozostałemi płatami skóry,—zalecono zimne okłady. Pierwszą noc chory spędził spokojnie, bez gorączki, dziś (w 10 dni po operacyi) ma się całkiem dobrze. Ponieważ brzegi rozszerzonego oczodołu były nadzwyczaj na bok odrzucone, odpiłowano nieco brzeg zewnętrzny, który mógłby skórę przedziurawić z czasem. Pozostał przeto oczodół próżny i dwie firanki z płatów bardzo cienkich, które nie są w stanie dołu tego wypełnić. Zbyt szybkie zaś wypełnianie oczodołu z głębi tegoż wychodzące, zamiast być pożądaném mogło by być tylko niepomyślnym znakiem, zapowiadającym powtórzenie się nowotworu.

Co się tyczy anatomicznéj budowy guza, tenże przedstawiał najprzód szparę powiekową z rzęsami, w któréj znajdował się szczątek oka w postaci blaszki w ten sposób, że dno oka przyłożyło się do jego przedniéj części (jakby w oku sztucznem). Od tego szczątka rozciągały się mięśnie oka przerosłe, grubością wyrównywające mięśniom tarczognykowym. Właściwem siedliskiem guza był nerw wzrokowy a raczéj przestrzeń między dziurą wzrokową a szczątkiem oka; otoczony był błoną bardzo śliską pochodzącą zapewnie z rozrostu newrylematu.

Guz ten, badany drobnowidowo przez P. *Brodowskiego*, nie da się ściśle podciągnąć pod żadną formę stałą patologiczną. Składał on się z tkanki łącznéj bardzo zbitéj, drzewiasto rozłożonéj, tworzącéj komory, których zawartość stanowiły różne komórki, z tych niektóre koloidalnie rozdęte, linie tłuszczowo przerodzone, inne mające całkiem postać rakowatych, wreście różne szczątki (detritus). Dziura wzrokowa była tak dalece rozszerzona, że mały palec dał się w nią wprowadzić.

P. *Sciborowski* odczytał sprawozdanie z Rocznika Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, tomu XXVIII (czyli ostatniego z roku 1861). — Z powodu rozbieranéj między innemi przez kolegę rozprawy Proff. *Bryka* o stosowności szwu węzełkowego po operacyi tracheotomii, wszczęła się dyskusya, w któréj większość obecnych kolegów, ze względów teoretycznych, oświadczyła się przeciwko temu zastosowaniu szwu węzełkowego.

P. *Chwat* udzielił rezultata wykonanych przez siebie operacyi tracheotomii, z przyczyny dławca, w dwóch ostatnich latach, a mianowicie wykonał tę operacyą: W ciągu r. 1860:
u dzieci płci męzkiéj 10 razy, u dzieci płci żeńskiéj 6, razem 16.— z tych umarło dzieci płci męzkiéj 7, dzieci płci żeńskiéj 3, razem 10— wyzdrowiało: dzieci płci męzkiéj 3, dzieci płci żeńskiéj 3, razem 6.

W ciągu roku 1861 wykonał p. Chwat tęż operacyę, u dzieci płci męzkiéj 7 razy, u dzieci płci żeńskiéj 6, razem 13— z tych umarło dzieci płci męzkiéj 4, dzieci płci żeńskiéj 3, razem 7,— wyzdrowiało: dzieci płci męzkiéj 3, dzieci płci żeńskiéj 3, razem 6.

W końcu posiedzenia p. Stanisław *Janikowski* złożył kilka egzemplarzy broszury p. *Batailhé* (De l'alcool — Paris 1859), dla kolegów chcących sprawdzić zachwalone przez p. Batailhé użycie wyskoku w opatrywaniu ran.

POSIEDZENIE

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

z dnia 4 Marca 1862 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokułu ostatniego posiedzenia,

Prezes wspomniał o kilku przypadkach apopleksyi mózgowéj i o wysypkach ostrych, które w tych czasach spostrzegał.

P. *Stummer* opowiedział przypadek obłędu pijackiego, w którym bez skutku dawał naparstnicę w wielkich dawkach, następnie opium po 3 do 4 gran co godzinę również bez skutku; nareszcie chory, który przez 6 dni był bez pożywienia, 6go dnia, po zjedzeniu usnął i uspokoił się.

P. *Apte* przywołany był do dziecięcia 2-letnigo, mającego pleśniawki (aphthae) w ustach, któremu przepisał roztwór chloranu potażu. W krótce trudność w oddychaniu, zwłaszcza we śnie, naprowadziła kolegę na bliższe zbadanie palcem gardziela, w którym w głębi, na stosie kręgowym, nieco na prawo, znalazł nabrzmiałość wielkości orzecha, przeszkadzającą oddychaniu i łykaniu. Po 3ch dniach gdy trudnośc w oddychaniu bardzo się wzmogła, i przystąpiła znaczna *Cyanosis* przyzwany do narady kol. *Chwat* otworzył nożykiem u nasady w plaster lepki obwiniętym sprężystą już obrzmiałość, z któréj wypłynęło dosyć ropy i śluzu. Następnych dni dziecko lepiéj się miało, lecz 4go dnia zmarło z nagłego krwotoku w gardzielu.

W przeszłym roku ciż sami koledzy w podobnych okolicznościach, lecz jeszcze bardziéj groźnych, bo już pulsu zaledwo można było się domacać, wykonali te samą operacyą, ale z pomyślniejszym skutkiem, bo dziecię do dziś dnia żyje.

P. *Stummer* u kilkunastu dzieci z klassy najuboższéj spostrzegł chorobę syfilityczną udzielone im przez służące, i kończącą się śmiertelnie.

P. *Natanson* ze względu na trudność dojścia tego rodzaju anamnez, zapytał się, czy kol. Stummer we wszystkich tych kilkunastu przypadkach dokładnie śledził kobiety, od których zaraza mogła pochodzić, tudzież rodziców tychże dzieci i zwrócił uwagę na trudności jakie się czasem przedstawiają w rozpoznaniu choroby syfilitycznéj u dzieci.

P. *Rosenblum* na poparcie tego ostatniego twierdzenia kol. Natansona opisał przypadek, w którym dwóch doświadczonych kolegów poczytywało za wyrzut syfilityczny zwyczajne zapalenie napletka i skóry na pośladku u dziecięcia.

Co do przypadków śmiertelnych kol. Stummera sądził p. R. że mogła tam być obok choroby syfilitycznéj i skrofuliczna, gdyż choroba syfilityczna nabyta daje się w ogóle łatwo u dzieci wyleczyć.

W końcu posiedzenia p. *Natanson* opowiedział o kilku ciałach stałych, postaci i wielkości bobu, barwy żółto-zielonawéj, znalezionych w odchodach stolcowych kobiety choréj na *morbus Brightii*, leczonéj przez kol. Weinberga. Po przekrojeniu ich i bliższém zbadaniu zwłaszcza z pomocą mikroskopu pokazało się, że to były skrzepy sera, które w przewodzie trawienia dostały gładkiéj powłoki. Chora w saméj rzeczy, jak się późniéj kolega Natanson dowiedział, od pewnego czasu karmiła się mlékiem.

POSIEDZENIE
Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
z dnia 18 *Marca* 1862 *r.*

(Prezes Dr. Kulesza).

Po odczytaniu i przyjęciu protokułu z ostatniego posiedzenia i po załatwieniu bieżącego interesu administracyjnego,

Sekretarz roczny złożył:

Od prof. *Skobla* z Krakowa: „O równo-ważnikach farmaceutycznych głównych składników wód lekarskich" (odbitka z XXVIII. Tomu Roczników Tow. Nauk. Krako).

Zaś od prof. *Tyrchowskiego*, pragnącego zostać członkiem Towarzystwa: „O epidemjach cholerycznych w Płocku 1860"— i „Rys położnictwa praktycznego. Kraków 1861" Pisma te p. Tyrchowskiego oddane zostały do ocenienia kol: Konitzowi.

P. Stanisław *Janikowski*, zwrócił najprzód w ogólności uwagę kolegów, jak dalece brak nam pod wieloma względami dokładnych danych, dla ocenienia niewątpliwie działających na zdrowie publiczne szkodliwości, tak w całym kraju jak w szczególności w mieście naszém. Następnie wyraził swe zdanie, że towarzystwo właśnie zbiorowémi swemi siłami mogłoby i powinnoby nie jednę z tych kwestyi rozświecić. W końcu uczynił wniosek, iżby Towarzystwo wybrało ze swego łona Komitet dla przekonania się, czy kąpiele publiczne w Warszawie istniejące są w odpo-

wiedniéj ilości do liczby mieszkańców, 2° czy ich cena i rozmieszczenie czyni je dość przystępnemi dla wielkiéj massy ludności; 3° jaka w przecięciu ilość wziętych kąpieli wypada rocznie na jednego mieszkańca; 4° o ile w urządzeniach swych odpowiadają wymaganiom hygieny publicznéj istniejące w naszém mieście łazienki wannowe, kąpiele parowe i mikwy żydowskie (te ostatnie dosadnie przed 20ma laty opisane przez kol. *Rosenbluma* w broszurze p. n. Uwagi nad teraźniéjszym stanem Starozakonnych pod względem policyjno-lekarskim Warsz. 1842)

P. *Helbich* popierał ten wniosek, był jednak zdania, że wprzód należy wszczepić ludowi naszemu zamiłowanie do czystości. Zwrócił nadto uwagę na wiele innych szkodliwości hygienicznych miasta naszego, jak: mieszkania wspólne, wychodki smrodliwe i t. p. oświadczając że obowiązkiem jest każdego lekarza w swoim zakresie zbierać bezustannie wiadomości o tych szkodliwościach.

Sekretarz stały mniemał, że tanie kąpiele pociągną za sobą zamiłowanie do ochędóstwa ciała, jak tego i w Paryżu przed niedawnemi czasy widziano przykład. Co do wilgoci mieszkań sądził p. Szokalski, że w mieście naszém pochodzi ona w znacznéj części z przéludnienia mieszkań klassy ubogiéj i istniejącego u nas zwyczaju prania bielizny po domach.

P. *Natanson* popierał również wniosek, podnoszący obowiązek Towarzystwa do zajmowania się kwestjami miejscowéj hygieny publicznéj.

Wreście wniosek przyjęty został, do komitetu zaś wyznaczono pp. Janikowskiego (Stanisława), Łuczkiewicza, Pląskowskiego, Rosenbluma i Szokalskiego.

Na zapytanie P. *Bącewicza* co do komitetu wyznaczonego przez Towarzystwo na jedném z tegorocznych posiedzeń, dla zbadania kwestyi zapobiegania nieszczęśliwym przypadkom, nader często zdarzającym się w kraju naszym z powodu machin rolniczych, jak sieczkarnie i. t. p

P. *Szokalski*, członek komitetu, odpowiedział że komitet już rozpoczął swe działania. zbierając odpowiednie materyały.

Następnie p. *Libchen* odczytał sprawozdanie z rozprawy nadesłanéj Towarzystwu przez p. Markusfelda „O rozmiękczeniu mózgu" przedstawiając autora na czynnego członka Towarzystwa.

W końcu posiedzenia, Towarzystwo w potrzebnym do balotowania komplecie zebrane przystąpiło do głosowania na nowych członków, wskutek którego wybrani zostali większością głosów: Dr. *Markusfeld* z Warszawy na członka czynnego, Dr. *Metzig* w Lesznie i Dr. *Bokiewicz* z Jadowa jednomyślnie na członków Korespondentów.

ODEZWA

Towarzystwa Lekarskiego Wołyńskiego.

DO

Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Lekarze Wołynia czuli i rozumieli dawno potrzebę zjednoczenia swych sił na drodzę nauki, ogromne z tąd korzyści nie były im obce. Niedawne wszakże czasy pozwoliły im wreście dosięgać tego celu. Towarzystwo ich obecnie ustalone w Mieście Żytomierzu, zyskawszy uprawnienie swego bytu pod nazwą Towarzystwa Lekarskiego Wołyńskiego, widzi się na stanowisku działania wedle celów, które sobie zakreśliło.

Cele te nie obce są Towarzystwu Panów, których prace umieliśmy i umiemy oceniać i w których ślady radziśmy wstępować. Programę naszych zamiarów znajdzie Towarzystwo Panów w sprawozdaniu naszém, które wyjaśni jednolitość naszych prac a następnie ustali podobnież braterstwo naszych wzajemnych stosunków. Starsze wiekiem Towarzystwo Warszawskie dla młodego Wołyńskiego nie będzie obce myślą, obdzieli je skarbami swéj wiedzy, prac swoich członków i większemi skarbami braterskiéj jedności utrzymanéj i utwierdzonéj przez częste naukowe stosunki.

w M. Żytomierzu 1861 roku 15 Listop.

Towarzysz Prezesa Dr. *Richter*,
„ „ Dr. *Wierzbień*,
Sekretarz i Redaktor Towarzystwa *E. M. Galli.*

RZECZ

O ROZMIĘKCZENIU MÓZGU

napisał

Dr. Markusfeld.

Choroba ta, któréj rozpoznanie w nowych czasach szczególniéj *Rostanowi* zawdzięczamy, była dawniéj uważaną za cierpienie podeszłego wieku i poszukiwania w tym celu robione przez *Roschoux*, *Rostana*, *Dechambra* i *Cruveilhier* oparte były na danych, spostrzeżonych w *Bicetre* i *Salpetriére*, których kontyngens składał się z osób od 70 do 80 lat mających. Tymczasem na nieszczęście rodu ludzkiego, pokolenie teraźniejsze, przyszedłszy już na świat z chorobliwym zarodem, niweczące do tego swoje zdrowe soki rozpustą i zbytkami życia, w młodym wieku zaraz, przeszkadzając organizmowi, temu boskiemu dziełu w rozwijaniu dokładném i prawidłowém szczegółowych narzędzi, przyspiesza samo zawcześnie wiek zgrzybiały i wcześniéj jak w innych wiekach, odziewa się skorupą starości. Nic więc dziwnego, że choroba ta, straszna dla starości, zaczyna wkradać

się w epokę średniego wieku człowieka i tak szerzy swoje mordercze panowanie, że ścisłe rozpoznawanie téj niemocy pod względem anatomiczno-patologicznym, nie może jak wielką dla publiczności lekarskiéj wzbudzić ciekawość.

Przez *rozmiękczenie mózgu* oznaczono chorobę tego organu, przy któréj spostrzeżono, że większa lub mniejsza część substancyi mózgu lub móżdżku, *straciła swoją konsystencyę* i zamieniła się w zupełnie dezorganizowany miąższ. Pod tém nazwiskiem w roku 1822, opisał *Rostan* tę chorobę w odznaczającéj się w swoim czasie monografii i pod tym samym tytułem w r. 1843 *Durand-Fardel* ogłosił swoje poszukiwania, w dziełku przez Akademię medyczną uwieńczoném pod tytułem: *Traité du ramolissement du cerveau, ouvrage couronné par l'académie de medecine.*

Nazwisko: „rozmiękczenie mózgu“ mówi *Durand-Fardel* jest w istocie mylne i prowadzi pod względem natury faktów, do których się stósuje, do *mylnych wyobrażeń.* W błędzie jest, kiedy ktoś myśli, że utrata spójności, chorobę stanowi, że przyczyny, oznaki i rozwiązanie choroby są tylko skutkiem *materyalnéj* téj zmiany miąszu mózgu; owszem postaramy się, mówi on, dowieść, że właściwe rozmiękczenie jest dopiero skutkiem poprzedzającego *przekrwienia mózgu* (hyperaemia) i stanowi jakby ostatnie ogniwo dawniejszéj sprawy chorobnéj, która albo przez zatrzymanie się lub ograniczenie wywołanéj przez nią zmiany patologicznéj, przez odnowienie lub zabliźnienie chorobowego ogniska bez powrotu organu do normalnego stanu, a czasem bez powrotu już uszkodzonych funkcyi, *zdąża do uleczenia się.*

Najwłaściwszy podział téj choroby jest: na *zapalny i chroniczny*, lubo większa część dzieł, które się dawniéj opisywaniem jéj zajmowały nie pokazują żadnego śladu tego naturalnego i klasycznego podziału. Zdaje się jednak, że on jest z naturą rzeczy zgodny, gdyż nie tylko pojawy i przebieg choroby nas do takowego upoważniają, lecz nawet ze stanowiska anatomii patalogicznéj zdaje się być najwłaściwszym.

W wielu wypadkach, rozmiękczenie kończy się odrazu śmiercią w peryodzie *ostrym;* w innych razach przebiegłszy peryod ten, który się dość wybitnemi cechuje pojawami, przechodzi w peryod swój *chroniczny.*

Czasem jednak, rozmiękczenie mózgu tak skrycie i powoli odbywa swój przebieg, że najbystrzejszemu oku trudno jest rozróżnić peryód ostry od chronicznego, słowem, trudno jest w wielu razach ustalić linię graniczną między jednym a drugim peryodem.

1. SIEDLISKO CHOROBY.

Rozmiękczenie zapalne może się zjawić we wszystkich punktach mózgu, najczęściéj jednak napotyka się w ciałkach prążkowych. Z pomiędzy 33 wypadków w *Salpetrière* widzianych, 31 razy ostatnie tylko były zajęte, 9 razy one same tylko przedstawiały siedlisko choroby, 24 razy zaś zajęta była także istota biała pod niemi leżąca, w czterech wypadkach dotknięty był wzgórek prążkowy a trzy razy pagórek wzrokowy, jeden tylko raz móżdżek był atakowany na swojéj powierzchni. — Spostrzeżenia Rostana, Lallemanda, Andrala i Ruikena, tenże sam stosunek pokazują. Zawoje więc po większéj części są siedliskiem téj choroby, gdyż z pomiędzy 86 wypadków przez wymienionych autorów przytoczonych, 58 ra-

zy były zawoje zajęte, a 28 razy wzgórki prążkowane albo pagórki wzrokowe były obrażone.

Dane te pokazują wielkie przeciwieństwo pod względem siedliska w *krwotokach mózgu*, o których na innem miejscu pomówimy. Rzadko rozmiękczenie ogranicza się li na szaréj, jak też rzadko li na białéj istocie mózgu, po większéj części i jedna i druga jest zajęta.

2. KONSYSTENCYA.

W ostrém rozmiękczeniu dostrzegamy różne stopnie spójności. W niektórych razach, uszkodzenie spójności jest tak małoznaczące, że ledwo okiem spostrzedz się daje i napuszczony strumień wody nie jest w stanie wniknąć w głąb miąższu, albo włókna jego rozłączyć; jednak palcami macając przedstawia uczucie skrzepłéj i stężonéj galarety. Pospolicie, pokazuje się wyraźna jednostajna czerwoność, nabrzmienie i trzęsący się ruch galaretowaty; rozmiękczenie może dojść aż do formy gęstéj papki, i ten stopień rozmiękczenia znajduje się tylko w substancyi białéj albo w środku ogniska (podług Leubuschera).

Mikroskop pokazuje zniszczone włókna mózgu, wysiękowe komórki w różnych stopniach rozwoju, krew i tłuszcz, często daje się palcem namacać fluktuacya. Najlepszy sposób oznaczenia stopnia rozmiękczenia jest, przez napuszczenie cieńkiego strumienia wody z wysoka; ten wnika w głąb, rozrywa włókna i dochodzi do samego dna procesu chorobowego. W stanie ostrym rzadko udaje się strumieniowi wody rozrywać wewnątrz miąższ, gdyż ten jest tylko zmieniony co do spójności, ale po więk-

széj części organizacya jego jest nienaruszoną, gdy tymczasem w stanie chronicznym dzieje się przeciwnie.

3. BARWA.

Barwa miąższu rozmiękczonego zawsze jest zmienioną i częściowa lub ogólna czerwoność jest stałem znamieniem ostrego rozmiękczenia, która późniéj w żółty przechodzi kolor. Z pomiędzy 200 wypadków, trzy tylko spostrzeżono bez koloru czerwonego.

Czerwoność ostrego rozmiękczenia może się przedstawić pod formą nastrzykiwań (injekcyi) lub nasięku (infiltracyi) krwi, albo równego wszędzie koloru. Jakoż widzimy albo długie naczynia krwiste, które w różnych kierunkach przebiegają, albo miąższ rozmiękczony nasiany jest drobnemi naczyniami włoskowatemi.

Znajdują się także małe pęczki naczyń tu i ówdzie umieszczonych. Rzadko natrafiamy ostre rozmiękczenie w substancyi szaréj, któremu wielka kongestja naczyń towarzyszy, żeby wtedy również w miąższu zmiękczonym nie było nasięku krwistego, co zdaje się pochodzić z pęknięcia drobnych naczyń, jakto również miejsce miewa przy każdém ostrém zapaleniu każdegobądź organu. Czasem znajdują się złogi krwi wielkości ziarna siemienia, aż do wielkości grochu, dają się także widzieć na powierzchni mózgu blaszki, albo ziarna fioletowo-czarne różnego rozmiaru i kształtu składające się z miąższości mózgu pomięszanéj z krwią i ten stan nazwano rozmiękczeniem *amarantowem*. *Lallemand i Sims* starannie się nad kolorem rozmiękczenia zastanawiali i mylnie utrzymują, że następny kolor *żołty* dowodzi już ropienia, co się bardzo ła-

two zbija zapatrując się na wszelkie wysięki krwawe czy w mózgu czy w innych tkankach, widzimy bowiem, że im, po większéj części ku końcowi, żółty kolor towarzyszy. Przy rozmiękczeniu ostrém, barwa żółta na początku rzadko dobitnie się pokazuje w szaréj substancyi, w białéj zaś prędzéj; w jednym wypadku 20 dnia sekcya pokazała czysto żółty kolor; *Andral* cytuje wypadek w „Clinique medicale“ w którym jedenastego dnia znaleziono żółty kolor bez czerwoności.

4. Przy każdem rozmiękczeniu znajdujemy otaczające części w wielkim stanie *kongestyi*, toż samo się tyczy i opon mózgowych. Na 37 spostrzeżeniach, z których 24 wzięte w Salpêltrière, 13 zaś w klinice Andrala, wszystkie trzy opony były mocno *krwią nabiegłe*.

5. ANATOMIA PATOLOGICZNA ROZMIĘKCZENIA PRZEWLEKŁEGO.

Zmiany dalszym okresom cierpienia tego towarzyszące, bywają daleko więcéj powikłane i różne już przedstawiają charaktery. Wprawdzie *Cruveilhier* i *Dechambre* wspominają już w swoich dziełach o owych cechach dalszego rozwoju téj sprawy patologicznéj, uważając je jednak raczéj za dążność natury do zabliźnienia miąższu uszkodzonego.

Chroniczne rozmiękczenie mózgu przedstawia różne formy anatomiczne, które się stósują do okresu w jakim się choroba znajduje. Rozmiękczenie papkowate, jakiem nazywamy stadium pierwsze, różni się od ostrego, *brakiem czerwonego koloru* i przy téj for-

mie zjawiają się rozliczne po sobie następujące zmiany anatomiczne, które długi czas uszły były baczności anatomii patalogicznéj.

Okres drugi chronicznego rozmiękczenia, przedstawia dwie różne formy, stósownie do miejsca jakie proces chorobowy zajmuje, to jest, stósownie do tego czyli tylko istota szara, lub też głębsze warstwy mózgowe są uszkodzone.

Co do pierwszego, znajdujemy często na powierzchni szarej substancyi, blaszki różnéj grubości, budowy błoniastéj, daleko więcéj zbite od zdrowéj substancyi szaréj. Opierają się one strumieniowi wody na nie spuszczonemu i te nazywamy blaszkami żółtemi. Jeśli zaś głębsze części są uszkodzone, to często w nich odbywa się wsiąkanie miazdry nerwowéj. Zastępuje ją tkanka łączna czyli *wiązkowa* (Bindegewebe), którego pojedyncze komórki zapełnione są cieczą, nazwaną przez Cruveilhier i Dechambra *płynem wapiennym*. Ten rodzaj rozmiękczenia nazwano nasiękiem komórkowym czyli infiltracyą celularną.

Trzeci okres przewlekłego rozmiękczenia mózgu odznacza się zupełném znikaniem rozstrojonego miąższu i to jest właściwą dążnością a raczéj zakończeniem sprawy rozmiękczenia. Ciekawy jest nader fakt, że w każdem stadium proces chorobny może przez jakiś czas na jednym zatrzymać się stopniu i zdaje się, że chce wejść w warunki sprzyjające zabliźnieniu tak dalece, że nawet i objawy do tego stósować się zaczynają.

Mógłbym jeszcze obszerniéj i rozwlekléj skreślić anatomią patologiczną każdego w szczególności stadium, obawiam się wszakże, zanadto czytelnika znudzić i

zmęczyć, uważam tylko za stósowne napomknąć, że w trzecim okresie, w którym miąsz zdezorganizowany przez wessanie znika, jeśli tylko nowe wysięki nie mają miejsca i proces się na przyległe części nie przenosi, wtedy zostaje próżnia, która *zabliźnić* się może w taki sam sposób, w jaki się złogi zalewowe zabliźniają t. j. przez zbliżenie i ściąganie się ścian próżni.

6. SYMPTOMATOLOGIA.

Między wszystkiemi objawami nie mamy ani jednego, któryby specyalnie służył tej chorobie, to jest nie *istnieje żaden*, z którego, *byśmy z pewnością mogli wnosić o rozmiękczeniu*. Oznaki towarzyszące rozmiękczeniu mózgu, są tak różnorodne i wbrew sobie przeciwne, że na żaden sposób z takowych ani o miejscu ani o obszerności miejsca zajętego, sprawy sobie zdać nie można. Symptomatologia tu wyłożyć się mająca, opiera się na kilkudziesięciu historyach chorób w Salpètrière obserwowanych, których sekcye ani śladu krwotoku jakiegokolwiek miejsca mózgu, ani wysięku surowiczego, ani zapalenia opon, ani tumoru mózgowego nie okazały, oprócz czystego rozmiękczenia. Zdaje się więc, że ich pojawy za życia są dokładne i wierne i w praktyce bardzo za podstawę do rozpoznawania służyć mogą. Tych się też trzymać będziemy.

Oznaki ostrego rozmiękczenia mózgu.

Tu przedstawiają się *dwie główne formy*, jedna charakteryzuje się zniszczeniem czynności mózgowych pod formą *zalewu* czyli apopleksyi, paraliżu czyli porażenia lub nieczułości (anestesyi), druga zaś odznacza się *wygórowaną czynnością*, czyli exaltacyą

spraw mózgowych, jako to: majaczeniem, konwulsyami. Pierwszą formę nazywać będziemy *apoplektyczną*, drugą zaś *ataktyczną*. Osłabienie, albo zupełna utrata wiedzy, czucia i ruchu są cechami pierwszéj formy, któréj objawy nagle występują, albotéż powoli się rozwijają, cechy zaś drugiéj formy są po większéj części: niespokojność wewnętrzna, agitacya ogólna, obłęd w myślach, drgawki, napady podobne do padaczki, albotéż tężcowe skurczenia różnych części ciała.

Co do objawów przedwstępnych nic także pewnego powiedzieć nie można, jakkolwiek w niektórych razach są one dość odznaczające się. Chorzy przez niejaki czas narzekają na ból głowy, zawrót, osłabienie funkcyj intelektualnych, pamięć i władza pojmowania tępieją; niektórzy chorzy doświadczają długi czas uczucia gęsiéj skórki, bólu w *odnogach* i innych częściach ciała. Inni podlegają częstym uderzeniom krwi do głowy, u drugich zaś bez żadnych podobnych objawów odrazu w całéj sile swojéj choroba występuje. *Rostan* w swojém dziele „Recherches sur le ramolissement du cerveau" dzieli tę chorobę na dwa bardzo określone peryody; pierwszy wstępny czyli prodromów, który stanowią: ból głowy i zawrót; drugi zaś w którym chory bez danéj sobie przyczyny traci władzę w jednej z odnóg.

Zdaje się jednak, że podział ten nie wytrzyma krytyki, gdyż na 30 wypadków przez siebie spostrzeżonych tylko 15 razy o prodromach wspomina, a reszta wypadków bez takowych miała miejsce. Na 62 obserwacye robione w *Bicêtre*, 29 tylko przedstawiały się z odznaczającymi się prodromami, reszta zaś

wypadków bez takowych przebiegła, sam zaś początek rozmiękczenia potrzebuje bystrego i praktycznego oka lekarza, aby go poznać. Czasem zaczyna się rozmiękczenie ogólnem lub częściowem osłabieniem funkcyj mózgowych, władz umysłowych, organów ruchu i czucia; w niektórych razach, choroba powoli nurtuje siły mózgowe, aż sprowadzi zupełne ich zniszczenie i wtedy dopiero występuje pod formą apoplexyi. W innych razach bez żadnych prodromów *od razu* występuje gwałtownie i zaczyna się *pojawami apoplexyi* i porażenia, niekiedy zaś objawia się początek choroby exaltacyą, symptomami kurczowymi w połączeniu z upadkiem sił i częściowego porażenia. Charakter ten odbija się głównie na funkcyach intelektualnych i na organach ruchu, zaczyna się atakami bardzo podobnymi do epileptycznych; na 130 wypadków cytowanych przez Rostana, Andrala i Durand-Fardela 79 razy zaczęła się choroba w sposób apoplektyczny, 58 razy różnemi zaczęła się objawami.

Dodać tu muszę, że osoby należące do pierwszéj kategoryi, były już starsze nad lat sześćdziesiąt; należące zaś do drugiéj kategoryi, po większéj części były średniego wieku, z tego więc wnosić można, że u *osób wieku podeszłego*, najczęściéj pod formą *apoplektyczną* występuje.

USZKODZENIE ORGANÓW RUCHU.

We wszystkich wypadkach rozmiękczenia, spostrzegamy *porażenie* jednéj połowy ciała, częściéj jednéj tylko kończyny; porażenie jest albo *zupełne* lub zostaje w granicach *niemocy* (pareseos); często temu porażeniu

kończyn towarzyszy *kontraktura*, która sią objawia pod formą lekkiéj sztywności, albotéż jest tak silną, że żadną mocą jéj przezwyciężyć nie można; ta kontraktura może nawet zająć kończynę nie porażoną. Nadto porażeniu towarzyszyć mogą *konwulsye* ogólne lub częściowe, czasem tylko ogranicza się na drżeniu mięśni. Rzadko się zdarza, aby kończyna dolna, bardziéj była porażoną niż górna, tym czasem przeciwny wypadek częściéj się pojawia.

Przy porażeniu jednéj tylko kończyny, zwykle *przytomność* jest *nienaruszoną*, porażenie z przytomnością mają się w stosunku prostym; do utraty przytomności przystępuje zwykle zupełne porażenie połowicze (haemiplegia completa). *Andral* występuje przeciwko zdaniu autorów, jakoby skurczenie (contractura) było nierozdzielnym pojawem rozmiękczenia, gdyż swemi obserwacyami dowodzi, że tak w ostrém jako i przewlekłém często jéj nie było.

NADWERĘŻENIE CZUCIA.

Ten symptom *ostrego* rozmiękczenia towarzyszy zwykle porażeniu, jakkolwiek nie zawsze. Na 23 razy porażenia, 9 razy czucie było nie nadwerężone, prawda, że w tych razach porażenie było niezupełne i w połączeniu z kontrakturą. Dwa razy, drugiego dnia dopiero zjawiła się *anaesthesia*, kiedy haemiplegia zupełnie była rozwinięta. Jednakże nieczułość ta (anaesthesia); nie towarzyszy zarówno wszystkim częściom porażonym; w jednym wypadku, w którym ramię i twarz były porażone, anaesthesia tylko w twarzy się pokazała, w innym wypadku ograniczyła się tylko na błonach śluzowych

ust i nosa, co należy do rzadkich fenomenów, gdyż błony śluzowe najpóźniéj tracą czucie, co gdy ma miejsce, najgorsze przypuszcza rokowanie.

Czułość w téj chorobie nie tylko przedsiawia się pod formą nieczułości (anaesthesia), czasem nawet cechuje się zbytnią *nadczułością* (hyperaesthesia).

Tak w 23 obserwacyi Rostana chory narzekał na wielki ból skóry porażonego ramienia; 8a obserwacya *Lallemanda* pokazuje, że chory tak gwałtownych doświadczał bolów całéj porażonéj części, że się nie mogł wstrzymać od głośnych krzyków i stękań.

Są pewne modyfikacye czucia, które towarzyszą ostremu rozmiękczeniu, jak *sztywnienie*, czucie łażenia mrówek, cierpnienie, któreto objawy albo należą do prodromów, albo się razem z rozmiękczeniem zaczynają, lub też dopiero w biegu choroby się rozwijają. Jedno uczucie jeszcze musi być wzmiankowane, to jest *uczucie zimna w porażonéj połowie*, na które zwykle wszyscy narzekają i rzeczywiste obniżenie ciepłostanu w częściach porażonych, co pochodzi zarówno z przerwanego krwiobiegu, jako i porażenia nerwów naczynio-ruchowych (nervi vasomotorii).

BÓL GŁOWY.

Bardzo rzadko spostrzega się w *ostrém* rozmiękczeniu ból głowy; na 19 wypadków przez Rostana podanych, tylko 4 razy, na 32 w Salpêtrière spostrzeżonych tylko 9 razy, na 12 przez *Andrala* obserwowanych, tylko 6 razy go spostrzeżono; *Lallemand* utrzymuje, że *ból głowy* jest stałym symptomem téj choroby, i dopiero wtedy ustaje, kiedy chorzy przechodzą w stadium spiączki lub tracą przytomność. Na zbicie tego zdania do-

syć jest odwołać się do tych 60 wypadków, w których ból głowy 17 razy tylko *spostrzeżono*.

Większą rolę odgrywa on przy *chronicznem* rozmiękczeniu. Z rozbioru spostrzeżeń przez różnych autorów podanych, wnosić można, że ból głowy w historyi ostrego rozmiękczenia nie odgrywa téj ważnéj roli, którą mu przypisują, gdyż często tak w zwiastunach jakoteż w przebiegu choroby spostrzegać się nie daje; mimoto, mocny ból głowy ciągle trwający, i w jednym punkcie ograniczony, wiele posłużyć może do wykrycia już to ukrytego nieprzyjaciela lub mającego się tam dopiero usadowić.

USZKODZENIE WŁADZ UMYSŁOWYCH.

Zmiany intelektualne są najbardziej interersującym objawem *ostrego* rozmiękczenia i one pod różnemi formami i charakterami się objawiają. Tak na kilka dni przed wystąpieniem choroby, władze intelektualne pokazują pewne osłabienie, pomieszanie w myślach, smutek, takoż zbytnią drażliwość; jeżeli się choroba powoli rozwija, wtedy też władze umysłowe stopniowo tępieją. Czasem władza myślenia bardziéj jest nadwerężona niż osłabiona, przystępuje wielka niespokojność, drażliwość, gadatliwość, czasem ciche majaczenie; w Salpètrière widzieć się daje przy téj formie obłędu, że kobiety nim dotknięte często w nocy uciekają do cudzych łóżek, nazajutrz rano nic sobie nie przypominają co w nocy zaszło, kilka razy na dzień ubierają się i rozbierają, najwięcéj zatrudniają się pościelą i mają wielkie upodobanie w rozrzucaniu jéj. To cierpliwe i ciche majaczenie jest czasem przepowiednią gwałtownych scen lub ogól-

nego osłupienia i spiączki, o któréj Rostan powiada, że dopiero w końcu drugiego stadium się objawia.

STAN TWARZY.

Kiedy pojawy rozmiękczenia powoli się rozwijają, wtedy i rysy twarzy dostarczają ważnych zmian, które się odznaczają wyrazem dumania, zamyślania się, obojętności i osłupienia. W ogólności *fizyjonomia u starców* pod względem dyagnostycznym co do chorób mózgu, odgrywa ważną rolę. Czasem wyraz twarzy daje widzieć jakieś pomieszanie, drażliwość, wielką żywość, ruchliwość mięśni, także utratę symetryi muskularnéj na jednéj połowie twarzy, szczególniéj kiedy chory mówi lub się śmieje, jedna powieka dobrze pokrywa gałkę oka, druga zaś tylko do połowy się spuszcza. To są pewne znaki, że się sprawa chorobna już zaczyna formować, lub że już jest rozwiniętą.

Gdzie zaś rozmiękczenie występuje pod formą ataktyczną, przy majaczeniu oko jest szklące, ruchliwe, czasem także i smętne bez życia.

MOWA.

W ostrém rozmiękczeniu bierze udział wielki mowa. Jakoż wymowa jest utrudniona, jak gdyby język wypowiedział swoje posłuszeństwo, i w ogólności skoro porażenie jednostronne jest rozwinięte, wtedy i artykulacya tonów wiele na tem cierpi. U wielu chorych, których ja miałem sposobność obserwować, kiedy już choroba była w całym swoim rozwoju, spostrzegałem że rzadko chorzy byli w stanie właściwymi wyrazami tłumaczyć swoje myśli, w środku mówienia przesta-

wali z powodu braku wyrazów. Znają to chorzy i ten stan wprowadza ich w wielkie oburzenie.

Często ich myśli tak są pomieszane, że żadnego ładu i związku nie mają.

Co do *źrenicy* mówi *Lallemand*, że ona w początku zawsze jest ściągniętą, co się niesprawdza, gdyż podług *Rostana* i *Andrala* po większéj części jest rozszerzona, czasem także i zmysł widzenia i powonienia jest na stronie odpowiedniéj haemiplegii uszkodzony.

Co się zaś tyczy *chronicznego* rozmiękczenia, tu *symptomatologia prawie jest taż sama jak w ostrém*, z tą tylko różnicą, że wszystkie szczegółowe symptomata nadzwyczaj *powoli* się rozwijają, tak dalece, że z początku mogą ujść baczności niedoświadczonego oka. Tu także mogą poprzedzać prodromata, które lata i miesiące choremu dokuczają, jakoto: stępienie władz umysłowych, ból głowy, zawrót, ogólna smutna dyspozycya chorego, często chory uważa, że nogi słabieją, toż samo w niektórych wypadkach w kończynach górnych spostrzedz się daje. Niektórzy przy tem zmniejszeniu władzy narzekają jednocześnie na bóle, jużto w ręku jużto w nogach.

Te i podobne symptomata mogą *trwać lata i miesiące* zanim się prawdziwe pojawy rozmiękczenia pokazują. U niektórych bez żadnych podobnych prodromów, od razu rozmiękczenie w całéj sile występuje, tylko w sposób chroniczny, to jest, że przebieg ma powolny, choroba coraz bardziéj postępuje, tylko może długo trwać; i tu dwojaką formę albo subapoplektyczną albo ataktyczną przyjmuje. Tu tylko wspomnieć wypada, że *Andral* i *Rostan* zgadzają się, że w chronicznem rozmiękczeniu po większéj części jakiś czas ból głowy i za-

wrót poprzedzają, co wypadki przez nich obserwowane w większéj liczbie stwierdziły.

ROZPOZNANIE.

Rozpoznanie chorób mózgu, anatomiczne rozpoznawanie siedliska i odgadnienie natury zmian, z jakiemi mamy do czynienia, stanowi bezwarunkowo najtrudniejszą część patologii. Słusznie *Pinel* wskazał nam trudności, jakie się nastręczają, chcąc upatrzyć zgodność pojawów z specyalnym patologicznym stanem chorób mózgu. Od czasu *Pinela*, na też same narzekamy trudności w nauce, gdyż postępy anatomii patologicznéj rozprzestrzeniły wprawdzie pole pierwotnych odmian patologicznych mózgu, lecz ani na jeden punkt daléj nie posunęły historyi semiologicznéj tegoż organu. Słusznie dziwić się możemy, jak przed trzydziestu laty sławny i bystry klinicysta *Rostan* mógł powiedzieć, że cierpienia mózgowe są bardzo jasne i najbardziéj znane w patologii. Bardziéj ze stanowiska praktycznego uważa dyagnozę *Durand-Fardel*, utrzymując, że kiedy w pewnym wypadku choroby mózgowéj idzie o wyrzeczenie, czyli mamy do czynienia z krwotokiem lub rozmiękczeniem mózgu? wtedy większy takt pokazuje lekarz, kiedy niestanowczo tylko prawdopodobnie diagnozę wyrzeka, i sam *Rostan* mimo śmiałe swoje wyrzeczenie o chorobach mózgu, w klinicznych swoich wykładach, po większéj części trzymał się tego taktu. Rozmiękczenie mózgu, szczególniéj ostre ma pod względem pojawów wielkie podobieństwo do zwyczajnego *napływu do mózgu, do krwotoków mózgowia i opon jego i do zapalenia opon.*

Co do pierwszego, to jest zwyczajnéj *kongestyi mózgu*, wyznać trzeba, że ona może sprowadzić też same prawie oznaki, które się widzieć dają we wszystkich formach rozmiękczenia, to jest, apoplektycznéj, subapoplektycznéj i ataktycznéj w połączeniu z majaczeniem i kurczami, gdyż jak nam niżéj etiologia pokaże, te trzy wspomnione formy rozmiękczenia, są skutkiem przez jakiś czas poprzedzającéj silnéj kongestyi, przeto nic dziwnego, że jeden i tenże sam stan patologiczny jedne i też same symptomata wywołać może.

Tu *a priori* żaden z doświadczonych praktyków nie może z pewnością wyrzec z jakim prowdziwie stanem będzie miał do czynienia. Za podstawę może tylko służyć dalszy przebieg choroby, wiemy bowiem, że w zwyczajnéj kongestyi pojawy są po usunięciu jéj przemijające i sprawy mózgu wracają bez uszkodzenia do swojéj normy; przy rozmiękczeniu zaś inaczéj się dzieje, albo pierwszy atak kończy się śmiercią, albo proces chorobowy daléj się ciągnie i stan ostry przechodzi w chroniczny. Prawdziwie więc, rozpoznanie nie może mieć miejsca w pierwszym dniu, tylko w dalszym choroby przebiegu.

Co się tyczy *zalewu* krwi w mózgu, tu wszyscy patologowie się zgadzają, że nader jest trudno rozróżnić go od procesu rozmiękczenia, jednak odwołując się do postrzeżeń wspomnionych autorów, można pod względem różnicy dyagnozy następujące wyprowadzić wnioski: przy rozmiękczeniu zwykle poprzedzają przez jakiś czas oznaki niepokojące chorego, jakoto ogólne osłabienie ciała, szczególne stępienie władz umysłowych, czasem nawet to osłabienie więcéj się objawia na jednéj połowie ciała, co przy *krwotoku mózgowym nigdy miejsca nie ma*, gdyż wylew krwi odrazu się rozwija w samym ataku. Przy

rozmiękczeniu przestraszające symptomata stopniowo się rozwijają i kończą się śmiercią, albo przechodzą powoli w stan chroniczny, przy zalewie zaś krwistym odrazu pojawy dochodzą do najwyższego punktu kulminacyjnego i prędko też zaczynają się cofać i zmniejszają się. Do rozmiękczenia przystępuje często porażenie *bez utraty przytomności*, chyba przy gwałtownym ataku choroby, zaś przy krwotoku po większéj części obydwa te symptomata razem występują. Przy rozmiękczeniu często towarzyszy kontraktura porażonych lub zdrowych kończyn, czego przy krwotoku nie ma, tylko w tym wyłącznie wypadku, kiedy wypot wylewa się do komórek lub też do opon, wtedy także i konwulsye miejsce mieć mogą. *Recamier* utrzymuje, że podwyższona czułość w porażonych częściach, lub też częściowo pokazujące się ruchy porażonych kończyn, są wyłącznym pojawem rozmiękczenia nie zaś krwotoku, w dalszym zaś przebiegu polega różnica na tém, że w miarę wsiąkania wypotu krwistego pojawy wszystkie się cofają i chory wraca do rekonwalescencyi, przy rozmiękczeniu rzadko się to zdarza, tylko proces swoją drogą daléj postępuje i przeprowadza chorobę w stan chroniczny. Co do *zapalenia opon*, tu zdaje się nie ma tych trudności w rozpoznaniu, gdyż osoby posunięte w wieku rzadko podlegają zapaleniu opon, którego główne cechy są: stan gorączkowy, suchy język, pragnienie, co zupełnie jest obce rozmiękczeniu.

ROKOWANIE.

Tu przedewstkiém nasuwa się pytanie, czyli *uleczalność rozmiękczenia jest możliwa?* Do rozwiązania tego

pytania, przyjdziemy przez analogią procesu leczenia, który natura przedsiębierze przy wylewach krwawych mózgu; *Riobe* w roku 1814 takie samo sobie zadał pytanie co do uleczalności zalewu krwistego i długi czas nad niém się zastanawiał, utrzymując, że jeśli po zalewie chory wraca do zdrowia, nie ma dowodu, że był wylew krwi. Tym czasem obecnie, uleczalność wylewu krwistego należy do zupełnie rozstrzygniętych pytań w patologii, wiemy bowiem, że uleczenie zalewu krwawego, jest wprawdzie tylko względne, anatomicznie zupełnie zniknąć nie może, zostawia po sobie niezatarty ślad, bliznę lub próżnię błoną wysłaną, która w większym lub mniejszym obszarze związek włókien mózgowych zmienia.

Przy téj sprawie gojenia, uszkodzone władze mózgu wracają odpowiednio do wielkości blizny i siedliska jéj. *Toż samo* zdaje się *może mieć miejsce przy rozmiękczeniu*, z tą tylko różnicą, że przy krwotoku, ponieważ choroba odrazu dochodzi punktu kulminacyjnego, więc zaraz natura sili się rozpocząć proces leczący, gdy tymczasem inaczéj się dzieje przy rozmiękczeniu, którego przebieg jest więcéj natury postępującéj. Tu jeśli się pokazuje dążność do ograniczenia sprawy chorobnéj, a tém samém uleczenia, co się dzieje przez *wessanie* i zamienienie się rozmiękczonéj substancyi w tkankę komórkową, to już jest proces, który przez różne anatomiczne przekształcenie przejść musi, czego przy krwotokach nie ma. Chroniczne rozmiękczenie w pierwszym stadium im bardziéj zachodzi w dalsze anatomiczne przekształcenie, już utraca wszelki ślad włoskowatości i naczyń krwistych. Rozmiękczona istota siedzi w mózgu jak gdyby odłączona od otaczających ją części; na poparcie tego mogę przytoczyć fakt obserwowany w Salpetriére, który

*

tém bardziéj tę prawdę wyświeca. Dobrze zbudowana kobieta 53 lata licząca, pierwszy raz tknięta jest porażeniem prawéj strony, któreto porażenie powoli się zmniejsza i zupełnie znika. W sześć miesięcy późniéj drugiego doświadcza ataku, który tylko osłabienie prawéj strony zostawia; znów w sześć miesięcy zjawia się trzeci, w połączeniu z śpiączką, paraliżem i sztywnością prawych kończyn; pojawy coraz się wzmagają i piątego dnia kończy życie. Sekcya pokazała trzy różne miejsca rozmiękczenia; jedno koloru różowego na pdwierzchni zawojów, drugie rdzawego koloru na wzgórkach prążkowanych i wzrokowych, trzecie koloru biało-żółtego siedzące w przednim zrazie mózgu.

Tu łatwo te trzy, różnego stopnia rozmiękczenia, pokombinować z objawami za życia zauważanemi. Jakoż różowego koloru rozmiękczenie odpowiada ostatniemu atakowi, w którym włoskowatość w całéj swojéj sile się objawia; rdzawego koloru odpowiada atakowi przed sześciu miesiącami, gdzie już włoskowatość zaczyna znikać; nakoniec rozmiękczenie w przednim zrazie odpowiada napadowi, który miał miejsce przed rokiem i przy którym już śladu kapilarności nie ma. Mimo jednak tę egzystencyę zmian, paralityczne symptomata coraz zmniejszały się. Czy więc nie przedstawia przebieg pierwszego ataku podobieństwa do sprawy leczącéj, jaka bywa przy krwotokach, gdy uszkodzone władze wróciły do swojéj normy? Cała więc rzecz zależy na tém, że *leczenie rozmiękczenia jest czysto procesem anatomicznym*, a że nie posiadamy pewnych symptomatów odpowiadających stopniowym przeistoczeniom, jakie przy leczeniu zachodzą, przeto nader trudno jest za życia coś pewnego o leczeniu powiedzieć. Jednak wszyscy autorowie zga-

dzają się na to, że *rozmiękczenie*, skoro przeszło w stan przewlekły, *może się ograniczyć* i przez wsiąknienie wypotu być *uleczoném*. Spostrzeżenia kliniczne pokazały, że osoby, które dotknięte były w skutek rozmiękczenia ciężkiemi symptomami mózgu, albo zupełnie zostały od nich uwolnione, albo małe tylko ślady zatrzymały. *Andral*, *Cruveilhier*, *Lallemand*, *Carlswell i Sims* uważali nasiąknienie komórkowe jako proces cofający się i dążący do uleczenia. Mimo więc dowiedzioną możliwość uleczalności, po większéj części rokowanie jest smutne i choroba pospolicie śmiercią się kończy.

POWSTAWANIE CHOROBY.

Pod względem istoty i tworzenia się téj choroby, rozróżnić trzeba rozmiękczenie tworzące się w skutek *poprzedzającéj choroby serca*, w którym wypadku nowsza szkoła wykrywa po większéj części *embolią* (w tętnicy dołu Sylwiusza). W tych razach proces śmiało uważać można jako stan *nekrotyczny*, stan rozpadania się części składowych mózgu, jużto z powodu braku dostatecznego żywienia mózgu lub też niedostatecznego przypływu krwi. Trudniéj jest wytłumaczyć teoryą téj choroby u osób niepodlegających chorobie serca, i tu dwa główne odznaczają się zdania; podług pierwszego proces ten jest bardzo podobny do sprawy *zgorzelinowéj u starców*, bywa zatem wynikiem uszkodzonego lub niedostatecznego krążenia krwi, albo też specyficzną, w skutek starości zachodzącą, *nie znaną* nam *kombinacyą chemiczną*.

Druga zaś szkoła utrzymuje, że *sprawa ta jest natury zapalnéj* lub też do niéj zbliżonéj.

Do pierwszéj szkoły liczą się: *Abercrombie* i *Rostan*, którzy lubo wtedy nie znano jeszcze sprawy skrzepów i

zastojów, tem większą w tym względzie pokazują przenikliwość. Zarówno albowiem *Abercrombie* jako i *Rostan* powiadają, że przy rozmiękczeniu mózgu tętnice w tym samym znajdują się stanie, który w innych częściach ciała, a szczególniéj w kończynach wywołuje stan gangrenowy, a głównie do tego przyczyniają się tętnice, które w skutek postępu wieku chorobliwie są zmienione.

Chcąc się przekonać o ile teorya ta uzasadnioną ma wartość, lub jest mylną, wypada koniecznie odwołać się do postrzeżeń klinicznych, które następujące dają rezultata: na 42 sekcye odbyte na starcach, którzy w skutek różnych chorób zeszli z tego świata, nie pokazując żadnego śladu ani rozmiękczenia ani krwotoku, w trzynastu tętnice mózgowe były zupełnie zdrowe, 25 razy były stwardniałe, 4 razy w stanie skostnienia. Na 21 sekcyi zrobionych na starcach, zmarłych w skutek krwotoku mózgowego, znaleziono trzy razy tętnice mózgowe zupełnie zdrowe, 12 razy były zgrubiałe, 6 razy w stanie ossyfikacyi. — 31 sekcyi starców zeszłych ze świata w skutek rozmiękczenia mózgu, 6 razy tętnice były zdrowe, 19 razy zgrubiałe, 6 razy w stanie skostnienia. Fakta te pozwalają najprzód słuszny zrobić wniosek, że skostnienie tętnic, które w patogenii chorób mózgu u starców wielką odgrywało rolę, na nią nie zasługuje; większą znacznie rolę w tych sekcyach odgrywa *stwardnienie, zgrubienie naczyń* i chrząstkowate blaszki, które się czasem spostrzedz dają. Mimo to trudno na tych danych, oprzeć patologią téj sprawy, gdyż ani razu nie spostrzeżono zupełnéj obliteracyi tętnic mózgu, więc przypływ krwi do mózgu w niczém nie był uszkodzony, mózg był prawidłowo żywiony i nie mógł się znajdować w tym

samym stosunku, w jakim się znajdują kończyny w stanie gangreny u starców.

Teorya więc *Abercrombiego* i *Rostana* zostaje w granicy *przypuszczenia*, które tém bardziéj nie jest dla nas dostateczne, że u osób w wieku 40 do 50 lat dotkniętych rozmiękczeniem, żadnego śladu cierpienia naczyń nie odkryto. W ogólności więc, kiedy rozmiękczenie nie może być policzone ani na karb skostnienia lub stwardnienia i zgrubienia błon, gdyż te patologiczne następstwa nie wpływają wiele na znaczne zmniejszenie kalibru i uszkodzenie przypływu krwi, ani nie może być policzone na karb starości, gdyż daje się także spostrzedz u osób średniego wieku, — trzeba się uciec do innych poszukiwań i w rzeczy saméj, kiedy natura jakiéj choroby nie może na drodze znanych nam zasad patologicznych być wytłumaczoną, wtedy teoryi jéj trzeba szukać przy samem źródle czyli początku jéj tworzenia. Być może, że analiza anatomiczna początku, troskliwie śledzona, większe rzuci światło na tę chorobę jak wszystkie hypotezy i domysły dotąd wyłożone.

Widzieliśmy, że czerwoność i miejscowe przekrwienie czyli nasiek krwi stanowiły pierwsze oznaki ostrego rozmiękczenia, nawet żółty kolor, który się objawia w chroniczném rozmiękczeniu, dowodzi także skutku *poprzedzającéj i powoli znikającéj infiltracyi krwi.* Toż samo wskazują początkowe objawy, gdzie także jest podobieństwo między pojawem napływu i początkiem rozmiękczenia, że najbystrzejszemu oku trudno rozróżnić te dwa do siebie podobne stany patologiczne. Zapatrując się więc na tę analizę anatomiczną, twierdzić śmiało można, że *początkiem każdego rozmiękczenia jest stan napływu* z tą tylko różnicą, że tam gdzie nie ma usposobie-

nia do rozmiękczenia, stan kongestyjny powoli się usuwa bez uszkodzenia miąższu mózgu, gdy tymczasem, przy usposobieniu do rozmiękczenia (które się patologicznie nie tak łatwo da określić) stan napływu ciągle trwa, krew wydziela hematinę, która dostawszy się do miąższu mózgu, rozdziela części molekularne mózgu i sprowadza stan rozpadania czyli nekrotyczny.

LECZENIE.

Jeżeli w ogólności w leczeniu jakiéjbądź choroby racyonalność lekarza opiera się na kojarzeniu ogólnych prawideł terapii z szczególnym stanem sił i dyspozycyą chorego, to témbardziéj przy leczeniu w mowie będącéj choroby, szczególnéj trzeba bystrości ze strony lekarza, aby użyte środki mogły być pomyślnym skutkiem uwieńczone.

Tu nie jednym grzechem wzbogaciła się szkoła *Broussais'go*, która w téj chorobie widząc stan zbliżony do zalewu, zbytniem szafowaniem krwią nie jednemu zgon wcześnie przyśpieszyła; tu nowsza szkoła, a szczególniéj bystry klinicysta *Traube* słusznie zwrócił uwagę terapeutów, że w rozmiękczeniu opartém na emboliach, zbawienie chorego nie polega na energicznéj *antiflogosie*, owszem ona musi ustąpić *wzmacniającéj i ekscytującéj metodzie*, gdyż tu głównie idzie o *zrównoważenie obiegu krwi*, przez prędkie utworzenie pobocznych dróg, co tylko może mieć miejsce przy wielkiém ciśnieniu w układzie tętniczym. Lecz i w tém trzeba pewne ostrożności zachować i nie wyjść z granicy racyonalizmu, który polega li tylko na indiwidualizowaniu każdego szczegółowego wypadku.

Ja z mojéj praktyki, następne sobie ułożyłem wskazania; gdzie choroba serca już tak jest wykształcona, że spowadziła krwi brak i wycieńczenie, — gdzie lewa komórka serca zdaje się tracić swoją energię, gdzie może być przypuszczonym proces stłuszczenia (atherosis) w naczyniach, gdzie szereg pojawów dążących do polepszenia ogólnego stanu, znów zaczyna się pogarszać, z powodu, że uboczne drogi nie są wystarczające, wtedy użycie środków *pobudzających* i *wzmacniających*, bardziéj jak antiflogosa jest wskazane, i tu z własnego doświadczenia wiele pokładam nadziei na zastósowaniu preparatów żelaza i zaręczyć mogę, że jeśli mi się nieudało wyleczyć to *z pewnością życie na lata przedłużyłem*. Gdzie zaś mamy do czynienia z osobą silną krwistą, w sile wieku zostającą, gdzie przerost lewéj komórki lub wada zastawek jest powodem embolii, gdzie jeszcze nie ma żadnego śladu wodokrwi, gdzie się pojawiają oznaki pareseos, nawet przemijające, jak w samym początku choroby, *upuszczenie krwi może w rzeczy saméj być nader pomocnym* środkiem, usuwającym stan napływu, zapobiegającym pęknieniu naczyń i wypotom krwistym, lecz to wszystko tylko w samym początku choroby. W dalszym jéj przebiegu, upust krwi więcéj szkodzi niż pomaga i tu leczenie musi być czysto *symptomatyczne*, z wielkiem oszczędzeniem krwi.

PRZEGLĄD CZYNNOŚCI

w oddziale chorych chirurgicznych i rakowatych

SZPITALA STAROZAKONNYCH

w Warszawie.

przez

Ludwika Chwat, Ordynatora tegoż szpitala.

Objąwszy z początkiem roku 1859 posadę lekarza ordynującego oddziału chorych chirurgicznych i rakowatych Szpitala starozakonnych w Warszawie, postanowiłem przegląd czynności tegoż oddziału chorych podać do wiadomości szanownych kollegów lekarzy. Niektóre ważniejsze wypadki i spostrzeżenia już podane zostały do Pamiętnika Towarzystwa Lekarsk. Warszaw. z r. 1859 i 1860. Przed podaniem do druku innych do obecnego czasu zebranych spostrzeżeń, uważam za potrzebne dla uzupełnienia całego obrazu czynności, przedstawić i statystyczne wiadomości:

	Mężczyzn	Kobiet	Dziec	Razem
Do pozostałych z roku 1858...	62	49	,,	111
Przybyło w ciągu roku	569	405	14	988
Razem leczono....	631	454	14	1099
z tych				
Wyszło ze Szpitala	558	382	14	954
Umarło.....	22	14	—	36
Pozostało na rok 1860	51	58	—	109
Ogół jak wyżéj.....	631	454	14	1099

Szczególniéj mieściło się w téj liczbie

	ODDZIAŁ							
	Chirurgicznych				Rakowatych			
	Mężczyzn	Kobiet	dzieci	Razem	Mężczyzn	Kobiet	dzieci	Razem
Do pozostałych....	58	45	—	103	4	4	—	8
Przybyło	550	369	12	931	19	36	2	57
Wyszło	546	360	12	918	12	22	2	36
Umarło.....	17	9	—	26	5	5	—	10
Pozostało.....	45	45	—	90	6	13	—	19

Z porównania stosunku liczby leczonych i umarłych w tym roku to jest 1099 i 36, śmiertelność wynosi 3,27 na sto, odtrąciwszy zaś czterech chorych w stanie konającym do Szpitala przywiezionych, przedmiotem leczenia być nie mogących, pozostanie stosunek śmiertelności 2,9 na sto czyli z 34 chorych umierał jeden.

W liczbie zmarłych mieści się dziesięć rakowatych w których śmiertelność zwykle bywa znaczną.

Śmiertelność w samym oddziale chirurgicznym wynosi tylko 2,5 na sto.

Do liczby chorych w stanie konania do Zakładu przyjętych należą: Homcyn Chaim blacharz lat około 70 liczący, który w skutek spadnięcia z dachu domu dwupiętrowego złamał sobie prawe udo i niebawem po przywiezieniu go do Szpitala nieprzytomnego i bez pulsu, w skutek silnego wstrząśnienia mózgu żyć przestał.

Kowadło Lewek wieku lat 60 i Naterkreit Mordka lat 57 liczący, obydwaj wkróte po przywiezieniu ich do Zakładu skutkiem wstrząśnienia mózgu życie zakończyli.

Löwengrub Wolf, furman lat 65 liczący, nieszczęśliwym wypadkiem, wjeżdżając w bramę własną bryką przyciśnięty został do ściany. Człowiek ten zaraz prawie po przywiezieniu do Szpitala ducha wyzionął.

Oprócz powyżéj wyszczególnionych wypadków śmierci, straciliśmy w oddziale chorych chirurgicznych 22 indywiduów, a mianowicie:

	Mę.	Ko.
W skutek zaniedbanego cierpienia stawu kolanowego i powstałych ztąd licznych przetok wśród zupełnego sił wyniszczenia	1	—
Na obrzmienie białe kolana(Tumor albus genu)	—	1
W skutek wstrząśnienia mózgu spowodowanego spadnięciem z okna domu dwupiętrowego	—	1
Na ropnicę(Pyaemia) przy złamaniu kości udowéj	1	—
Na złamanie kości goleni prawéj wśród zjawisk gorączki tyfoidalnéj	1	—
Na zgruchotanie kości goleniowéj wskutek gorączki trawiącéj	1	—
Na przepuklinę pochwinową zaciśniętą(Haernia inguinalis incarcerata) zmarło dwa indywidua: jeden w skutek zadawnionego i niepoznanego wcześnie zaciśnienia	1	—
do przeniesienia	5	2

	Męż.	Ko.
z przeniesienia	5	2
a drugi po operacyi, w skutek zapalenia kiszek i otrzewnéj	1	—
Na pruchnienie kości goleniowych i ztąd zupełne wyniszczenie ciała	1	2
Na cierpienie skrofuliczne z pruchnieniem kręgów (spondylarthrocace)	1	—
Na wągliki (anthrax):		
Kobieta lat 48 licząca z przyczyny róży twarzy i ztąd powstałego zajęcia mózgu	—	1
i starzec wieku lat 78 przy zupełném sił wyczerpaniu	1	—
Na wrzody atoniczne dyskrazyjne z wyniszczeniem ciała	1	1
W skutek otoku czyli ropnia napływowego krzyża (abscesus congestionis)	—	1
W skutek zapalenia rozległego okostnéj uda (Periosteitis ossis femoris) i następowéj pyemii..	1	—
Na pruchnienie szczęki dolnéj (Necrosis phosphorica) i powstałéj puchliny wodnéj ogólnéj..	—	1
W skutek ubytu wiekowego (marasmus senilis)	2	1
	13	9
Ci trzéj chorzy przybyli do Szpitala jeden z powodu zgorzeli goleni prawéj, drugi z cierpieniem zastarzałém kolana (Gonarthrocace), a 3cia kobieta lat 68 cierpiąca na pruchnienie kości stopy	—	—
Na cierpienia rakowate utraciliśmy 10ciu chorych:		
Na raka piersi	—	3
Na raka twarży i ust	1	—
Na raka kiszki odchodowéj	2	2
Na raka gruczołu zausznego wśród objawów ogólnéj dyskrazyi rakowéj	1	—
W skutek nabrzmiałości rdzeniowéj (fungus medullaris) zajmującéj całe udo	1	—
Ogół	5	5

WYKAZ CHORÓB I ICH OBROTU LECZONYCH
w oddziale chorych chirurgicznych.

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Phlegmone et abscessus phlegmonodes div. p.	69	65	1	3
Abscessus lymphaticus	3	3	—	—
— — congestionis	5	3	1	1
Erysipelas faciei	2	2	—	—
— — aliarum p. p.	5	5	—	—
— — gangraenosum	17	16	1	—
Furunculosis	8	8	—	—
Anthrax	19	16	2	1
Gangraena et sphacelus div. p.	6	4	1	1
Pustula maligna	3	2	—	1
Panaritium	14	14	—	—
Panaritium neglectum	11	10	—	1
Ambustura div. p.	18	18	—	—
Ambustura vasta	10	10	—	—
Ambustura c. acido sulphurico	3	3	—	—
Perniones	15	15	—	—
Perniones gangraenosi	3	2	—	1
Vulnera lacerata, contusa div. p.	37	36	—	—
Vulnera capitis	8	8	—	—
Vulnera sclopetaria	3	3	—	—
Vulnera a morsu canis	3	3	—	—
Contusio capitis	8	8	—	—
Contusio pectoris	3	3	—	—
Contusio aliar p.	79	79	—	—
Detruncatio digitorum manus	4	4	—	—
Detruncatio digitorum pedis	1	1	—	—
Abscisio penis et linguae	1	1	—	—
Conquassatio antibrachii	2	2	—	—
Conquassatio manus	5	4	—	1

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Conquassatio cruris	2	1	1	—
Conquassatio pedis	4	4	—	—
Commotio cerebri	3	2	1	—
Fractura brachii simplex	5	5	—	—
Fractura brachii compl	2	1	—	1
Fractura antibrachii spl.	5	5	—	—
Fractura antibrachii compl	3	3	—	—
Fractura cruris spl	10	10	—	—
Fractura cruris compl	8	5	1	2
Fractura femoris spl.	10	8	—	2
Fractura femoris compl.	2	1	1	—
Fractura claviculae	7	7	—	—
Fractura costarum	7	7	—	—
Luxatio brachii	1	1	—	—
Luxatio brachii inveterata	2	2	—	—
Luxatio manus	1	1	—	—
Luxatio femoris	3	3	—	—
Luxatio femoris inveterata	1	—	—	1
Distorsio cubiti	1	1	—	—
Distorsio manus	8	8	—	—
Distorsio pedis	7	6	—	1
Ulcera simplicia et atonica	99	85	—	14
Ulcera gangraenosa et sphacelosa	24	19	1	4
Ulcera callosa	7	7	—	—
Ulcera varicosa	18	15	—	3
Ulcera scrophulosa et scrophulosis	28	15	—	13
Ulcera plicosa et alia dyscrasica	58	56	1	1
Fistula vesico-vaginalis	9	3	—	6
Fistula recto-vaginalis	1	1	—	—
Fistula recto-vesico-vaginalis	1	—	—	1
Fistula ani	11	10	—	1
Fistula urinaria penis	1	1	—	—
Fistula vesico-perinaealis	1	1	—	—
Induratio linguae	1	1	—	—

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Induratio mammae	7	7	—	—
Induratio glandular: colli	4	4	—	—
Induratio musculorum	2	2	—	—
Induratio textus cellulosi	4	4	—	—
Hypertrophia gl. parotidis	1	1	—	—
Hypertrophia tonsillarum	12	12	—	—
Hypertrophia mammae	1	1	—	—
Hypertrophia portionis vaginalis uteri	1	1	—	—
Tumores cystici div.	10	10	—	—
Tumores fibrosi	5	4	—	1
Tumor medullaris	1	1	—	—
Lipoma	4	4	—	—
Polipi narium	2	1	—	1
Polipi aurium	1	1	—	—
Atresia vaginae congenita	3	—	—	3
Atresia orif: uteri	1	—	—	1
Atresia praeputii	1	1	—	—
Fissura ani	2	2	—	—
Hypospadieus	2	2	—	—
Labium leporinum	1	1	—	—
Prolapsus uteri	2	2	—	—
Prolapsus vaginae	1	1	—	—
Prolapsus intestini recti	1	1	—	—
Haernia incacerata umbilicalis	1	1	—	—
Haernia incacerata inguinalis	25	23	2	—
Haernia incacerata cruralis	1	—	—	1
Defectus uteri vaginaeque	1	1	—	—
Defectus labii inferiorio(post voriola.)	1	—	—	1
Deviatio columnae vertebralis	1	1	—	—
Varus	1	1	—	—
Incarnatio unguis	2	2	—	—
Corpora aliena in div: locis corporis haerentia	3	3	—	—
Phlebitis	1	1	—	—

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Varices venarum	1	1	—	—
Teleangiectasia	2	2	—	—
Neuralgia testiculi	1	1	—	—
Neuroma	1	1	—	—
Periosteitis	11	10	1	—
Caries et necrosis div. ossium	38	28	4	6
Enchondroma maxillae inf:	1	1	—	—
Exostosis	5	5	—	—
Spondylarthrocace	1	—	1	—
Coxarthrocace	11	10	—	1
Gonarthrocace	10	6	1	3
Ankylosis cubiti	1	—	—	1
Tumor albus genu	2	—	1	1
Hygroma patellae	2	2	—	—
Ganglion	1	1	—	—
Contractura extremorum superiorum	2	2	—	—
Contractura, inferiorum	1	1	—	—
Pomphygus chronicus	1	—	—	1
Zoster	1	1	—	—
Otitis	2	2	—	—
Otorrhoea	1	1	—	—
Ankyloblepharon	1	—	—	1
Ozaena scrophulosa	3	3	—	—
Odontalgia	2	2	—	—
Epulis	6	6	—	—
Glossitis	1	1	—	—
Stomacace	2	2	—	—
Angina faucuim	4	4	—	—
Angina tonsillaris	2	2	—	—
Parotitis	3	3	—	—
Mastitis	21	19	—	2
Lithiasis	2	2	—	—
Catarrhus vesicae urinariae	6	6	—	—
Strictura urethrae	4	4	—	—

Nazwa choroby	Było	Wyszło	Umarło	Zostało
Carunculosis	1	—	—	1
Orchitis	6	6	—	—
Hydrocele	8	8	—	—
Sarcocele	4	4	—	—
Haemorrhoides	9	9	—	—
Haemorrhoides gangraenosi	7	7	—	—
Moribundi	4	—	4	—
Ogół	1034	918	26	90

ODDZIAŁ CHORYCH RAKOWATYCH.

Nazwa choroby	Było	Wyszło		Umarło	Zostało
		uleczonych	nie uleczonych		
Cancer in occipite	1	1	—	—	—
Cancer faciei	7	2	2	—	3
Cancer bulbi oculi	2	—	1	—	1
Cancer nasi et labii superioris	1	—	1	—	—
Cancer linguae	1	—	1	—	—
Cancer labii inferioris	4	2	—	—	2
Cancer in collo	1	1	—	—	—
Cancer gl. parotidis	1	—	—	1	—
Cancer mammae sinistrae	5	1	1	1	2
Cancer mammae dextrae	6	1	—	2	3
Cancer portionis vaginalis uteri	1	—	1	—	—
Cancer intestini recti	9	—	3	4	2
Cancer pedis	2	—	—	—	2
Cancer testiculi	1	—	—	—	1
Cancer cutaneus	8	4	3	1	—
Ulcera carcinomatica	8	2	3	—	3
Fungus medullaris	4	—	3	1	—
Tumores scirrhosi	3	2	1	—	—
Ogół	65	16	20	10	19

Z powyższego wykazu wypadek elczenia chorych rakowatych w niekorzystném świetle się przedstawia, wszakże niewątpliwego środka przeciw téj straszliwéj chorobie nieposiadamy jeszcze, mianowicie też kiedy choroba daleko w rozwoju swym posunęła się. Zwykle zaś do Szpitala przybywają tego rodzaju chorzy w stanie tak straszliwego zaniedbania, że często nawet wykonanie operacyi (choćby dla czasowéj tylko ulgi cierpiącemu), przedsięwziętem być nie może, dla tego też śmiertelność okazuje się tu znakomicie wyższą jak w innych cierpieniach.

Ważniejsze operacye wykonane w ciągu roku 1859.	Na wielu indywiduach wykonano.	Skutek operacyi.					
		Pomyślny.				Smiertelny	
		Przez wyleczenie		przez polepszenie.			
		m.	k.	m.	k.	m.	k.
Przywrócenie utraconych części miękkich i kostnych nosa Rhinoosteo-plastica.....	1	—	1	—	—	—	—
Przywrócenie wargi dolnéj utraconéj w skutek raka, chiloplastice.....	1	1	—	—	—	—	—
Oddalenie częściowe wyrostku zębodołowego. Ablatio processus alveolaris maxillae inf:	1	—	1	—	—	—	—
Wypiłowanie częściowe żuchwy dla narośli chrząstnikowéj, Enchondroma, resectio maxillae inferioris	1	—	1	—	—	—	—
Wyłuszczenie migdałów, Tonsillotomia	8	3	5	—	—	—	—
Oddalenie narośli rakowatéj w stronie tyłu głowy, Extirpatio tumoris carcinomatici in regione occipitali	1	—	1	—	—	—	—
Odjęcie płatków usznych przeistoczonych w dwa guzy włókniste, Extirpatio tumoris auricularum	1	—	1	—	—	—	—
Oddalenie polypów obydwóch uszu. Operatio polipi: aurium	1	1	—	—	—	—	—
Odjęcie kończyny górnéj w przedramieniu. Amputatio antibrachii	2	2	—	—	—	—	—
Wyłuszczenie palucha u ręki lewéj dla narośli rakowatéj, Exarticulatio pollicis in articulatione phalango metarcapi	1	—	1	—	—	—	—

Ważniejsze operacje wykonane w ciągu roku 1859.	Na wielu indywiduach wykonano	Skutek operacyi.					
		Pomyślny.				Smiertelny.	
		przez wyleczenie.		przez polepszenie.			
		m.	k.	m.	k.	m.	k.
Odjęcie piersi rakowatych. Extirpatio mammae	9	—	7	—	2	—	—
Wyłuszczenie i wypiłowanie górnéj połowy kości sprychowéj przedramienie lewego. Exarticulatio et resectio ossis radii antibrachii sinistri	1	—	—	1	—	—	—
Operacya pochwy macicznéj zarosłej. Operatio atresiae vaginae congenitae	1	—	1	—	—	—	—
Odjęcie części pochwowéj macicy, Amputatio portionis vaginalis uteri	1	—	1	—	—	—	—
Operacya przetok pochwo-pęcherzowych. Operatio fistulae vesico-vaginalis	2	—	—	—	2	—	—
Operacya fistuły stolcowéj, Operatio fistulae ani	8	8	—	—	—	—	—
Operacya szczeliny odbytowéj, Operatio fissurae ani	1	1	—	—	—	—	—
Operacya przepukliny zaciśnionéj pachwinowéj. Operatio her inguinalis incarceratae	1	—	—	—	—	1	—
Operacya wodnéj puchliny jądra, Operatio hydroceles	6	6	—	—	—	—	—
Wyłuszczenie jądra, Extirpatio testiculi	2	2	—	—	—	—	—
Wypiłowanie kolana zniszczonego chorobą stawu (Gonarthrocace) Resectio genu	1	—	—	1	—	—	—

Ważniejsze operacje wykonane w ciągu roku 1859.	Na wielu indywiduach wykonano.	Skutek operacyi.					
		Pomyślny				Smiertelny.	
		przez wyleczenie.		przez polepszenie.			
		m.	p.	m	k.	m.	k.
Gwałtowne wyprostowanie kolana pod wpływem chloroformu. Operatio ad tollendam contracturam genu...	2	1	1	—	—	—	—
Wyłuszczenie narośli tłuszczowych. Extirpatio lypomatis	4	2	2	—	—	—	—
Wyłuszczenie guzów torebkowych. Extirpatio tumoris cystici in div. loc. corporis.	7	3	4	—	—	—	—
Operacya przecięcia ścięgaczy, Tenotomia	1	—	1	—	—	—	—
Wydobycie sekwestrów kości znacznéj wielkości	3	1	2	—	—	—	—
Ogół....	68	31	30	2	4	1	—

W wykazie szczegółowym oznaczyłem tylko ważniejsze operacje chirurgiczne. Doliczywszy opatrunki krochmalowe i gipsowe (22), zastosowanie przyrządów Dżondego, Middeldorfa i innych (8) w złamaniach kości i wstawianie wywichniętych członków (4), odprowadzenie przepuklin zaciśniętych (23) i inne pomniejsze krwawe i niekrwawe działania chirurgiczne, ilość takowych byłaby znaczniejszą.

Smiertelność pomiędzy operowanymi była nader małą, jeden tylko umarł w tym roku po operacji kiły zaciśniętéj.

UWAGI LEKARSKIE.

Dwa wypadki złamania kości połączone ze wstrząśnieniem mózgu. Uleczenie.

Dwaj wyrobnicy: Aronfeld Dawid i Gutheim Symcha wyrzucając z okna drugiego piętra na dziedziniec brukowany niewyprawne zeschłe skóry wołowe, przez silne opieranie się wyłamali zluzowane kraty drewniane w dolnéj połowie okna będące i spadli na bruk wraz ze skórami.

Dnia 8 Marca r. b. w godzinę po wypadku przywieziono obydwóch de Szpitala.

I. Aronfeld Dawid lat 20 liczący silnéj budowy ciała nieprzytomny (sopor), twarz zaczerwieniona, obrzmiała, szczególniéj powieki zupełnie zakrywające oczy, głowa krwią zbroczona, tętno pełne do 100 uderzeń na minutę skóra gorąca, sucha, oddech ciężki, nawał krwi wyraźny. Kazałem upuścić 12 uncyj krwi.

Po dokładném zbadaniu, znaleziono dolną wargę do podbródka (mentum) na wskroś przeciętą, przednią część żuchwy (corpus maxillae inf) zgruchotaną, pod szczęką zaś ranę nierówną pół cala średnicy mającą, z któréj wystawały odłamki strzaskanéj żuchwy; stawy nóg i rąk obrzmiałe i mnóstwo sińców po całém ciele.

Po oddaleniu odłamków kostnych wystających z rany pod bródką i opatrzeniu tejże suchą skubanką, złączyłem dwie połówki przeciętéj wargi szwem okręconym

(Sutura circumflexa), poleciłem przystawić dwanaście pijawek za uszami, okłady z odwaru korzenia pomornika z ulepkiem rabarbarowym i proszki z jednego granu kalomelu, naprzemian co godzinę i lewatywę, okłady z wody zimnéj z octem na miejsca stłuczone.

Chory przetrwał noc całą w śpiączce, przyjmował zadawane środki bezprzytomnie, wypróżnienia nie było. Nazajutrz (9 Marca) chory okazywał nieco więcéj przytomności, na zawołanie przebudzał się chwilowo, lecz na pytanie nie odpowiada. Gorączka mniej silna, tętno pełne (90), twarz mniéj zaczerwieniona, obrzmiała, powieki sine znaczniéj nabrzękłe; środki te same.

Dnia 10 Marca, chory często się przebudza, narzeka na mocny ból zębów i ból w piersiach; oddech swobodniejszy, kaszel częsty, wilgotny. Dźwięk przy opukiwaniu klatki piersiowéj prawidłowy, przysłuchanie się odkrywa wszędzie szmer oddechowy, ton serca czysty i mocny, tętno 80 uderzeń na minutę. Wypróżnienie stolca jedno łajniste.

Do poprzedniego lekarstwa dodano saletry oczyszczonéj dwie drachmy i winianu antimonu i potażu ćwierć grana.

Dnia 11 Marca, stan ogólny chorego lepszy pomimo, że noc przepędził bezsenną z powodu bolów żuchwy i zębów; gorączka umiarkowana, objawów mózgowych niema, ból w piersiach i kaszel mniéj dokuczliwy, wypróżnienie naturalne.

Dnia 12 Marca, stan ogólny jak dnia wczorajszego, lecz ból żuchwy męczy bardzo chorego, zęby przednie wraz z wyrostkiem zębodołowym ruchome, twarz mniéj nabrzmiała. Szew z wargi bezpośrednio zrośniętéj od-

jęło. Kataplazma ciepłe na brodę i płukanie ust ciepłym naparem z siemienia lnianego.

Od 13 Marca (6 dnia choroby) nie było wskazania do zadawania środków lekarskich wewnątrz; funkcye żywotne prawidłowe, siły chorego stopniowo podnoszą się.

W ciągu dalszego pobytu chorego w Szpitalu wyjęto jeszcze kilka odłamków kostnych z rany pod brodą, któratéż następnie przy starannym opatrunku zabliźniła się.

Zęby i strzaskane kości żuchwy coraz mniéj ruchome, pod kataplazmą z siemienia lnianego i przy częstém płukaniu ust odwarem kory chinowéj niebawem się zrosły.

Dnia 7 Kwietnia, A: zupełnie zdrów Szpital opuścił.

II. Futheim Symcha lat 18, słabéj budowy ciała, nieprzytomny, twarz blada, wargi sine, oczy zamknięte, źrenica rozszerzona, tętno drobne tak, że je obliczyć niepodobna, spiączka, oddech i ruchy serca słabe, klatka piersiowa słabo się rozdyma, kończyny zimne. Bliższe badanie okazuje złamanie kości łokciowéj przedramienia lewego, a na dolnéj wewnętrznéj powierzchni tegoż przedramienia ranę dartą okrągłą, mającą około cala średnicy odkrywającą mięśnie i ścięgacze; obrzmienie i nadwichnięcie (subluxatio) stawów nóg, sińce na kończynach górnych i dolnych. Zapisałem do wewnątrz napar pomornika z dodatkiem siarkanu magnezyi i ulepku rubarbarowego, lewatywę z solą. Zaleciłem pijawki w koło stawów nóg, okłady na głowę z odwaru korzenia pomornika, nacieranie ciała spirytusem, a ranę opatrzyć suchą skubanką.

Po upływie godziny od złożenia chorego na łóżku, nastąpiły wymioty żółciowe często się powtarzające. Cho-

ry niespokojny, stęka, zmienia często położenie swoje w łóżku, przezco nie można było utrzymać w należytem położeniu części złamanych.

W tym stanie chory przepędził noc całą. Nad ranem tętno pełniejsze (80), wymioty nie tak częste, ale kaszel z odpluciem krwawem, chory przytomniejszy, narzeka na ból głowy i górnéj części uda lewego, wszakże badanie nie wykazało ani złamania ani też zwichnienia. Wypróżnienia stolca nie było, bladą urynę w małéj ilości oddał nad ranem. Zaleciłem saturacyę z węglanu sody, pijawki za uszami, bańki nasiekiwane w około górnéj części uda bolącego.

Wieczorem tegoż dnia ból głowy i uda nie tyle dokuczliwy, chory zupełnie przytomny, narzeka na mocny ból w stawach obydwoch nóg, wymioty zupełnie ustały, kaszel rzadki z flegmą jeszcze nieco zakrwawioną. Chory powiada, że przed półrokiem krwią spluwał, wypróżnienie jedno łajniste, złamane przedramię ułożono należycie, okłady zimne na obolałe i nabrzękłe stawy.

Dnia 10 Marca, gorączka się wzmogła, tętno pełniejsze, kaszel rzadki; flegma bez krwi. Zapisano mięszaninę z saletranu sody i emetyku w małéj ilości z dodatkiem wody Laurowéj.

Dnia 12 Marca, stan ogólny chorego stopniowo się poprawia, funkcye żywotne prawidłowe.

Dnia 20 Marca, nałożono opatrunek krochmalowy na złamane przedramię, gdzie rana już zabliźnioną została. Chory zostawał jeszcze w zakładzie w opatrunku krochmalowym do dnia 28 Kwietnia, w którym jako uleczony Szpital opuścił.

W tych dwóch wypadkach godną jest uwagi różnica bezpośrednich skutków wstrząśnienia mózgu. Gdy

u pierwszego chorego silnéj budowy ciała i krwistego, prędko nastąpił odczyn podwyższony z wyraźnym nawałem krwi; co wymagało energicznego przeciw zapalnego leczenia, upustu krwi, dla usunięcia grożącego niebezpiecznego zapalenia, —widzimy przeciwnie u drugiego chorego, przy znacznym upadku sił, wskazanie do wstrzymania się od bezpośredniego puszczenia krwi, które tu mogłoby stać się szkodliwém, a nawet może i przyczyną śmierci. Sam odczyn następny nie był też zbyt silnym, i dla tego ograniczyłem się na małych derywacyach miejscowych (pijawki za uszami).

Złamanie obydwóch kości przedramienia lewego u chłopca ulegającego napadom wielkiéj choroby, zgorzel, amputacya, uleczenie.

Funkenstein Leib, chłopiec lat 10 liczący, w napadzie padaczki (epilepsia), któréj od kilku lat ulegał, upadłszy z krzesła, złamał obydwie kości (sprychową i łokciową) przedramienia lewego. Felczer przyzwany dla udzielenia choremu pierwszéj pomocy, nałożył opatrunek krochmalowy na złamane przedramię, a w 6 dni po wypadku przywieziono chorego z miasta Łukowa do Szpitala, dnia 7 Marca r. b. w stanie następującym: twarz nabrzmiała, oczy połyskujące, gorączka silna, częste majaczenia, puls drobny częsty (120), sen przerywany, stolec normalny, mocz w małéj ilości czerwony, oddech ciężki, płuca nic nieprawidłowego nie przedstawiają, język czerwony suchawy, apetytu niema.

Po odjęciu opatrunku z złamanego przedramienia, ujrzeliśmy zgorzel części miękkich przedramienia po za stan łokciowy sięgającą; skóra zaś ramienia do samego stawu barkowego sino-czerwona, połyskująca, bliska przejścia w zgorzel, a w okolicy saméj pachy ropień (abscessus) jeszcze twardy dość znacznéj objętości.

Chociaż w tym smutnym wypadku operacya hyła wskazaną, wszakże pomienione objawy nie dozwalały przystąpić do jéj wykonania. Ograniczyłem się przeto na użyciu środków uspakajających, zaleciłem: arnica cum natro nitrico et vino stibiato, okłady z ziół aromatycznych na przedramię, ramię zaś kazałem powlec mocnym rozczynem saletranu srebra.

W ciągu dni kilku stan ogólny chorego stopniowo poprawiać się zaczynał. Użyciu saletranu srebra zawdzięczyć należy, że po upływie dni 8 zgorzel przedramienia ograniczyła się do dolnéj trzeciéj części ramienia, skóra ramienia do normalnego wróciła stanu, a ropień ograniczywszy się i dojrzawszy, otworzył się potem sam pod wpływem ciepłych okładów z lnianego siemienia.

Dnia 27 Marca, to jest 20 dnia po pomieszczeniu chorego w Szpitalu, gdy tenże prócz osłabienia czuł się znacznie lepiéj, przy pomocy światłych kollegów Dr. *Groera* i *Köhlera* cięciem kolistém wykonałem amputacyą w górnéj trzeciéj części ramienia bez użycia chloroformu z przyczyny znacznego wyniszczenia i słabéj budowy pierśi chorego.

Gojenie rany po amputacyi przy stopniowo wzrastających siłach chorego postępowało szybko tak, że we 26 dni po operacyi zupełnie zabliźnioną została.

Godném jest uwagi, że chory wczasie ropienia, a nawet zabliźnienia się rany wolnym był od napadów

epilepsyi; po zagojeniu zaś, zaczął miewać bardzo częste napady wielkiéj choroby (co 10 — 15 minut) wyniszczające niezmiernie chorego, który już był utył i tak dobrze wyglądać zaczął, że twarz jego najlżejszego nie zdradzała cierpienia.

Wszelkie środki wewnątrz użyte pozostawały bez skutku, zaprowadzona wszakże zawłoka (setaceum) na karku już po 28 godzinach pomyślny skutek wywarła. Napady stawały się coraz rzadsze, a po trzech dniach zupełnie ustały, chory zaczął znowu do sił powracać, i dnia 4 Lipca r. b. Szpital opuścił.

Odjęcie umyślne prącia (membrum virile) i końca języka w napadzie obłąkania (mania religiosa), wyzdrowienie.

Danziger Abram, wieku lat 49, żonaty od lat 28, dotychczas cieszył się zawsze dobrem zdrowiem, zamieszkały w mieście Łukowie znany tam był jako człowiek bardzo nabożny i przykładnego prowadzenia się. Przed kilku miesiącami zaczął cierpieć na częsty perjodyczny ból głowy i mocne zaparcie stolca, stał się ponurym, rzadko kiedy wdawał się z otaczającemi go, a nawet własną żoną w rozmowę, niekiedy tylko mawiał, że człowiek wszelkiemi siłami unikać winien grzechów. Codziennie odbywał długie ranne i wieczorne modlitwy w Synagodze, a resztę dnia spędzał w domu na czytaniu pism talmudycznych.

Dnia 26 Sierpnia r. b. o godzinie 10 rano, Danziger powróciwszy z Synagogi i nie zastawszy żony, wysłał z domu sługę, a zanim ta po upływie kilku minut wróciła, Danziger uciął sobie nożykiem pospolicie cygankiem zwanym koniec języka ($^1/_3$ cala) i prącie (membrum virile) przy samym korzeniu, tak, że została tylko rana okrągłego kształtu, mająca u dołu otworek prowadzący do cewki moczowéj (urethra). Gdy dnia następnego Danzigera przywieziono do Szpitala, niewidzieliśmy już krwawienia ani z rany języka, będącego wówczas w stanie zapalnym (glossitis), ani też z rany po odcięciu prącia pozostałéj. Według opowiadania osób, które przyprowadziły chorego, krwotok trwać miał czas bardzo krótki i sam przez się ustał, i w saméj rzeczy nie widać było śladu użycia środków do zatamowania onego. Chory po ułożeniu go na łóżku i stosownem opatrzeniu rany prącia, spokojnie się zachowywał, ale wzrok, wyraz twarzy i uporczywe milczenie, świadczyły o trwającém jeszcze obłąkaniu. Odczyn gorączkowy nie zbyt silny. Stan ten przy użyciu wewnątrz Inf. fl. arnicae ex dr. S. unc. V, pti. natri nitrici dr: 2. Tart: stib. gr. S. et sy: Rhei unc: 1, co dwie godziny po łyżce stołowéj, —trwał przez dni 6. Po zmniejszeniu się obłędu chory zupełnie utracił pamięć popełnionego czynu. Okazujący się upadek sił, przez udzielenie pośilniejszych pokarmów w krótkim czasie przemijać zaczął.

Odtąd cierpienia chorego były już tylko miejscowe:

1. Zapalenie i rana języka przez tuszowanie saletranem srebra, smarowanie olejkiem migdałowym i płukanie odwarem siemienia lnianego, w ciągu dwóch tygodni uleczono. Chory dobrze żuł pokarmy, niewyraźnie tylko wymawiał głoski językowe.

2. Rana na miejscu prącia, w początkach opatrywana skubanką umoczoną w odwarze korzenia pomornika (radix arnicae), a następnie skubanką suchą, zabliźniła się także, w stosunkowo dość krótkim czasie.

Dla wypróżnienia pęcherza urynowego i utrzymania otworu pozostałéj części cewki moczowéj, wprowadzano codziennie elastyczny do pęcherza cewnik na czas 24 godzin, a podczas zabliźnienia kateter zastąpiono krótką rurką ołowianą.

Od dnia 15 Października, chory sam zaczął oddawać mocz z łatwością tak, że i rurka ołowiana nie była już potrzebną, rana na miejscu prącia zupełnie zabliźnioną została, a 28 Października Danziger zdrów ze Szpitala wypisany został.

Przerost włóknisty uszka, operacya, uleczenie.

Blumenstein Ides, licząca obecnie lat 20, wzrostu średniego, u któréj odbywały się wszystkie funkcye prawidłowo, przybyła z Nowego miasta do Szpitala dnia 21 Stycznia r. b. Kobieta ta oprócz częstego bolu w stawach, żadnych ważniejszych nie przebywała chorób. W dzieciństwie swojém kilkakrotnie miała uszy kłóte, ale założyć kolczyków żadną miarą nie mogła, za każdą razą bowiem zaognienie i ból uszów zmusiły do wyjęcia wisiorków.

Rok temu przed wyjściem za mąż, chcąc koniecznie przyozdobić się kolczykami, dała sobie na nowo przekłuć

uszy, lecz i teraz jeszcze nie tylko dawne symptomata (zaognienie) wróciły, ale w dodatku po zabliźnieniu ranek, płatki uszne stwardniały i znaczniéj zgrubiały tak, że gdy do Szpitala przybyła, oba płatki przedstawiały narosty wielkości jaja gołębiego, pokryte skórą normalną, twarde, niebolące. Podejrzywając w tym wypadku zakażenie krwi, zaordynowałem przedewszystkiem użycie odwaru Zittmana, a następnie dnia 1 Kwietnia 1859 r. przystąpiłem do operacyi. Nożycami wykonałem z boku guzów dwa cięcia pod kątem ostrym, podstawą ku dołowi, i w taki sposób guzy wyciąwszy brzegi okrwawione szwem węzełkowatym złączyłem. Czwartego dnia po operacyi szew odjęto, połączenie bezpośrednio nastąpiło (per primam intentionem) i chora zadowolona z zupełnie zdrowemi i foremnemi uszami, Szpital opuściła dnia 14 Kwietnia r. b.

Ludwik Chwat.

WSTĘPNA LEKCJA

do

Wykładu Anatomii patologicznéj

odczytana w C. K. medyko-chirurgicznéj Akademii,

w dniu 7 Lutego 1862 *r.*

przez Dra **Włodzimierza Brodowskiego.**

Anatomia patologiczna, któréj najważniejszą część (1) będę miał zaszczyt wykładać Panom, jest nauką traktującą o zboczeniach zachodzących *w budowie człowieka podczas choroby.* Jak bez anatomii fizjologicznéj nie bylibyście PP. w stanie powziąć wyobrażenia o téj sumie czynności składowych cząstek organizmu, która stanowi życie normalne, będące celem badań fizjologii; tak bez anatomii patologicznéj niezdołalibyście PP. zdać sobie sprawy z czynności organizmu przy niezwykłych odbywających się warunkach, z czynności, które stanowią życie nienormalne czyli chorobę, będącą celem badań patologji. Albo innemi słowami: anatomja patologiczna zostaje w tym samym stosunku do patologji, w jakim się znajduje anatomja fizjologiczna względem fizjologji. Aby stosunek ten ściśléj oznaczyć, a tém samém dokładniejsze dać PP. wyobrażenie o przedmiocie i obecném jéj stanowisku, nie weźmiecie mi PP. za złe, że zrobię małą wycieczkę do dziedziny ogólnéj fizjologji i patologji.

---

(1) Histologję patologiczną.

Wiadomo PP. że cały organizm nasz rozwija się z jednéj komórki, którą jest *jaje ludzkie*, komórka ta pod wpływem zapłodnienia i miejscowych warunków organizmu macierzyńskiego, dzieli się na innne komórki, te podobnież coraz bardziéj rozmnażając się przybierają rozmaite postacie, nabywają rozmaitego składu chemicznego, grupują się w pewnym porządku, układają rozmaite narzędzia, tak, że w ostatku tworzy się wiadoma Panom całość.—W całéj téj robocie jak niepodobna zaprzeczyć jedności planu, który z góry zakreślony został jakością ruchu w pierwszéj komórce t. j. w jaju zapłodnieniem obudzonego; tak znowu niepodobna i nowopowstającym komórkom odmówić pewnéj samodzielności, pewnéj autonomji. Téj autonomji komórek zapłodzonych dowodzi powstawanie wielu potwornych form naszego organizmu, o czém dowiecie się PP. z teratologji.

Jakkolwiek z czasem, obok komórek zjawiają się w organizmie naszym i inne elementa anatomiczne, jak np włókna, cewki i t. p., wszystkie atoli te formy jak PP. wiadomo, powstają albo bezpośrednio z komórek, albo też z materjału przez nie utworzonego. Tak, że koniec końcem popęd do wszelkiego rodzaju czynności w rozwijającym się organizmie naszym wychodzi głównie z komórek. Naczynia i nerwy, którym dawniéj tak wielką przypisywano siłę organizacyjną, powstają same z komórek, są niezaprzeczenie nieodbitemi warunkami wyższéj organizacji, lecz nie są kierownikami takowéj.

Z przyjściem nowego organizmu na świat, zmienia się tylko stosunek jego do świata, uchyla się pośrednictwo organizmu macierzyńskiego, mnożenie się elementów anatomicznych ulega z czasem pewnym ograniczeniom, zasada wszakże czynności składowych jego cząstek, czynności stanowiących w summie to co nazywamy życiem, zostaje tąż samą, t. j. i w organizmie usamowolnionym a następnie i w zupełnie rozwiniętym, komórki lub powstałe z nich elementa zawsze pozostają, że tak powiem, ogniskami życia.

Wiadomo PP. że jednym z najważniejszych warunków funkcjonowania tych elementów jest ruch nieustanny składowych ich cząstek, nieustanna zamiana materji. Z kądże się bierze ta zamieniająca zużyte cząstki materja? Oczywiście z otaczającego nas świata zewnętrznego i w ostatniéj instan-

cji ze świata nieograniczonego. Musi więc zachodzić pewna wspólność, pewna że tak powiem solidarność między naszym organizmem z tym światem zewnętrznym; w przeciwnym bowiem razie ten ostatni tylko nieprzyjaźnie, nie zaś w sposób odnawiający mógłby na nas wpływać.

Skoro pewne cząstki swiata zewnętrznego mogą się zamienić na cząstki naszego organizmu, to musi być pewna wspólność między prawami rządzącemi wzmiankowanym światem z prawami przodkującemi czynnościom naszego organizmu. Bo żeby materja przechodząc do organizmu miała się wyzuwać z poprzednich swych własności, a przywdziewać na się całkiem od tamtych odmienne, tego bez uchybienia zdrowemu rozsądkowi przypuszczać niepodobna. Materja bowiem i jéj własności to jedna i nierozdzielna całość. Materje otaczającego nas świata, dostawszy się do naszego organizmu, znajdują się tu w cale odmiennych od poprzednich warunkach, nigdzie indziéj w takiéj kombinacji nie nadarzających się i dla tego przychodzą z jednéj strony do objawu takich swych własności, których gdzie indziéj objawić nie miały sposobności, z drugiéj zaś strony znane już zkąd inąd ich własności w odmiennych mogą się uakzać kombinacjach tém samém przybrać pozór czegoś zupełnie nowego. Z tego więc wypada:

1mo. Że zycie jest wynikiem wzajemnie się wspierających czynności pojedynczych do pewnego stopnia samodzielnością obdarzonych, a jednak ściśle z sobą związanych cząstek organizmu, i

2do Że pomienione czynności przychodzą do skutku na mocy tych samych praw, jakie rządzą materją zewnątrz organizmu, praw wszakże, stósowania których skutkiem osobliwości exystujących w organizmie warunków, nowe odkryło się pole.

Przypominamy raz jeszcze, że temi w organizmie cząstkami są przedewszystkiem elementa komórkowe. Elementa te jak wiadomo posiadają pewne rozmaite formy, pewne różnorodne stósownie do celów swych czynności składy chemiczne, układy drobinkowe, zostają w pewnych tak wzajemnie względem siebie, jak względem świata zewnętrznego stosunkach. Jakkolwiek stosunki te nie są z matematyczną ścisłością dla nich odmierzone, w przeciwnym bowiem razie życie

byłoby niepodobieństwem, gdyż przy takiéj mnogości jego warunków, lada drobnostka powyższe stosunki zakłócająca stawałaby się dlań zaporą nie do pokonania, jakkolwiek przeto życie indywiduum za lada zmianą tych stosunków nie jest jeszcze na szwank narażone; nie mniéj wszakże zmiana ta nie może przekraczać pewnych granic, aby nie wywołała w jednostkach żywotnych takich czynności, kióre z ogólném dobrem organizmu nie są zgodne. Właśnie te zaburżenia w prawidłowych czynnościach wzmiankowanych jednostek stanowią to, co nazywamy *chorobą*.

Stósownie do tego jak wspomnione zaburżenia powstały w większéj lub mniejszéj ilości elementów anatomicznych, stósownie do większéj lub mniejszéj godności ostatnich, czyli, co na jedno wychodzi, stósownie do tego jak elementa te więcéj lub mniéj rozległe mają stosunki z innémi elementami organizmu, im większą lub mniejszą w ostatku sama natura zaburżenia posiada zdolność udzielania się innym elementom, tém choroba jest więcéj lub mniéj niebezpieczną dla organizmu. Jak niepodobna pojąć życia bez materjalnéj jego podstawy, tak też niezdołamy wyobrazić sobie pomienionych zaburżeń bez towarzyszenia im materjalnych zmian we wzmiankowanych ogniskach życia. Zmiany te musimy przypuszczać nawet i w takich razach, gdy ich zmysłami naszemi dostrzedz niejesteśmy w stanie. Otóż PP. jak summa w mowie będących zaburżeń stanowi przedmiot patologji, tak znowu summa nierozdzielnych z niemi zmian materjalnych należy głównie do anatomji patologicznéj. Im dokładniéj zbadane są ostatnie, tem zrozumialszemi dla nas stają się pierwsze. Sądzę PP. że teraz wyraźniéj się PP. przedstawia stosunek anat. pat. do patologji. Sądzę PP. że cały powyższy wywód dostatecznie usprawiedliwił z góry orzeczone założenie, iż anat. pat. tak się ma do patologii, jak anat. fizjolog. do fizjologii.

Bez anatomii patologicznéj patologja musiałaby pozostać przykutą do stanowiska fenomenologicznego, t. j. pozostać po prostu opisem pewnych grup w niepojęty sposób, częstokroć nawet przypadkowo związanych z sobą objawów chorobnych, grup zatem nieskończoną ilość odmian przedstawiających. Jak niezadowolniejącém musiało być to stano-

wisko, najlepszym dowodem jest nieustanne dążenie patologów do zdobycia innego, wymaganiom naszego umysłu bardziéj zadość czyniącego stanowiska genetycznego. Jakąż drogą szli patologowie do tego celu w czasach, że się tak wyrażę przed-anatomo-patologicznych?

Otóż panowie szli oni nie drogą, ale bezdrożami, wpadając w jedną z dwóch ostateczności, albo puszczając wodze wyobraźni, ożywiali powyższe grupy za pomocą nadprzyrodzonych, niekiedy nawet usobnionych potęg, jak naprzykład Archeusz (van Helmont), dusza (anima structrix-Stahl), spiritus rector i t. p.; albo też bezwzględnie stósując do organizmu naszego prawa fizyki i chemii robili go zarówno w czasie zdrowia jak choroby polem najgrubszych czynności bądź mechanicznych, bądź chemicznych. Pierwsi znani są w hisotrji medycznéj pod nazwą spiritualistów z różnemi odcieniami, jak vitaliści, animisci i t. p., drudzy zaś, materjalistów także z różnemi odmianami, jak np. jatrochemicy, jatromechanicy, jatromatematycy i t. p. Jaka ztąd ilość powstała teorji i jaka ich wartość naukowa łatwo się PP. domyślicie. Powaga twórcy każdéj takiéj teorji starczyła za wszystko, ilość ślepo jéj hołdujących zwolenników była jedynym probierczym kamieniem wartości każdéj. Wpadanie z jednéj ostateczności w drugą było w owych czasach zjawiskiem w patologii wcale nierzadkiém. Dopiero przez anat. patol., stała się patologja nauką tak dobrze ścisłą jak i inne nauki przyrodnicze, pozyskała bowiem podstawę faktyczną i oparła się na świadectwie zmysłów. Jéj to zawdzięcza patologja tę prawdę, że jednakie na pozór grupy chorobnych przypadłości znane w kadrach nosologicznych pod pewnemi nazwami jak np. phthysis, hemiplegia, paraplegia, icterus, hydrops, febris nervosa i t. p. odpowiadają (każda z nich) najprzeróżniejszym zmianom anatomicznym, a więc w żaden sposób za jedne i też same choroby w każdym wypadku uważane być nie mogą.

Anatomia więc patologiczna wskazała patologii potrzebę dochodzenia za życia tych różnych zmian anatomicznych, była zatem jednym z najpotężniejszych bodźców do rozszerzenia granic metody tak zwanéj fizycznéj rozpoznawania chorób, metody, która obecnie takiém się cieszy powodzeniem i taką ścisłością odznacza. Wyrugo-

wanie w ostatku z patologji pojęć ontologicznych i teleologicznych, tego zabytku, że tak powiem mytologicznego jej okresu, téj fałszywéj monety w naukowéj naszéj skarbowości, winniśmy także anatomii patologicznéj.

Nie możemy PP. pominąć z drugiéj strony tych korzyści jakie odniosła anatomja patologiczna z tak ścisłego związku z patologiją. Aby godnie odpowiedzieć stanowisku, na które sama siła wypadków ją popychała, anatomja patologiczna zawczasu pojęła, że nie wypada jéj poprzestawać na martwym opisie zmian anatomicznych, że do niéj należy także zbadanie całego przebiegu tych zmian od najpierwszego ich zawiązku aż do ostatnich zejść ich możebnych, jak niemniéj dochodzenie zależności jednych od drugich, że w ostatku bez nieustannego względu na towarzyszące im objawy chorobne, pozostanie ona zawsze literą martwą, niemającą żadnego praktycznego zastósowania.

Co się tyczy ostatniego, potém cośmy powiedzieli o stosunku anat pat. do patologji, zdawałoby się rzeczą zbyteczną dowodzić ważności tego zastósowania, gdyby nie to nieporozumienie, które niestety dotychczas istnieje w praktycznym obozie lekarskim, a skutkiem którego niekiedy i takie daje się napotykać zdanie, iż trafność a więc i skuteczność postępowania lekarza przy łóżku chorego nie tyle zależy od nauki (która bez anat. pat. jest niemożebną), ale od tego że tak powiem intuicyjnego, długoletniém doświadczeniem wyrobionego, a poczęści i wrodzonego poglądu na chorobę, jak również od sposobu wzięcia się i do choroby i do chorego, który powszechnie nazywają taktem lekarskim. Na cóż więc lekarzowi praktycznemu może się przydać anat. patol? Intuicja usunie przed nim wątpliwości diagnostyczne, t a k z a ś przeprowadzi go przez szkopuły terapeutyczne. Bardzo pięknie! Szkoda tylko, że właśnie ta sama anat. pat. tyle razy zadała fałsz téj sławionéj intuicji lekarskiéj i tak nielitościwie odarła z uroku wszystkich natchnionych lekarzy. Co się tyczy owego głoszonego taktu lekarskiego, ten skoro na nauce i miłości bliźniego nie jest oparty, w języku ludzi uczciwych zowie się po prostu kuglarstwem.

Poszukajmy więc trwalszéj podstawy naszych działań na polu medyczno-praktyczném.

Jednym jak wiadomo z najważniejszych celów tych działań,

jest przywrócenie w chorym naszym organizmie stosunków prawidłowych, zaburżeniami chorobnemi zakłuconych. Pierwsze zatem pytanie, jakie sobie lekarz przy łóżku każdego chorego zadawać powinien, jest następujące: w jaki sposób i jak dalece tylkoco wzmiankowane stosunki zakłóconemi zostały? Bez odpowiedzi na nie ani kroku naprzód ze świadomością postąpić niepodobna. Jakkolwiek bowiem nasza terapia tak uprzednio była, jak i obecnie jest jeszcze po największéj części li tylko empiryczną, nie do takiego wszakże stopnia, aby racjonalniejsi lekarze niestósowali swoich przepisów do odpowiedzi na powyższe pytanie; czyli co na jedno wyjdzie, aby wyobrażenie do patologji odnoszące się, nie oddziaływały na praktykę lekarską. Dosyć jest porównać np. metodę leczenia Browników z metodą Kontrastymulistów i zwolenników szkoły fizjologicznéj (że się tak wyrażę Broussaisistów) i t. p., żeby się przekonać o sprawiedliwości tego cośmy powiedzieli.

Nikt znowu nie zaprzeczy, że anatomia patologiczna z gruntu przetworzyła ostatniemi czasy patologią. Żadnemu racjonalnemu lekarzowi przez myśl już teraz nie przejdzie, ażeby można było zdać sobie sprawę z zaburżeń chorobnych bez uwzględnienia danych anatomo-patologicznych. Z nowemi pojęciami o naturze chorób na tych danych opartémi musiały też koniecznie i nowe powstać wskazania terapeutyczne (indicationes). Widzimy tedy PP. że bez pomocy anatomii patologicznéj, ani choroby dokładnie rozpoznać, ani też jasnych wskazań do pokonania jéj wyrobić nie potrafimy.

Pomimo wszakże tak wielkich usług, jakie anat. pato. w stanie jest oddawać medycynie praktycznéj, żadna może inna z nauk lekarskich do takiego stopnia zapoznawaną przez lekarzy praktycznych nie była, jak właśnie ta sama anat. pat., żadna może inna tak licznych nie ściągała na siebie zarzutów. Nie mówimy już o tych oklepanych, żadnego znaczenia nie mających, jak np. że anatomja patologiczna co najwięcéj może mieć wyobrażenie o samych tylko produktach chorobnych, lecz nie jest w stanie dać nam pojęcia o naturze saméj choroby, albo, jak się wyrażają niektórzy nieco poetyczniejsi praktycy, anat. pat. bawi się oglądaniem pola walki, ale ani o siłach walczących, ani o tém w jaki sposób takowe walczyły najmniejszego wyobra-

żenia dać nam niemoże; niech sobie umarli grzebią umarłych. Nie możemy wszakże pominąć innego daleko poważniejszego zarzutu, jaki robią anatomii patologicznéj; chcemy mówić o skeptycyzmie naukowym i wypływającym zeń nihilizmie terapeutycznym, które uważają za skutki rozwoju anatomji patologicznéj.

Że anatomia pato. silnie zachwiała wiarę w skuteczność mnóstwa takich środków lekarskich, które uprzednio wielkiém cieszyły się powodzeniem, że dowiodła naszéj bezsilności w obec wielu zmian anatomicznych,—to nie podlega najmniejszéj wątpliwości. Ale czyż zatem ma iść koniecznie nihilizm terapeutyczny? Wiadomo jak się zapatrywano na chorobę wówczas, kiedy się nie radzono anatomji patologicznéj. Wspomnieliśmy już, że pewne grupy symptomatów ochrzczono pewnemi nazwami, i na każdą z nich zupełnie empirycznie, opierając się niby na doświadczeniu, zalecano pewne środki. Anatomja pat. dowiodłszy, że jednym i tym samym grupom symptomatów odpowiadają częstokroć bardzo różne zmiany anatomiczne, nie mogła nie wykazać całéj niedorzeczności jednostajnego tych samych grup leczenia.

Weźmy np. wodne puchliny, które dawniéj uważano za odmiany jednéj i téj saméj choroby i w których z niewielkiem wyjątkiem zawsze się uciekano do jednych, i tych samych środków jak; diuretica, drastica, diaphoretica t. j. do pędzących z organizmu wodę różnemi drogami. Anatomia pat. dowiodła, że wodna puchlina jest przypadłością tylko raz chorób i to różnych, płuc, drugi raz serca, trzeci naczyń, czwarty nérek, piąty trzewów brzucha i t. d. Czyż potem nie miała jeszcze racyi uważać za illuzyjną skuteczność powyższéj jednostajnéj kuracyi w tak różnorodnych chorobach używanéj? Toż samo można powiedzieć o tak zwanych: haemiplegia, paraplegia, dysmenorrhoea, i t. p.

Ale czyż anatomia patologiczna doradzała we wszystkich tych cierpieniach *nic nie robić*? — Owszem, nieraz naprowadziła na stósowniejsze wskazanie, a co najmniéj, dowiodła potrzeby nowych, ściślejszych studiów terapeutycznych. Czyż można mieć znowu za złe anatomii patologicznéj, że odkryła nam oczy na naszą bezsilność w obec wielu zmian

anatomicznych? Czyż nawet i w takich razach niezasłużyłaby się ludzkości (*nb.* gdyby była więcéj uwzględnianą przez lekarzy praktycznych), uwalniając ją od tych przedśmiertnych tortur w postaci olbrzymich wezykatorji, zawłók, rozpalonego żelaza, kilku naraz gatunków leków, jeden od drugiego obrzydliwszych i t. p. *heroicznych środków*? Anatomja patologiczna wykazawszy nadto całą niedorzeczność takiego postępowania w obec zaszłych już pewnych zmian anatomicznych, czyż nie odkrywa zarazem nam oczu, że jedynym na takie złe środkiem zaradczym jest zapobieganie, o ile to tylko w naszéj mocy być może, rozwojowi zmian takich? A zatém czyż nie wkłada na nas obowiązku badania przyczyn zmian powyższych i warunków rozwojowi ich sprzyjających, celem właśnie uchronienia ile możności organizmu od tych przyczyn i postawienia go w warunkach dlań przychylniejszych? Jedyna to droga kiedy nie zupełnego zniszczenia złego w samem jego źródle, to przynajmniéj do ujęcia go w pewne karby.

Statystyka lekarska, przyszedłszy w pomoc anatomji patologicznéj udowodniła, że przyczynami i warunkami nie jednéj z takich zmian anatomicznych są po największéj części wady naszych mieszkań tak zbiorowych jak i pojedyńczych, naszéj odzieży, naszych sposobów żywienia się, wady naszego wychowania, naszéj oświaty, naszych stosunków społecznych. Czyż nie jest zatém prawdziwą zasługą anatomji patologicznéj, że z jałowego pola gonitw za niedościgłemi nigdy specyfikami usiłuje sprowadzić lekarza na inne bez porównania żyzniejsze pole hygieny tak publicznéj, jak prywatnéj, uwzględniającéj zarówno potrzeby nasze materjalne, jak i duchowe?!

Rzućmy teraz okiem na dzieje anatomji patologicznéj, przebieżmy tę drogę, po któréj ona powolnie krok za krokiem zdobywała przynależne sobie stanowisko.

Jakkolwiek anat. patol. w bieżącém dopiero stuleciu na godność oddzielnéj nauki wyniesioną została, nie zbywa wszakże na faktach dowodzących, że materjały do niéj od dawna już się gromadziły. Plinjusz np. utrzymuje, że w Egipcie za czasów

Faraonów jeszcze, a więc na kilka wieków przed Galenem otwierano zwłoki ludzkie w celu wyjaśnienia przyczyn i siedliska chorób. Rezultaty tych poszukiwań do nas nie doszły, nie musiały być jednak świetnémi, skoro żadnego niewywarły wpływu na medycynę starożytną.

Erasistratus, jeden z Koryfeuszów szkoły Aleksandryjskiéj, który sam wiele zwłok ludzkich otwierał, usiłuje wprawdzie objaśniać powstanie chorób za pomocą zmian w układzie naczyniowym zachodzących, a więc pierwiastek anatomiczny wprowadza do patologji; źle jednak jéj usługuje, nie tylko przykuwając ją do jednego układu, lecz co bez porównania szkodliwsza, opierając całą patologią na fałszywém przypuszczaniu obecności powietrza w tętnicach i wyprowadzając wszystkie zjawiska chorobne ze zwichniętego stosunku między krwią a powietrzem, albotéż zabłądzeniem tych ciał w niewłaściwe dla nich miejsca. Zresztą ogół lekarzy starożytnych wcale innemu ulegał prądowi.

Rzecz prosta, że owi pierwsi żeglarze po morżu anatomo - patologicznem, o których Plinjusz nadmienia, nie musieli dla współczesnych sprawiać pocieszającego widoku. Bez doświadczenia, z bardzo szczupłemi ówczesnemi wiadomościami anatomicznemi, na każdym kroku, inaczéj być nie mogło, spotykali przeszkody nie do pokonania. Musiano z tego względu powątpiewać nawet o możebności dojścia na téj drodze do jakichbądź rezultatów. Zdrugiéj znowu strony, rozmaite systemata filozoficzne nęciły właśnie łatwością, z jaką objaśniały wszelkie zjawiska natury. Te to właśnie systemata dały początek rozmaitym szkołom medycznym, w których już najmniejszéj nie ma wzmianki o anatomji patologicznéj.

W wiekach średnich, gdy przesądy jednym, przepisy kościoła innym niedozwalały otwierania zwłok ludzkich, oczywiście o anatomji patologicznéj ani mowy być nie mogło. Pierwsze prawem pozwolone autopsije przypadają dopiero na początek 14go wieku. Professor uniwersytetu Bolońskiego, Mondini de Luzzi wykonywa jedną 1306 r., drugą zaś w r. 1315. Opierając się na tych dwóch oględach pośmiertnych pisze kompendium anatamiczne, które aż do 16go wieku cieszy się niezachwianą powagą, a w którem nieliczne wprawdzie i patologiczne zmiany

uwzględnionemi zostały. — Od tego czasu dozwoloném zostało wykonywanie na uniwersytetach od 2—6 razy do roku otwierania zwłok ludzkich. Szczupły to zaiste materjał do wyprowadzenia zeń jakichbądź wniosków anatomo-patologicznych.

Z początkiem 16go wieku umysł ludzki budzi się do samodzielnéj pracy; lekarze zaczynają więcéj ufać naturze jak autorytetom. Anatomowie w prawdzie komentują jeszcze i co najwięcéj odważają się zrazu tylko na dokompletowanie Galena. Nieśmiałość ta wszakże, właściwa zresztą każdemu poczynającemu ruszać się o własnych siłach, trwa niedługo. *Andrzéj Vesal* wiekopomném swém dziełem „de humani corporis fabrica“ w roku 1543 wydaném, a całkowicie z natury napisaném, zadaje cios stanowczy powadze Galena, która przez kilkanaście wieków imponowała światu lekarskiemu. Dzieło to wywołuje namiętną polemikę. Co tylko żyje bierze się do otwierania zwłok ludzkich. Zwolennicy Galena aby zadać fałsz Vesalowi, inni znowu trzeźwiejsi, aby sprawdzić podane przez ostatniego fakta. Badania więc zwłok ludzkich są na porządku dziennym. Anatomja tak zwana fizjologiczna rozwija się z niesłychaną szybkością, przy niéj i patologiczna zaczyna być uwzględnioną tak nawet dalece, że niektórzy i do patologji zaczynają wprowadzać element anatomiczny, t. j. obok objawów chorobnych niezaniedbują wspominać i o zmianach, jakie choroby powodowują w różnych narzędziach naszego organizmu. Daleko pierwéj jeszcze w tym duchu pracował *Antoni Beniveni*; jego „De abditis nonnulis ac mirandis morborum et sanationum causis. Florent. 1506 r.“ było pierwszém dziełem o patologji, na szerszéj podstawie anatomo-patologicznéj spoczywającém.

Jak dalece w szesnastym wieku zaczynają poznawać ważność anatomji patologicznéj świadczą najlepiéj następujące wyrazy przez *Fernela* wyrzeczone: „nunquam ullum plane cognitum penitusque perspectum esse morbum putaverim, nisi compertum habeatur et quasi oculis cernitur, quae in humano corpore sedes primario laboret et quis in ea sit affectus praeter naturam.“ Snać podzielano to zdanie, kiedy tacy mężowie jak Vesal, Colombo, Eustachio, Faloppia, Volcher Koyter, Schenk i wielu innych pilnie notują znajdowane przez się przy otwiera-

niu zwłok zmiany anatomiczne. Wprawdzie w dziwny częstokroć sposób zmiany te tłómaczą, ale czyż przy takiéj nowości spostrzeganych przedmiotów mogło być inaczej?

Nie można jednak nie pożałować tego, że samo fałszywe tłómaczenie tak często znajdowanych w sercu i większych naczyniach skrzepów krwi po największej części po śmierci powstających, w przeciągu prawie całych dwóch wieków (16 i 17) utrzymywało anatomją patologiczną a przez nią i patologją w prawdziwie opłakanym stanie. Okoliczność ta niezawodnie wiele się przyczyniła do zdyskredytowania anatomii patologicznéj u ówczesnych lekarzy praktycznych. I kto wie w coby się był obrócił tylko co zaczynający kiełkować element anatomiczny w patologii, gdyby go był nie zasilił genialny *Harwey* dotykalném, bo na doświadczeniach opartém udowodnieniem krwi obiegu, które jak wiadomo znakomicie ułatwioném zostało poprzedniemi pracami Vesala, Serveta, Cesalpina, Fabricjusza z Akwapendenty i innych. Ten świetny tryumf metody opartéj na obserwacyi i doświadczeniu musiał dodać otuchy jéj zwolennikom, a więc i skrzętnym zbieraczom faktów anatomo-patologicznych, skoro na tem polu spotykamy takich pracawników, jak Fabricius, Hildanus, Tulpius, Th. Bartolin, Willis, Kerkring, Wepfer, Sylvius, Baglivi, Boillou i innych.

Welsch (Sylloge curation et obserwation, med. 1667) i Bonnet (Sepulchretum anatomicum. Geneva 1679) próbują rozproszony po różnych p.smach materjał anatomo-patologiczny zbierać, porządkować i porównywać. Jakkolwiek nie wiele zalet możemy przyznać temu materjałowi pod względem jakości, jakkolwiek w postrzeżeniach w skład jego wchodzących natrafiamy na mnóstwo niedokładności i sądów opacznych; prace atoli wyżéj wymienionych mężów zasługują niezaprzeczenie z tego względu na uznanie, iż w umysłach dzielniejszych wciąż budziły chęć próbowania sił swych na tém polu, a więc tém samém kierunkowi ściśle naukowemu zmarnieć nie dozwoliły.

Dopiero w 18 wieku zaczynamy zbierać owoce tych usiłowań szlachetnych. Pominąwszy Lancisi'ego (de subitaneis mortibus libri duo 1707), Albinos'a (de anatome errores detegente in medicina 1723), Vater'a (de anatomes utilitate in eruendis causis occultis morborum, vel mortis subitaneae 1723),

Senac'a (Fasciculus observationum medico-chirurgicarum), którzy na wzór poprzedników wzbogacają jeszcze tylko kasuistykę anatomo-patologiczną, albo się zajmują rozstrzyganiem ze stanowiska anatomicznego pewnych tylko kwestyi, jak np. Lancisi, który pracuje nad wykryciem przyczyny nagłych śmierci, przechodzimy do Jana Chrzciciela *Morgagniego* słynnego professora anatomji w Uniwersytecie Padewskim, który przy końcu swéj karjery naukowéj, w 79 roku życia wydaje monumentalne dzieło anatomii patologicznéj. „De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis 1761", stanowiące epokę w naszéj nauce.

Morgagni osnuł to dzieło na olbrzymim materjale tak przez siebie samego w ciągu długoletniego zawodu swego nauczycielskiego i naukowego uzbieranym, jakoteż przez przyjaciół, uczniów i licznych swych wielbicieli sobie udzielonym, nadto spożytkował ważniejszą kasuistykę swoich poprzedników, przedewszystkiem zaś dużo korzystał z „Sepulchretum anatomicum Bonnet'a. Opierając się właśnie na tym imponującym materjale, Morgagni usiłował chorobom tak jak je wówczas pojmowano, t. j. pewnym grupom symptomatów dać podstawę anatomiczną, czyli, co na jedno wychodzi wykryć związek między zmianami anatomicznemi i wzmiankowanemi grupami symptomatów.

Kiedy więc poprzednicy znakomitego anatoma Padewskiego co najwięcéj odważają się tylko na tłumaczenie związku między zmianami anatomicznemi a objawami chorobnemi w każdym danym pojedynczym wypadku, Margagni kusi się o ugruntowanie całéj patologii szczegółowéj na anatomji patologicznéj. Znakomity ten anatom dał dowody niesłychanéj cierpliwości, wytrwałości, przenikliwości umysłu, bezstronności sądu w przeprowadzeniu swéj idei. Główna wszakże zasługa jego dla anatomji patologicznéj przedewszystkiem na tém zależy, że usiłował oznaczyć różnicę między stanem prawidłowym i nieprawidłowym każdego narzędzia. Wiadomo zaś jak dużo pod tym względem było wątpliwości w owym czasie. Wpływ jednak Morgagni'ego na współczesną medycynę był bardzo niewielki. Ontologizm symptomatyczny utrzymywał się nadal w patologii pomimo to, że prace anatoma Padewskiego jasno po-

kazywały, iż mu nieodpowiada ontologizm anatomiczny; owszem przekonywały na każdym kroku, że jednym i tym samym przypadłościom częstokroć bardzo różne odpowiadają zmiany anatomiczne. Może nawet właśnie ta okoliczność, u ówczesnych lekarzy nawykłych do zapatrywania się na choroby ze stanowiska ontologiczno-symptomatycznego, odbierała urok pracom Morgagni'ego.

Nie godzi się nam pominąć tu dzieła *Lietaud'a*, które się ukazało w Paryżu w r. 1764, pod nazwiskiem „historia anatomico-medica". Praca ta jako kompilacja niezasługiwałaby na wzmiankę, gdyby nie ta okoliczność, że w niéj po raz pierwszy opisy zmian anatomicznych, jakkolwiek ze znanéj już kazuistyki Bonnet'a, a po części i Morgagni'ego wyjęte, w anatomicznym porządku, podług narzędzi naszego organizmu dokonanemi zostały, a więc w ten sposób, jakiego się zwykli trzymać wszyscy późniejsi autorowie traktujący o anatomji patologicznéj.

Ludwig'owi należy się zasługa, że w swoich „primae lineae anatomiae patologicae (Lipsk 1785)" po raz pierwszy występuje z ogólnym opisem zmian anatomicznych w narzędziach naszego organizmu napotykanych, t. j. opis ten nie jest już kopią z pojedyńczych wypadków zdjętą, jak to dotąd zwykło miewać miejsce, lecz abstrakcją, na którą wiele mniéj więcéj podobnych do siebie wypadków składać się musiało. W ślady Ludwig'a w krótce wstępują Boillie (The morbid anatomy of some of the mort important parts of the human body. London 1793), który nadto wydaje w r. 1799 pierwszy atlas anatomo-patologiczny, i Conradi (Handbuch der pathologischen Anatomie. Hannower 1796).—

Bez porównania większego dla anatomii patologicznéj znaczenia od tylkoco przytoczonych dzieł, po największéj części kompilowanych, były samodzielne prace Huntera, Sandifort'a a po części i Portala, które jakkolwiek nie obejmowały całego naszego przedmiotu, na pojedyncze wszakże jego części wielkie rzucały światło.

Pomimo jednak to wszystko, anatomja patologiczna w 18 wieku prawie żadnego nie wywierała jeszcze wpływu ani na patologją, ani na medycynę praktyczną. Tak ta jak tamta

zostają jeszcze na łasce rozmaitych systemów teoretycznych bądź humoralnych, bądź solidarnych lub witalistycznych i t. p. dzielących lekarzy na tyleż walczących z sobą obozów.

Tymczasem francuzka szkoła chirurgiczna, złożona po największéj części z uczniów Dessault'a, za przykładem niezrównanego swego mistrza wzgardziwszy jałową szermierką teoretyczną, opiera się silnie na anatomji i fizjologji i przykładem swym nowy nadaje popęd całéj medycynie. Największy w owym czasie wpływ wywiera na nią znakomity uczeń i przyjaciel Dessault'a, na początku niedługiéj lecz świetnéj swéj karjery także chirurg, Xawery *Bichat*. Jego anatomja ogólna z gruntu przekształca całą patologją i nowy nadaje popęd anatomji patologicznéj, która dzięki duchowi, jaki weń tchnął Bichat staje się odtąd podstawą nietylko patologji, lecz i medycyny klinicznéj, zwłaszcza od czasu, jak genjalny Laennec pracami swemi wykazał, jak wielkie korzyści w stanie jest anatomja patologiczna zapewnić ostatniéj.

Laennec daje początek we Francji tak zwanéj szkole anatomo - patologicznéj, która zwalczywszy inną tak zwaną fizjologiczną, przez Broussais'go utworzoną, dotychczas przeważne zajmuje stanowisko w medycynie francuzkiéj. Koryfeuszami téj szkoły byli: Andral, Louis, Cruveillhier, Rayer, Piorry i t. d. Jednocześnie w Anglji pracują nad anatomją patologiczną, jako podstawą patologji: Abernethy, Crowford, Ch. Bell i inni.

Inaczéj się dzieje na początku tego stulecia w Niemczech. Tu lekarze powszechnie się znajdują pod wpływem filozofii naturalnéj (Noturphilosophie) Schellinga, cieszącéj się w owych czasach niezmiernem powodzeniem. I wpływ ten nikogo tu bynajmniej nie razi; od czasu, jak bezwzględne stósowanie praw chemicznych i mechanicznych do objaśnienia objawów życia przestało zadowalniać, a przyznanie pewnéj właściwości wzmiankowanym objawom stało się powszechném, od tego czasu powtarzam, Niemcy wyrzekają się, że tak powiem zmysłów, wierzą tylko w potęgę swego umysłu (Vernunft). Animiści, neuryści, Browniści, zwolennicy teorji na źle zrozumianej drażliwości Hallera opartéj (Erregungsteoretiker), vitaliści, przygotowali wybornie grunt dla filozofów naturalnych.

O nowym w medycynie ruchu anatomo - patologicznym odbywającym się we Francji i Anglji albo niewiedzą, albo też z politowaniem nań poglądają. Na ludzi oddających się badaniu szczegółów w celu dojścia do ogólniejszych wniosków patrzą jak na tych, co usiłują z ziarnek piasku wszechświat zbudować. Kwestje medyczne rozstrzygają się a priori w duchu filozofii naturalnéj. Samo się przez się rozumie, że wśród takiego nastroju umysłów o anatomji patologicznéj nikt ani słyszéć niechciał. W saméj zresztą anatomji patologicznéj, reprezentowanéj w owych czasach w Niemczech przez Conradi'ego, Voigtl'a, Meckel'ów, Otto etc. panuje skłonność do nadzwyczajności. Potwory (monstra) przedewszystkiem ją zajmują.

Dopiero jak pod cieniem filozofii naturalnéj zaczęły wyrastać takie dziwolągi, jak mesmeryzm, cranioscopia, homeopatja i t. p. i w Niemczech nareszcie poczuto potrzebę oparcia się na twardym gruncie.

Schönlein pierwszy w Niemczech zaczyna na szerszą skalę stosować anatomię patologiczną do patologji. Wystąpiwszy w r. 1820 na widownię naukową jako prof. kliniki w Uniwersytecie Würzburskim, wywiera wpływ ogromny na młodzież uczącą się. Czuć wszakże wychowańca szkoły naturalno-filozoficznéj, która i na anatomii patologicznéj piętno swe wycisnęła. I tak np. Schönlein nie uważał zmian anatomicznych za proste następstwo stanu poprzedniego, lecz za coś od organizmu całkiem odrębnego, coś niby ciało choroby stanowiącego. Wolnym już jest zupełnie od tego zarzutu *Hasse*, który za pomocą swojéj anatomji patologicznéj narządów krwionośnego i oddechowego, choć w części obznajmia Niemców z kierunkiem anatomo-patologicznym szkoły Paryzkiéj.

Wszystko to jednak blednie w obec reformacyjnego wpływu na medycynę niemiecką *Karola Rokitanskyego*. Obznajmiony dokładnie z pracami Francuzów i Anglików, dotyczącemi anatomii patologicznéj, wsparty kolossalném własném doświadczeniem, w olbrzymim materjale trupiarni Wiedeńskiego szpitala ogólnego (allgemeines Krankenhaus) czerpaném, obdarzony nadto od natury niepospolitą bystrością umysłu, Rokitansky stawia anatomię patologiczną na tym stopniu doskonałości, na jakim

ją przedtem nigdy nie widziano. Nie było żadnéj ważniejszéj zmiany anatomicznéj, któréjby pojęcie pod jakimkolwiekbądź względem przezeń rozszerzoném nie zostało.

Główna zasługa Rokitanskyego na tém zależy, że nie poprzestawał nigdy na martwym opisie wzmiankowanych zmian anatomicznych; owszem zawsze miał na celu zbadanie całego ich przebiegu, zacząwszy od samego zawiązku skończywszy na wszystkich możebnych zejściach takowych. Mało tego, Rokitansky nigdy nie spuszczał z oka żywego organizmu, t. j. całego szeregu objawów chorobnych różnym fazom pomienionych zmian towarzyszących i związku między jednemi i drugiemi. Jedném słowém, anatomja patologiczna pod tchnieniem genjusza znakomitego Professora Wiedeńskiego zamieniła się na patologją anatomiczną. Niemożna wszakże niepożałować, że Rokitansky w dochodzeniu przyczyn zmian miejscowych zanadto puszczał wodze plastycznéj swéj wyobraźni. Pomienione zmiany uważał on po największéj części za umiejscowienie tylko (localisatio) innych zmian daleko ogólniejszych, bo w składowych częściach krwi zachodzących. Zmiany ostatnie nazywał zakażeniami (crasis).

Wyobrażenie o rozmaitych krazach Rokitańsky opierał głównie na badaniach składu krwi w różnych chorobach przez Andral'a i Gavarret'a dokonanych, jak również na fizycznych własnościach skrzepów krwi znajdywanych w sercu i większych naczyniach, lub otrzymywanych po upustach. Nomenklatury zaś krazeologicznéj pożyczył od znakomitego w swoim czasie chemika Berlińskiego Simona.

Powstawaniu kraz podług Rokitanskyego miały pośredniczyć rozmaite warunki tak indywidualne, jak hygieniczno-dyetyczne i telluryczno-kozmiczne. Każda taka kraza za pośrednictwem przekrwienia (hyperaemia) i wysięków (exsudatio) miała dawać początek chorobnym blastemom, które stosownie do swéj natury w rozmaity się sposób organizowały, lubteż rozpadały. Rokitańsky krazeologiczną swą werwę posunął do takiego stopnia, że nawet i w takich razach, w których miejscowe li tylko znaczenie procesu patologicznego zdawało się niepodpadać najmniejszéj wątpliwości, przypuszczał pośrednictwo krazy miejscowéj, t. j. skutkiem zmiany miejscowych wa-

runków odżywiania powstającéj.— Tak tedy dzięki krazeologji przez szkołę anatomo-patologiczną w miejsce dawniejszego ontologizmu symptomatycznego, który jak wiadomo uległ pod razami szkoły fizjologicznéj, ontologizm anatomiczny doszedł w patologii do kulminacyjnego punktu swego rozwoju.

Kiedy Wiedeńska szkoła coraz większego nabywa rozgłosu i coraz większą ilość jedna sobie zwolenników, w innéj stronie Niemiec gromadzą się powoli materjały do nowéj reformy wyobrażeń medycznych. Materjałów tych dostarczają po największéj części uczniowie znakomitego fizjologa Berlińskiego Joh: Müllera, który nie spuszcza z oka i innych gałęzi wiedzy lekarskiéj, a tak jest przejęty solidarnością ich z fizjologją, że z téj ostatniéj wciąż do nich robi wycieczki, i jakiéj tylko dotknie, każdą wprowadza na nową drogę badań, stósując do każdéj ściśle naukową swą metodę doświadczalną, która zostaje wzorem dla późniejszych na tém polu badaczów. Największe atoli dla anatomji patologicznéj owoce wydały prace Müllera około histologji mikroskopowéj podjęte. Jego „de glandularum secernentium structura penitiori (1830) „wprowadza metodę do badań mikroskopowych nad histologją fizjologiczną, metodę za pomocą któréj niedługo *Schwann* doszedł do wykrycia téj stanowiącéj epokę w histologji zwierzęcéj prawdy, że nie tylko rośliny (jak tego już był dowiódł Schleiden) lecz że i zwierzęta wraz ze wszystkiemi swemi narzędziami powstają z komórek. Druga znowu praca Müllera p. n. „Über den feineren Bau der krankhaften Geschwülste (1838)“ staje się węgielnym kamieniem histologji patologicznéj, rzuca mnóstwo nowych kwestyi, pobudza do nowych badań.

Tymczasem prace Reicherta, Köllikera i Remaka zadają cios stanowczy Schwannowskiéj teoryi dobrowolnego powstawania (generatio aequivoca, spontanea) zapłodkowych komórek z tak zwanéj cytoblastemy; natomiast wykazują dowodnie, że rozwój i wzrost każdego nowego organizmu zawisł od podziału przegzystujących komórek na nowe komórki, których pierwszym punktem wyjścia było jaje, a więc także komórka.

Tym sposobem aforyzm „omnis cellula a cellula“ został uzasadnionym dla fizjologicznego rozwoju organizmów. W patolo-

gicznych atoli procesach przez pewien czas utrzymuje się jeszcze zasada spontanicznego powstawania komórek z patologicznych blastem, szczególnie przez szkołę Wiedeńską popierana. Zasada ta nadająca pewną odrębność patologicznym procesom była ostatnią podporą anatomo-patologicznego ontologizmu w medycynie, do obalenia którego najwięcéj się przyczynił ostatniemi czasy swemi pracami *Rudolf Virchow* także uczeń J. Müllera, a obecnie Professor anatomji patologicznéj i ogólnéj patologji w Uniwersytecie Berlińskim.

Nie tu miejsce wyliczania wszystkich zasług tego niezmordowanego na polu anatomji patologicznéj pracownika. Nie podobna kilku ogólnikami dać PP. wyobrażenie o prawdziwie zdumiewającéj działalności tego genialnego badacza. W ciągu mego wykładu będę się starał obznajmić PP. z ważniejszemi rezultatami prac jego. Tu nadmienię tylko, że udowodnienie przez Virchow'a obecności komórkowatych elementów w zupełnie już rozwiniętych i stósownie do różnego przeznaczenia rozmaicie wykształconych tkankach łącznych, dało możność rozciągnięcia wyżéj przytoczonego aforyzmu „omnis cellula a cellula“ i na histologją patologiczną. Od tego aforyzmu do zniesienia odrębności (specyficzności) komórek patologicznych, a następnie i tkanek patologicznych, odrębności, która się jeszcze czas jakiś poza gruzełkiem i rakiem ukrywała, już tylko jeden krok pozostawał. Tak runął dzięki histologji patologicznéj ostatni filar ontologizmu patologicznego.

Dzięki téjże histologji, która będzie szczególnym przedmiotem naszego wykładu, cała, rzec można, patologija ogólna uległa zupełnemu przeobrażeniu. Z krazeologii wiedeńskiéj kamień na kamieniu nie pozostał. Sam Rokitansky jeden z pierwszych od niéj się odwrócił. Te wszechwładne przed niedawnemi jeszcze czasy w patologji wysięki do bardzo podrzędnéj sprowadzone roli, w wielu miejscach zupełnie zaprzeczone. Dyskrazyie po największéj części z przyczyn zeszły na skutki miejscowych zaburzeń. Nerwom i naczyniom, téj arystokracyi naszego organizmu dowiedziono, że nie wszystko przez nie i dla nich się dzieje. Natomiast podniesiono do godności obywatelstwa tę zapoznaną młodszą bracię, te miryjady komórek, które się składają na u-

trzymanie całości życia i zaburżenia w czynnościach których, dają początek chorobom.

Oto PP. po krótce dzieje i współczesne stanowisko téj nauki, z ogólnemi zasadami któréj będę miał zaszczyt obznajamiać panów. Nie wątpię, że dołożycie PP. wszelkich starań do pokonania trudności, jakie towarzyszą nabywaniu każdéj nauki, a nie dopieroż takiéj, jak anatomja patologiczna. Nie wątpię także, że ułatwicie mi PP. zawiązanie z wami tego serdecznego stosunku, który wspólną naszą pracę łatwiejszą, przyjemniejszą i pożyteczniejszą uczyni.— Dixi.

Czynności Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego,

z dnia 1 kwietnia 1862 roku.

(Prezes Dr Kulesza).

Po odczytaniu i przyjęciu protokułu z poprzedzającego posiedzenia;

Prezes powitał pierwszy raz obecnego nowego Członka Towarzystwa, P. Markusfelda.

P. *Konitz* odczytał obszerne i nader pochlebne sprawozdanie, pełne z własnego doświadczenia czerpanych uwag, o książce prof. *Tyrchowskiego* p. n. „Rys położnictwa praktycznego. Kraków 1861.“ i poparty przez dwóch innych kolegów, proponował autora na członka Towarzystwa.

P. *Natanson* okazał próbkę mchu zwanego *Pengarward Jamby* czyli *Lichen pixidatus*, z dobrym skutkiem używanego jako środek miejscowy przeciwko krwotokom.

P. *Łuczkiewicz*, przedstawiwszy egzemplarz pierwszego tegorocznego poszytu *Pamiętnika Towarzystwa*, wspomniał o przeszkodach, na jakie napotyka wydawnictwo ze strony drukarni.

Następnie odczytał kollega Ł. sprawozdanie z 3ch przykładów chorób nerwowych, wyleczonych przez pana *Levittoux* za pomocą przypiekań żelazem rozpaloném, których opis autor nadesłał Towarzystwu.

Przedmiotem pierwszego przykładu była 11 letnia dziewczyna, dotknięta od 8 tygodni bólem w stawie biodrowym, który ustąpił raz na zawsze bo przypieczeniu żelazem do białości rozpalonem miejsc przebiegu nerwu biodrowego i części ucha *helix*. W przypadku tym, nie widzianym dotąd, według autora, objawem był krzyk przeraźliwy, punkt ½ godziny trwający, dwanaście razy dziennie powtarzający się, „z najgłębszych wnętrzności pochodzący“, któryto objaw, zdaniem sprawozdawcy, nie tak zbyt wielkiéj wagi jest dla lekarza.

Choroba w drugim przypadku polegała na bólu i zawrocie głowy wraz z szumem w uszach i osłabieniem hemiplegicznem, od 6 lat trwającém, obok nienaruszonych władz umysłowych, któryto zbiór objawów, uważając autor za *neuralgią ogólną*, postanowił znieść przy pomocy przypieczenia żelazem miejsc głównych pni nerwowych od stóp do głowy. Powtórzywszy w tygodniu dwa razy operację, wyleczył autor chorego zupełnie i stanowczo na zawsze (4 miesiące temu). Zdaniem sprawozdawcy, z krótkiego podania symptomatów nie podobna wyszukać zasady, którąby w tym przypadku upoważniła lekarza do rozpoznania neuralgii ogólnéj, znane są bowiem rozmaite sprawy chorobowe, które podobny zbiór objawów powodować są w stanie. Dobroczynny skutek mnogiego przypiekania nie może także, co najmniéj, dowodzić prawdziwości rozpoznania.

Trzecie nakoniec cierpienie było natury *hysterycznéj semi-epileptyczne*, z rzucaniem ciała nakształt ruchów przy spółkowaniu, objawiające się u 15-letniéj dziewicy, bez żadnych materjalnych zmian.

W ogóle sprawozd. był zdania, że o ile wypadki te z jednéj strony rzeczywiście godne są uwagi i pamięci lekarzy goniących za rzadkością i nadzwyczajnością używanych do leczenia środków, o ile z resztą w saméj rzeczy pomyślne i tak nagłe ustąpienie choroby, kolegów do użycia tego środka (istotnie bardziéj strasznego, aniżeli dokuczliwego) zachęcać powinno, o tyle znowu z drugiéj strony symptomatologja tych wypadków nie przedstawia nic tak strasznie zadziwiającego i całkiem dotychczas jeszcze nieznanego w

dziejach nauki lekarskiéj, jak to przekonać nas zamierza autor, nazywając przypadki te *białemi krukami*.

W końcu wniósł sprawozd., iżby postrzeżenia te ogłoszono w Pamiętniku, nadmienił jednak, iż zewnętrzna forma opisu tych obserwacyi nie zupełnie licuje z prawdziwie naukową, wierną, skromną obserwacyą.

P. *Bącewicz* nadmienił, że w pierwszym z przypadków opisanych przez p. Levittoux sam pierwéj jeszcze radził użycie żelaża rozpalonego.

P. *Chwat* zwrócił rwagę na szkodliwość przytoczonego użycia *ferri candentis*, jakie się czasami praktykuje.

P. *Szokalski* przypomniał, że przyżeganie uszka w bólu nerwowym biodrowym nie od dzisiaj jest używane.

P. *Natanson* nadmienił, że kol. Koehler przed kilkoma laty opisywał wypadki tego rodzaju newralgij, leczonych przez niego (Dra K.) przez przypiekanie ucha.

Wreście Towarzystwo większością głosów członków obecnych oświadczyło się za złożeniem rozprawy p. Lewittoux do archiwum.

P. *Karpiński* pokazał świetne zjawisko palenia się druciku z metalu magnezynu w płomieniu świecy, przezco tenże płomień nabrał brylantowego blasku. Następnie przedstawił p. Karpiński piękne kryształki pyrofosforanu żelaza połączonego z cytrynianem amonii; tym sposobem udało się panu K. uczynić pyrofosforan żelaza rozpuszczalnym, a otrzymany przetwór nie przedstawia tych niedogodności, co pyrofosforan żelaza i sody, który tylko w stanie wilgotnym może być użyty.

W końcu posiedzenia p. *Sciborowski* odczytał opis przypadku chirurgicznego leczonego przezeń w Szpitalu Willanowskim. W przypadku tym, z powodu zmiażdżenia goleni (prawéj) przez sieczkarnię, odjął kol. Sciborowski kończynę na kilka cali poniżéj stawu kolanowego. Przypadek ten, który w przebiegu swoim przedstawiał nie mało niepomyślnych komplikacyi, jako to szczękościsk, zapalenie stawu kolanowego i przypadłosci ropnicy, zakończył się jednak szczęśliwie.

P. *Helbich* był zdania, iż wielu tych złych przypadłosci byłobyły się uniknęło, amputując wyżéj.

Koll. Sciborowski odpowiada K. Helbichowi, że robiąc amputacyę poniżéj kolana, miał zamiar przez zachowanie stawu kolanowego ułatwić choremu chodzenie bez kuli, co u wyrobnika wielkiéj jest wagi.

W rozprawach które się jeszcze z powodu tego przypadku toczyły, wzięli nadto udział pp. *Bącewicz*, *Natanson*, *Janikowski* (Andrzéj) i *Rosenblum*.

O AKOMODACYI PRAWIDŁOWEJ,
PRZESTRZENI AKOMODACYJNÉJ
I JÉJ WYMIERZENIU.

(*Dokończenie*).

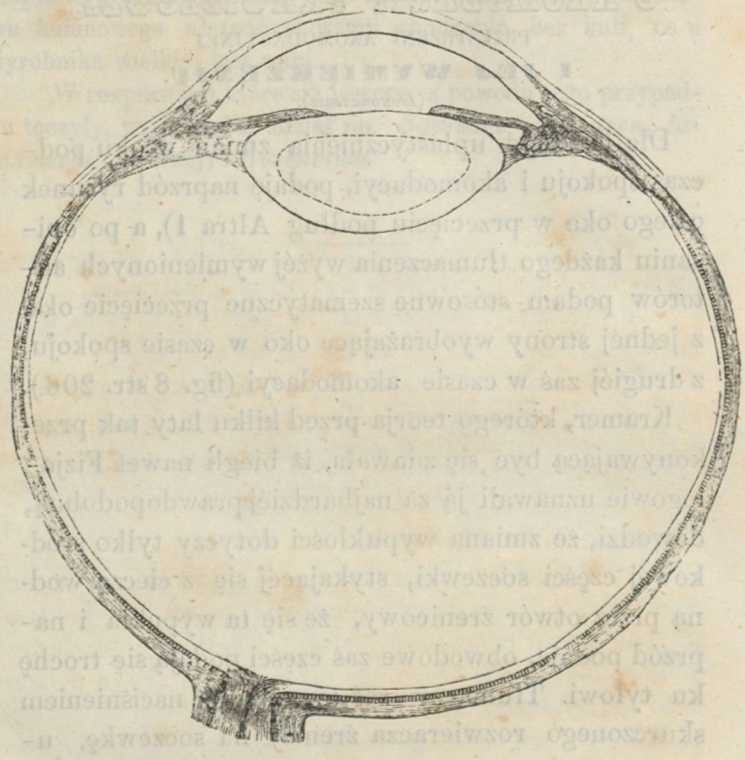
Dla lepszego uplastycznienia zmian w oku podczas spokoju i akomodacyi, podaję naprzód rysunek całego oka w przecięciu podług Altra 1), a po opisaniu każdego tłumaczenia wyżéj wymienionych autorów podam stósowne szematyczne przecięcie oka, z jednéj strony wyobrażające oko w czasie spokoju, z drugiéj zaś w czasie akomodacyi (fig. 8 str. 206).

Kramer, którego teorja przed kilku laty tak przekonywającą być się zdawała, iż biegli nawet Fizjologowie uznawali ją za najbardziéj prawdopodobną, dowodzi, że zmiana wypukłości dotyczy tylko środkowéj części soczewki, stykającéj się z cieczą wodną przez otwór źrenicowy, że się ta wypukla i naprzód podaje, obwodowe zaś części podają się trochę ku tyłowi. Tłumaczy zaś tę zmianę naciśnieniem skurczonego rozwieracza źrenicy na soczewkę, utrzymaną w swém miejscu przez mięśień Brückego kurczący się współcześnie z tęczą. Zdanie to opiera na anatomji opisowéj oka i experymentach fizjologicznych.

Najprzód tedy dowodzi, iż komórka tylna nie istnieje wcale i że tęcza przylegając wszędzie do torebki przedniéj soczewkowéj, w czasie spokoju oka ma tęż samą wypukłość co i soczewka. Dowodze-

1) Arch. f. Ophtalm. Bd. III 2. tab. 1

fig. 8.



nie to opiera na anatomicznych preparatach oczu, które wprzód gipsem oblepione, zamrażał, rozcinał, a następnie odtapiał; uważając te metodę za najlepszą do zbadania objętości komórek oka przedniéj i tylnéj, oraz tego co one zawierają.

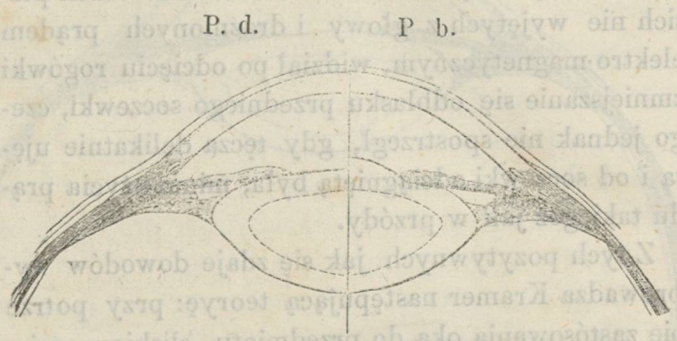
Experymenta robił Kramer następujące: w oku psa morskiego świeżo wydobytém odcinał tylne nieprzezroczyste błony, kładł potem to oko pod mikroskop i przez nie na lusterku obserwował rysunek powstały od płomienia lampy w znacznéj odległości umieszczonéj. Rysunek ten rozszerzał się i tracił wyraźne zarysy, mimoto iż źrenica się zwężała, gdy przez oko puszczony był prąd elektro-magne-

tyczny, przecinał następnie tęczę przez całą jéj szerokość, a za powtórnem użyciem tegoż prądu, żadnéj zmiany w rysunku nie widział. Na oczach ptasich nie wyjętych z głowy i drażnionych prądem elektro-magnetycznym, widział po odcięciu rogówki zmniejszanie się odblasku przedniego soczewki, czego jednak nie spostrzegł, gdy tęcza delikatnie ujętą i od soczewki odciągniętą była, mimo użycia prądu takiegoż jak w przódy.

Z tych pozytywnych jak się zdaje dowodów wyprowadza Kramer następującą teoryę: przy potrzebie zastósowania oka do przedmiotu bliskiego, ściągają się współcześnie mięśnie tęczy i mięsień Brückego, źrenica się zwęża, przez to rozwieracz źrenicy dostaje dwa punkta stałe przy obu swych przyczepieniach i kurcząc się naciska bezpośrednio z nim stykającą się soczewkę. Części soczewki naciśnięte usuwają się w tył, część pozostała środkowa pod wpływem nacisku na obwód wypukla się i podaje na przód. Miejsce dla téj wypuklonéj części powstaje przez powiększenie się głębokości komórki przedniéj, ponieważ tęcza pierwiéj wypukła, spłaszczyła się przez skurczenie. Mięsień Brückego w całéj téj akcyi zupełnie bierną gra rolę, bo według Kramera, posiadając punkt stały przy rogówce ciągnie tylko naprzód obwódkę Zinna i nie pozwala soczewce usunąć się w tył przed naciśnieniem tęczy (fig. 9). Pojedyńczo rozbierać i zbijać teoryi Kramera nie mam zamiaru, gdyż późniéj znajdę równie pozytywne dowody, mówiące za zupełną nie-

zależnością akomodacyi od kurczeń się tęczy. Zrobię tu wszakże parę następujących uwag

fig. 9.



1° Że zamrażanie nie jednakowo działa na kształty części zsiadłych i płynnych, że zatem studja anatomiczne na zamrożonych oczach do błędnych rezultatów prowadzą.

2° Że doświadczenia pozytywne z prądem elektro-magnetycznym były z negawtywnemi na jednych i tychże samych oczach robione; a przeto jeżeli te pierwsze mogły być uważane za dokładne, to drugie jako czynione w późniejszym czasie i na oczach mocno maltretowanych, mogą chyba przy bardzo surowéj kontroli za dowody pewne posłużyć.

Donders przyjął w zupełności prawie poprzedzającą teorję i wyjaśnił niektóre punkta niedokładnie opracowane przez Kramera; w tém zaś tylko się różni od tego ostatniego, iż większe znaczenie przyznaje mięśniowi Brückego, twierdzi bowiem że z dwóch punktów przyczepienia tego mięśnia, prze-

dni przyczepiony do błonki Descemetta i do tylnéj ściany kanalku Schlema jest ruchawszy niż punkt tylny przyczepiony do naczyniówki. Z tego założenia wychodząc, dowodzi że przy skurczeniu się mięśnia Brückego, tylko przedni punkt lokomocyi ulega, a ponieważ w tém miejscu z zewnętrznym tęczy obwodem bezpośrednio jest zrośnięty, posuwając się przeto sam ku tyłowi i obwód tęczy w tymże kierunku pociąga; w taki sposób:

1° Daje punkt oparcia dla mięśni promienistych tęczy, przez co te kurcząc się, większy nacisk na obwód soczewki wywierać mogą;

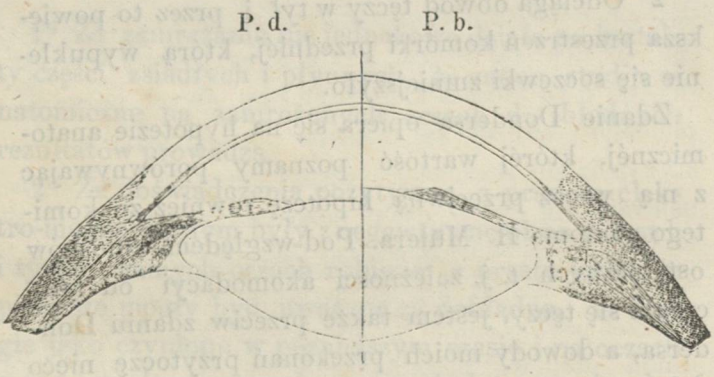
2° Odciąga obwód tęczy w tył i przez to powiększa przestrzeń komórki przedniéj, którą wypuklenie się soczewki zmniejszyło.

Zdanie Dondersa opiera się na hypotezie anatomicznéj, któréj wartość poznamy porównywając z nią wręcz przeciwną hipotezę również znakomitego anatoma H. Mülera. Pod względem wniosków ostatecznych t. j. zależności akomodacyi od kurczenia się tęczy, jestem także przeciw zdaniu Dondersa, a dowody moich przekonań przytoczę nieco daléj.

Helmholtz którego dokładne wymierżenia zmian odblasków Purkiniego z pomocą oftalmometra, ostatecznie wyjaśniły nam zmiany w krzywiznach części łamiących oka, tłumaczy zmiany w soczewce przy akomodacyi w następujący sposób. Mięsień Brückego kurcząc się zmniejsza naprężenie obwódki Zinna, która przyczepiona do przedniej i tylnéj tore-

bki soczewkowéj, w stanie oka spokojnym naciąga te torebki i czyni przez to soczewkę *względnie* płaską, zmniejszając więc to naprężenie dozwala soczewce na przód i w tył się wypuklić. Tenże sam mięsień Brückego kurcząc się pociąga obwód tęczy ku tyłowi a tym sposobem daje punkt oporu dla mięśni promienistych tęczy: te ostatnie naciskają obwód soczewki i wypuklenie całéj jéj przedniéj krzywizny tém większém robią, a zarazem powiększają przestrzeń komórki przedniéj.

fig. 10 (1).



Całe to tłumaczenie Helmholtz opiera na swoich spostrzeżeniach, mianowicie: na podawaniu się ku przodowi brzegu tęczy źrenicznego przy akomomodacyi i zmianie odblasku tylnéj krzywizny soczewkowéj, któreto oznaki dowodzą iż cała soczewka z przodu ku tyłowi grubieje.

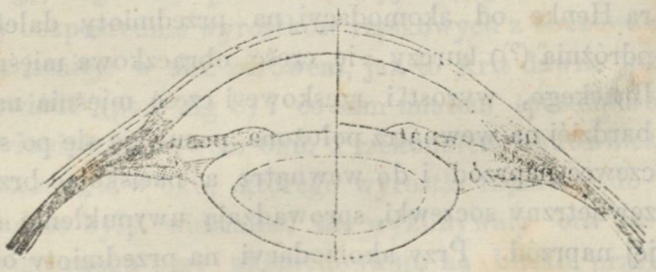
---

1) Wzięta z „Archiv für Ophtalm." Bd. I. 2. Tab. 1 fig. 5.

HenrykMüler 1) po odkryciu współcześnie z van Rekenem i Arltem pasemek obrączkowych w mięśniu Brückego, przypuszcza równocześne kurczenie się tak promienistéj jakoteż i obrączkowéj części tego mięśnia; pasemka obrączkowe kurcząc się do środka zmniejszają naprężenie obwódki Zinna, a naciskając przez wyrostki rzęskowe na płyn wypełniający kanalik Petita, naciskają zarazem na obwód soczewki i posuwają go ku środkowi oka, czego bardzo naturalnym skutkiem jest wypuklenie się soczewki naprzód i w tył. Kurczenie się mięśni promienistych naciąga obwód tęczy z przodu na tył, naczyniówkę zaś z tyłu naprzód i przez to z jednéj strony powiększa przestrzeń komórki przedniéj, z drugiéj dopomaga do silniejszego oporu kuli szklistéj, w skutek czego soczewka więcéj naprzód niż na tył wypuklać się musi.

fig 11.

P. d. P. b.



Henke znany z anatomicznych poszukiwań nad mięśniem zwieraczem powiek, rozdziela go jak wia-

1) Achiv für Ophtalm Bd. III. 1. pag. 12.

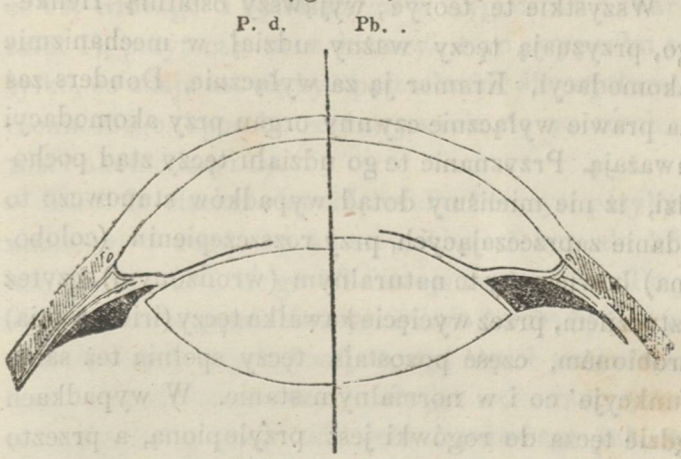
domo na dwie części z których jedna otwiera, a druga zamyka worek łzowy. Podział ten daje nam bardzo dokładne pojęcie mechanizmu wchodzenia łez z oka do worka łzowego, a z tego ostatniego do nosołzowego przewodu. Rezonując w podobny sposób i opierając się na anatomicznych podstawach chce Henke 1) także wytłumaczyć mechanizm akomodacyi antagonizmem pasemek obrączkowych i promienistych mięśnia Brückego.

Przypuszcza on, że układ pasemek promienistych i obrączkowych mięśnia Brückego stoi w zupełnéj analogji z mięśniami obrączkowemi i promienistemi tęczy, że np. obrączkowe mięśnie w obu tych organach zostają pod wpływem innych nerwów jak promieniste i niezależnie od tych ostatnich kurczyć się mogą. Daléj dowodzi, iż w normalném oku wyrostki rzęskowe bezpośrednio przytykają do brzegu soczewki a nawet na jéj przednią połowę zachodzą. Przy akomodacyi więc na przedmioty bliskie (którą Henke od akomodacyi na przedmioty dalekie odróżnia (?)) kurczy się część obrączkowa mięśnia Brückego, wyrostki rzęskowe i część mięśnia najbardziéj na wewnątrz położona posuwają się po soczewce naprzód i do wewnątrz, a naciskając brzeg zewnętrzny soczewki, sprowadzają uwypuklenie się jéj naprzód. Przy akomodacyi na przedmioty oddalone pasemka promieniste kurczą się, a ponieważ

1) Archiv für Ophtalm Bd. VI, 2 pag 65.

podług Henke'go oba ich przyczepienia są stałe i nieruchome więc się pasemka promieniste prostują a obrączkowe i wyrostki rzęskowe odciągają na zewnątrz, przez co soczewka znowu spłaszczać się musi.

fig. 12 *)



Tym dwóm ostatnim tłumaczeniom zarzucić tylko mogę, iż główny punkt ich wyjścia t. j. zetknięcie się bezpośrednie wyrostków rzęskowych z soczewką nie istnieje w oku zdrowém, jak to Arlt dawno już dowiódł (por. fig 8) i co sam miałem sposobność stwierdzić na żywém oku. Przekonałem się również naocznie, iż w oku, którego wyrostki rzęskowe dokładnie były widzialne, nie wykonywały one żadnego ruchu przy akomodowaniu na bliskie przedmioty. Na analogję między tęczą a mięśniem Brückego zgadzam się zpuełnie i ona mi tłumaczy dokładnie mechanizm akomodacyi; dziś jest to tylko

*) Wzięta z „Archiv für Ophtalm" Bd VI. 2 pag 53.

śmiała bardzo hypoteza, i zdaje się że długo nią jeszcze dla niedostępności badań pozostać musi, są atoli i obecnie już pewne dane, które jak to późniéj obaczymy, dają nam prawo do postawienia téj hypotezy.

Wszystkie te teorye, wyjąwszy ostatnią Henke'go, przyznają tęczy ważny udział w mechanizmie akomodacyi, Kramer ją za wyłącznie, Donders zaś za prawie wyłącznie czynny organ przy akomodacyi uważają. Przyznanie tego udziału tęczy ztąd pochodzi, iż nie mieliśmy dotąd wypadków stanowczo to zdanie zaprzeczających, przy rozszczepieniu (colobo-ma) bowiem czy to naturalnym (wrodzonym), czyteż sztucznem, przez wycięcie kawałka tęczy (iridectomia) zrobioném, część pozostała tęczy spełnia też same funkcyje co i w normalnym stanie. W wypadkach gdzie tęcza do rogówki jest przylepioną, a przezto od soczewki odciągniętą i żadnego ciśnienia na nią wywierać nie może, błona rogowa bywa zwykle tak zaciemniona i wzrok chorego słaby, że doświadczeń pod względem akomodacyi z chorym robić niepodobna. Przy wrodzonych brakach całéj tęczy (irideremia) inne zwykłe towarzyszące braki wrodzone jako to, zaciemek, niedoślep i: t. p. również utrudniają spostrzeżenia nad akomodacyą takich oczu.

Jedyna tylko byłaby droga do poszukiwań w tym względzie, gdyby człowiek zdrowe oko posiadający przypadkiem jakim tęczę utracił i żeby ta strata przeszła bez szwanku dla reszty oka. Wypadki takie jak widać z samych warunków z niemi powią-

zanych, już są więcéj jak rzadkie i wieki przejść mogą zanim się coś podobnego wydarzy.

W zaprzeszłym roku będąc w Berlinie, miałem sposobność obserwować podobny wypadek w klinice Pr. Gräfe'go i opisałem go w Tygodniku Lekarskim 1); przytoczę tu z historyi tego wypadku to tylko, co zdaje mi się być potrzebném dla wytłumaczenia mego sposobu zapatrywania się na mechanizm akomodacyi 2).

Karol L. ślusarz lat 27 wieku liczący, przybył zraniony w rogówkę kawałeczkiem żelaza, do kliniki profesora Gräfe'go 30 Listopada 1859 r. Przy wydobywaniu pomienionego żelaza trzeba było wyciąć kawałek wychylonéj tęczy, co i uczyniono; lecz przez nieostrożność, wycinając oderwano przeciwległy brzeg tęczy od ciała rzęskowego tak, że chory na raz dostał dwie źrenice. Dla zapobieżenia złym następstwom (diplopia monocularis) oderwano całą tęczówkę od ciałka rzęskowego i wyciągnięto ją z oka zupełnie. Chory przebył szczęśliwie te trudną

1) Por. Tygodn. Lekarski Warszawa 1860 Nr. 27 artykuł pod tytułem: *Zupełne wyciągnięcie tęczówki ze zdrowego ludzkiego oka i z przypadku tego czerpane wnioski o w pływie tęczówki na akomodacją.*

2) Przypadek ten dziś jest już i w Archiwie Gräfe'go (Bd. VII. 2, pag. 150 sqq) opisany, posiłkuję się więc w cytatach artykułem Gräfe'go, bo sam drobiazgowych a jednak ważnych doświadczeń jako z chorym nie przezemnie leczonym robić w Berlinie nie mogłem a w tygodn. Lekarsk. tylko główne wymiary i próby podałem.

i niebezpieczną operacyę, a po trzech tygodniach próby czynione nad jego wzrokiem i Akomodacyą dały następujące rezultaty;

Chory liczy palce okiem operowanem na					150'	
—	czyta Jägra drukow.			Nr. 20	—	24'
—	—	—	—	Nr. 16	—	10'
—	—	—	—	Nr. 11	—	3'
—	—	—	—	Nr. 4	—	14'
—	—	—	—	Nr. 1	—	8'

Ostatnie z rudnością ale dokładnie, wszystkie inne płynnie.

Pod względem siły akomodacyjnéj oka szczegółowo bardzo robione próby. Z tych niektóre przytoczyć uważam za stosowne.

Chory	czyta	Nr.	16	Jägra	drukow	2¼"	do	10'	wyraźnie od 4"
—	—		11	—	—	3"	„	3'	— „ 5"
—	—		4	—	—	5"	„	14"	— „ 5⅓"
—	—		1	—	—	5½	„	8'	— „ 5¾"

Z tych prób widać, że punkt bliski dokładnego widzenia leży mniéj więcéj na $5\frac{3}{4}$ od oka i że jest akomodacya. Dla wymierzenia jednak akomodacyi normalnie zbudowanych oczu dokładniéjsze są, jak to późniéj zobaczymy, wymiary ze szkłami wypukło wypukłemi, któreto szkła przybliżając do oka przestrzeń akomodacyjną, a tem samem i punkt najdalszy dokładnego widzenia, pozwalają nam granice akomodacyi dokładniéj wymierzyć. Nie wchodząc tutaj w szczegółowe fizyczne objaśnienia prób ze szkłami, ograniczę się tylko na podaniu rezultatów do jakich doprowadziły badania z niemi robione na oku chorego o którym mowa.

Ze szkłem + 10 czyta chory

Nr.	16	Jägra	druk.	od 2"	do	28"	wyraźnie	od 3"	do	12"
—	11	—	—	„ 2"	—	14"	—	— 3"	—	10½"
—	4	—	—	„ 2½"	—	10"	—	— 3¼"	—	9"
	1	—	—	„ 2¾"	—	8"	—	— 3⅓"	—	7½"

Ze szkłem + 6 czyta chory

Nr. 16 Jägra duuk. od $1\frac{3}{4}$" do 17" wyraźnie od $2\frac{1}{4}$" do 7"
— 11 — — — 2" — 8" — — $2\frac{1}{2}$" — $5\frac{1}{2}$"
— 4 — — — $2\frac{1}{4}$" — 6" — — $2\frac{1}{2}$" — $4\frac{1}{2}$"
— 1 — — — $2\frac{1}{2}$" — 5" — — $2\frac{1}{2}$" — $4\frac{1}{4}$"

Z tych i wielu innych prób ze szkłami i optometrem dokonywanych, wyliczenie przecięciowe wielkości przestrzeni akomadacyjnéj podług szematu Dondersa (o którym poniżéj mówić będziemy) pokazało wielkość przestrzeni akomodacyjnéj równającą się $\frac{1}{6}\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{5}\frac{3}{4}$ przy punkcie bliższego dokładnego widzenia na $5\frac{3}{4}$" odległym.

Akomodacya ta jest bardzo dobrą, jak to już widać z cyfr wskazujących odległości, w których próby robione były. Pomijając więc inne ciekawe zjawiska u tego chorego obserwowane, powiem tylko ż oświecając oko skoncetrowaném światłem i zazierając w nie z boku, można było dojrzéć brzeg soczewki i fałdki wyrostków rzęskowych od siebie oddalone, a w czasie akomodacyi oka nie zmieniające wzajemnego do siebie położenia.

Przystępuję do wniosków:

1° Wszystkie teorje przyznające tęczy główną rolę przy akomodacyi, są niezaprzeczenie fałszywe.

2° Teorje przyznające tęczy rolę podobnegoż znaczenia jaką zapewnie odgrywa mięsień Brücke'go w mechanizmie akomodacyi są również fałszywe, bo w takim razie, akomodacya przy zupełnym braku tęczy musiałaby być

co najmniéj wadliwą, a jednak jakto z opisanego wypadku widzieliśmy, była zupełnie normalną.

3° Teorje tłumaczące mechanizm akomodacyi przez bezpośredni lub pośredni nacisk pasemek obrączkowych mięśnia Brückego na obwód soczewki, również nie zgadzają się z prawdą; bo wypadek opisany przekonał nas, że tak w spokoju jak i w czasie akomodowania oczu na przedmioty bliskie, można było widzieć iż wyrostki rzęskowe, nie stykały się wcale z brzegami soczewki.

4° Następujące tłumaczenie mechanizmu akomodacyi wypada uważać za najracjonalniejsze: soczewka się wypukla na przód (więcéj) i w tył (mniéj) przez zmniejszenie naprężenia obwódki Zinna. Naprężenie to, właściwe stanowi zupełnego spokoju oka, zmniejsza się przez dośrodkowe kurczenie się pasemek obrączkowych mięśnia Brückego, przy bezczynności pasemek promienistych. Stan spokoju oka następuje przy relaxacyi mięśni obrączkowych wskutek kurczenia się mięśni promienistych, które obwódkę Zinna znowu naprężają i oko do najdalszéj odległości zastósowują.

Obwódka Zinna jak nam ją wszystkie rysunki przecięć oka wyobrażają i jak łatwo przekonać się można z przecięć według metody Arlta na świe-

żych oczach robionych, jest w stanie spokoju oka z przodu ku tyłowi napiętą; przy ściąganiu się pasemek obrączkowych mięśnia Brückego, tył obwodki Zinna pociąga się na przód i do środka, a ona sama przyjmuje położenie nie z przodu ku tyłowi, lecz z wewnątrz na zewnątrz, w téj saméj płaszczyznie z równikiem soczewki leżące.

To położenie połączone jest z widocznem zmniejszeniem naprężenia torebek soczewkowych i soczewce daje możność wypuklania się. Własności zaś rozszerzania się przy zmniejszonych warunkach naprężenia nikt dotychczas soczewce nie zaprzeczał, témbardziéj dzisiaj gdy za pomocą wymierzania wielkości odblasków przedniéj i tylnéj torebki, oraz ich wzajemnéj odległości, dowodnie przekonano się, iż soczewka za życia jest zawsze w kierunku osi widzenia mniéj wypukłą, aniżeli po śmierci.

Na potwierdzenie możności rozszerzania się soczewki w kierunku osi widzenia, przez samo zwolnienie naprężenia obwódki Zinna, bez pomocy innych wpływów zewnętrznych, mogą posłużyć wymiary soczewek pośmiertne przez Jägra 1) dokonywane.

Jäger postępował w następujący sposób: wyłuszczywszy oko w trupie we 24 godzin po śmierci rozcinał je w kierunku równikowym, kładł następnie przednią połowę do miseczki z wodą i dokładnemi instrumentami, pod lu-

1) l. cit. pag. 120.

pą wymierzał szerokość średnicy soczewkowéj, potem nożyczkami oddzielał soczewkę od ciałka rzęskowego (rozcinał obwódkę Zinna); w téjże chwili soczewka stawała się więcéj kulistą i średnica jéj widzialnie się zmniejszyła.

Dla dokładniejszych zaś wymiarów postępował w sposób następujący: rozcinał oko na dwie równe połowy w kierunku meridjonalnym— tak ostrożnie, żeby obwódka Zinna uszkodzoną nie została, kładł jedną połowę pod wodę i obserwował przez lupę robiąc następujące wymiary szerokości i grubości soczewki.

Pierwszy wymiar zaraz po rozcięciu bez innych manipulacyi:

1. W kierunku średnicy 9,567 m. m.

2. W kierunku osi widzenia 4,303 m. m.

Drugi wymiar dokonywany był na soczewce będącéj pod wpływem naprężenia obwódki Zinna (stan spokoju oka). Naprężenie to naśladował Jäger sztucznie pociągając delikatnemi szczypczykami za ciałko rzęskowe w miejscach gdzie się ono z obwódką Zinna styka.

1) 10, 320 m. m.

2) 4, 021 m. m.

Trzeci wymiar tejże soczewki po oderwaniu od niéj obwódki Zinna.

1) 9, 167 m. m.

2) 4, 516 m. m.

Wymiary te prawie zupełnie zgadzają się z takiemiż zrobionemi za pomocą oftalmometra przez Knappa na żywych oczach 1).

---

1) Archiv für Ophtalm. Bd VI. 1. pag 41.

Odległość odblasków soczewkowych a zatem grubość soczewki w kierunku osi widzenia

1⁰ Przy akomodowaniu na przedmioty bliskie: 4,25 do 4,47 m. m.

2⁰ W czasie zupełnego spokoju oka: 3,62 do 3,92 m. m.

Zmiana wypukłości w odwrótnym kierunku t. j. spłaszczenie się soczewki, tłómaczyć się łatwo daje relaxacyą pasemek obrączkowych i równoczesnem kurczeniem się pasemek promienistych, jeżeli z Henkem zgodzimy się, że stalemi są oba punkta przyczepienia mięśnia Brücke'go.

Trudniéj jest przy takiem tłumaczeniu znaleść miejsce dla cieczy wodnéj, która wypełniając komórki, przy wypuklającéj się soczewce musi przecież gdzieś się odlać, aby dać miejsce próżne, odpowiadające wielkością stopniowi wypuklania się soczewki. Zważywszy jednak, że mięśnie obrączkowe kurcząc się do środka odciągają i zewnętrzną część tęczy w bespośrednim związku z mięśniem Brückego pozostającą, a przezto komórka przednia się powiększa; zważywsy także, iż przy odciągnięciu mięśnia Brückego od twardówki może być ułatwiony odpływ z naczyń wyrostków rzęskowych do naczyń naczyniówki, przezco znowu miejsca w komórce tylnéj przybędzie,— możemy aczkolwiek nie z matematyczną dokładnością, ten punkt wątpliwy za rozwiązany uważać.

Akcją przeto dwóch rozmaitych części mięśnia Brückego przy akomodacyi, przyjmujemy za zupeł-

nie analogiczną do akcyi takichże części tęczy, ztą wzakże różnicą iż akcja pierwszych jest rzeczywiście czynną, akcja zaś ostatnich inne funkcje wykonywa (usuwa wadliwości oka achromazyjne, zmniejsza ilość promieni wpadających i. t. p). Henke jest tegoż samego zdania, co do udziału w akomodacyi mięśnia Brücke'go, myli się jednak tłómacząc zmianę soczewki bezpośrednim na jéj obwód nacis_kiem. Analogja działania części promienistéj i obrączkowéj mięśnia Brücke'go z działaniem takichże mięśni tęczy jest bardzo prawdopodobną, bo dla czegożby, jeżeli nie dla antagonizmu, były dwa mięśnie, których kurczenie reprezentuje siły wręcz sobie przeciwne? Antagonizm ten jednak tak samo pojmuję jak Henke, mianowicie iż obie części mięśnia Brücke'go znajdują się pod wpływem rozmaitych nerwów, a zatem iż się oddzielnie kurczyć mogą: w razie bowiem gdyby się tylko współcześnie kurczyć mogły, działania ich jako wręcz sobie przeciwne, unieważniłyby się nawzajem. Za analogją muskulatury tęczy i ciałka rzęskowego przemawia stan tych organów pod wpływem odurzenia atropiną. Wiadomo bowiem, iż po użyciu atropiny, tylko mięśnie obrączkowe tęczy bezwładnieją na czas jakiś i ztąd pochodzi rozszerzenie źrenicy;— wiadomo również, że pod wpływem atropiny następuje porażenie akomodacyi z zastosowaniem oka do nieszkończonéj odległości, a zatem obezwładnienie mięśni obrączkowych przy zupełnéj integralności funkcyi pasemek promienistych, które zastoso-

wanie oka do nieskończonéj odległości utrzymują stale tym swoim passywnym kurczem.

Jako nowy dowód prawdopodobieństwa naszéj hypotezy możemy tutaj przytoczyć rezultaty doświadczeń Gräfe'go o działaniu morfiny i atropiny przy podskórnych wstrzykiwaniach obu tych alkaloidów. Gräfe na posiedzeniu Berlińskiego lekarskiego towarzystwa w dniu 20 Marca r. z. odbytém mówi 1), iż zauważył zupełnie przeciwne działania przy wstrzykiwaniu podskórném obu tych alkaloidów; i tak gdy po wstrzyknięciu atropiny, źrenica się rozszerzała i następowało porażenie akomomodacyi z zastósowaniem oka do dalekiego punktu widzenia, po wstrzyknięciu u tegoż indywiduum morfiny objawy te w zupełności ustępowały. Przy wstrzyknięciu zaś morfiny u osób zupełnie zdrowych, następowało silne zwężenie źrenicy i spazm akomodacyi z zastósowaniem oka do bliższych odległości tylko; — oko stawało się krótko-widzącém (dalekie przedmioty były nie wyraźnie widziane, a wklęsłe okulary wzrok polepszały). Zjawisko to trwało krótko i ustępowało; następowało zaś w trzy kwandranse po zastrzyknięciu.

Gräfe tłómaczy różnicę działania obu tych alkoloidów drażniącemi ich własnościami i sądzi, że atropina drażni mięśnie (respect. nerwy do nich idące) promieniste tęczy, a morfina mięśnie obrączkowe.

---

1) Deutsche Klinik 16—1861.

Mniema zarazem na zasadzie działania tych alkaloidów na akomodację, że i mięsień Brückego, jako główny czynnik akomodacyjny tymże prawom podlega; a zatem potwierdza naszą hypotezę i tak dowodzeniu Henke'go jako też i mojemu, tém większéj pewności dodaje.

O PRZESTRZENI AKOMODACYJNÉJ I JEJ WYMIERZANIU.

Gdy zmiany w częściach łamiących doprowadzą oko do najwyższego stopnia łamliwości, wówczas oko jest zastosowane do najbliższego punktu widzenia— i przeciwnie: gdy części łamiące przyjmą formy właściwe zupełnemu spokojowi oka, wówczas oko będzie zaakomodowane do puntku najodleglejszego dokładnego widzenia; przestrzeń zaś między najodleglejszym i najbliższym punktem dokładnego widzenia, nazywamy *przestrzenią akomodacyjną*.

Punkt, od którego oko zupełnie prawidłowe akomodować się zaczyna, nie jest dokładnie oznaczony: jedni go trochę bliżéj, drudzy nieco daléj umieszczają; mniéj więcéj jednak 5' można uważać za odległość, od któréj bliżéj leżące przedmioty, żeby dokładnie były widziane, wymagają zmian w środkach łamiących oka. Okręgi albowiem rozpierzchłe, na siatkówce powstające z niedokładnego zastósowania oka do przedmiotu, od téj dopiero odległości zaczynają zacierać wyraźność przedmiotu, zachodząc je-

dne na drugie. Przyczyna tego leży w tém, iż środki łamiące oka możemy uważać jako jedną soczewkę o bardzo krótkiém bo siedmio-linjowém ognisku. Soczewki z tak krótkiém ogniskiem skupiając promienie równoległe w ognisku, za zbliżaniem się przedmiotu z nieskończonéj do skończonéj odległości, miejsce ogniska usuwają nadzwyczaj pomału i dopiero gdy przedmiot dojdzie do bardzo bliskiéj odległości, ognisko znaczniéj się usuwać poczyna. Podług doświadczeń czynionych w téj mierze przez H. Mayera 1) okazało się, iż przy soczewce o $6^1/_2$ linjowem ognisku przedmioty wysyłające promienie równoległe a zatem w nieskończonéj leżące odległości, odrysują się dokładnie 6,5''' za soczewką; przedmioty zaś o 5" od soczewki odległe odrysują się dokładnie w odledłości 7''' a zatem ognisko usunie się tylko o 0,5'''. Jeżeli zaś przedmiot w odległości 5' znajduje się, to się odrysuje w odległości 6,55''' poza soczewką a zatem dla całéj ogromnéj przestrzeni od nieskończonej odległości do 5' ognisko tylko się o 0,05''' usunie.

Chociaż od 5' dopiero oko potrzebę akomodacyi uczuwać zaczyna, rozległość jednak matematycznie dokładnego widzenia w zupełnie normalnym oku, istnieje od nieskończonéj odległości do 5" (mniej więcéj) odległości od oka. Dla bliższéj odległości akomadacyjne siły oka niewystarczają, bo soczewka

1) Por: Arlt, Die Krank: des Auges Bd. III pag: 202.

tylko tyle się wypuklić może, iż ognisko jéj o ½" naprzód się posunie. Daléj jak w nieskończonéj odległości oko nasze widzieć nie może dla tego, że promienie padające zbieżnie dałyby ognisko przed siatkówką; soczewka zaś tylko się wypukla, a spłaszczyć się więcéj nie może, jak jest spłaszczona w stanie zupełnego spokoju oka. Są atoli inne przyrządy, które oko nasze mogą chociaż w małym stopniu ale nawet do zbieżnie wpadających promieni zastosować. Przyrządy te w otaczających oko organach znajdujemy, takiemi są: powieki, a może i mięśnie proste i ukośne oka. Powieki a raczéj mięśń *zwieracz powiek*, kurcząc się naciska gałkę, a głównie rogówkę i powoduje spłaszczenie téj części oka, odgrywającéj ważną rolę w łamaniu promieni. To spłaszczenie rogówki działa zupełnie przeciwnie jak wypuklenie się soczewki, odsuwając bowiem ognisko środków łamiących w tył, daje możność promieniom nawet zbieżnie na oko padającym skupić się na płaszczyznie siatkówki. Oprócz tego, powieki zbliżając się do siebie tworzą szczelinę, przez którą oko patrzy jak przez stenopeiczne okulary i widzi przedmioty nawet w większéj odległości, jak na to najdalszy punkt dokładnego widzenia pozwala bez okręgów rozpierzchłych a zatem wyraźnie. Mruganie zatem krótkowidzów przy patrzaniu na oddalone przedmioty i ta znana wszystkim manipulacya przedłużania otworu międzypowiekowego i tworzenia przezto wąziutkiéj szczeliny, są bardzo racjonalne, odsuwają im bowiem punkt dalekiego widze-

nia bardziéj aniżeli na to pozwala stopień łamliwości części ich oka. Wspominam tu o tém dla tego, że przy wymierzeniu przestrzeni akomadacyjnéj, manipulacye te potrzeba znać i usuwać; własność ta bowiem oka jest tylko chwilową i nadzwyczajną; jeżeli więc przy wymierzaniu normalnéj przestrzeni akomodacyjnéj nie będzie uwzględnioną i usuniętą, może nas tylko do fałszywych doprowadzić wniosków.

Wymierzanie przestrzeni akomadacyjnéj i oznaczenie jéj pewnemi, ogólnie przyjętemi cyframi posiada tak naukową jak i praktyczną wartość. Wymierzanie z naukowego punktu widzenia, jak każde wniknięcie w tajniki natury, dostatecznym byłoby powodem do zajęcia się tym przedmiotem szczegółowo, oznaczenie zaś jéj cyframi ułatwi porozumienie się między pracującymi w tym względzie. Z praktycznéj strony wymierzanie przestrzeni akomodacyjnéj ogromnie jest ważne przy dobieraniu szkieł, optyczną wadę oka poprawiających. Nie wchodząc w szczegóły do treści niniejszéj rozprawy nie należące, zwrócę tylko na to uwagę że jak dobra akomodacya przy dobieraniu szkieł poznana, daje nam bezwarunkową możność udzielania ich choremu choćby najmocniejszych wklęsłych lub wypukłych (naturalnie odpowiednich wadzie oka); tak przeciwnie zła, naprowadza nas na drogę bardziéj szczegółowych poszukiwań, których ostatecznym rezultatem będzie najczęściéj wynalezienie jakiejś wady organicznéj oka, przeciwwskazującéj zupełne szkieł używanie.

Przy mymierzaniu akomodacyi tak w normalném jako też w daleko i krótko-widzącém oku, uwagę naszą zwracać powinniśmy:

1° na punkt najbliższy dokładnego widzenia,

2° na naturalny punkt najdalszy dokładnego widzenia— i

3o na forsowny najdalszy punkt dokładnego widzenia (1).

Pomiędzy punktem bliskim i naturalnym dalekim leży przestrzeń akomadacyjna bezwzględna (jak ją Donders nazywa w przeciwstawieniu przestrzeni akomadacyjnéj względnéj, leżącéj między punktem bliskim i forsownym dalekim).

Wymierzania takie na pierwszy rzut oka wydają się bardzo łatwemi, trzeba bowiem tylko poznać w jakiéj najbliższéj lub najdalszéj przestrzeni przedmioty wyraźnie się widzą; lecz określenie tego wyraźnego widzenia jest bardzo trudne w przedmiotach odległych. Trzeba bowiem od wyraźnego widzenia odróżnić proste rozpoznawanie. Ponieważ zwykle tylko powierzchownie na przedmioty w wielkiéj od nas odległości leżące patrzymy, bez akomodowania oczu na ich drobne części; mamy wówczas zazwyczaj do czynienia z okręgami rozpierzchłemi i do tych tak się przyzwyczajamy, że w końcu nie uczuwamy ich w cale i mimo to, że przedmioty widzi-

1) Dla uniknienia częstych powtarzań mogących pismo rozwlekłém i mniéj zrozumiałém uczynić, w dalszym ciągu zamiast: punkt najbliższy dokładnego widzenia i punkt najdalszy dokładnego widzenia, pisać będziemy *punkt bliski i punkt daleki*.

my niewyraźnie (bo wyraźnie według wszelkich praw fizycznych ich widzieć nie możemy) zdają się one być wyraźnemi i za takie je uważamy.

Okręgi rozpierzchłe powstające na siatkówce, przy niedokładném punktualném widzeniu, w ówczas dopiero są szkodliwe i jako takie uczuć się dają, gdy zachodzą wzajamnie na siebie, wtedy wyraźność przedmiotów obok siebie leżących zaciera się. Lecz okręgi rozpierzchłe dopiero na siebie zachodzić poczynają, gdy przedmioty na które patrzymy, są bardzo małe i blisko siebie położone, co się w naturze tak często nie zdarza. Do jakiéj wprawy dojść można w nieuczuwaniu okręgów rozpierzchłych, tego dowodzą codzień powtarzające się fakta: *np.* dalekowidze, których oczy tylko do zbieżnych promieni są zaakomodowane, czytają druk dosyć drobny przysunąwszy książkę do samego oka; ludzie pozbawieni soczewki przez operacyę zaciemka po długiéj wprawie dochodzą niekiedy do takiéj perfekcyi, iż nawet drobne przedmioty w rozmaitych odległościach dość wyraźnie widzieć są w stanie— i dopiero po dokładném wypróbowaniu ich akomodacyi przekonywamy się, że są jéj zupełnie pozbawieni, a jedynie przez wprawę w nieuczuwaniu okręgów rozpierzchłych doszli do takiéj doskonałości w rozpoznawaniu przedmiotów.

Przy wymierzaniu więc przestrzeni akomadacyjnéj, przedewszystkiem na to zwrócić uwagę potrzeba, aby małemi były i blisko od siebie leżały przed-

mioty, na które osobie obserwowanéj patrzeć każemy.

Dokładne badanie siły akomodacyjnéj oka, było najprzód przez zakonnika Scheinera uczynione i wszystkie nowsze ku temu celowi służące narzędzia są na podstawie jego experymentu urządzone. Pęczek promieni idący od danego przedmiotu do oka, jest od niego oddzielony blaszką metaliczną, w któréj się znajdują dwa otworki malutkie, leżące w mniejszéj od siebie odległości jak szerokość źrenicy Przez te dwa otworki wchodzą dwa małe pęczki promieni do oka i przedmiot od którego oba te pęczki pochodzą, w ówczas tylko pojedyńczo widziany będzie, gdy oko jest dokładnie doń zaakomodowane; w przeciwnym razie przedmiot będzie widzialny podwójnie, gdyż pęczki te zejdą się przed siatkówką skoro przedmiot za daleko się od oka znajduje; za siatkówką zaś w razie zanadto bliskiego względem oka położenia. Na siatkówce w obydwóch tych razach odrysują się dwa obrazy przedmiotu (zobacz fig. 2 i fig. 4). Narzędzia Jounga, Stumpfera i innych wielu są tylko modyfikacyami tego Schejnerowskiego doświadczenia. Za przedmiot do patrzenia użytym zwykle bywa koniec igły posuwający się w cylindrze metalicznym na cale i linije podzielonym. Cylinder ten, od strony oka którego akomodacyą się wymierza, jest zamknięty metalową blaszką z dwóma w powyżéj opisany sposób od siebie odległemi otworami. Punkt bliski odmierza się na skali cylindra, punt daleki zbliża się do skończonéj

odległości za pomocą szkieł wypukło-wypukłych, w sposób poniżéj opisany i odmierza się na tejże skali, albotéż obydwa punkty zbliżają się do skończonéj odległości, to jest wynajdują się za pomocą soczewki wypukło-wypukłéj, a wartości znalezione zamieniają się na rzeczywiste, w sposób o którym daléj pomówimy.

Praktycznie wszystkie te instrumenta nie dają się zastósować, gdyż dla zaakomodowania oka stósownie do odległości przedmiotu, trzeba wiedzieć w jakiéj się ten przedmiot odległości znajduje i jak ma być widzianym; innemi słowy: trzeba funkcye widzenia z funkcyą macania okiem połączyć. Patząc przez cylinder nie uczuwa się żadnéj chęci akomodowania, dla oka obojętném jest poniekąd czy się przedmiot widzi pojedyńczo czy podwójnie, czy wyraźnie czy z obwódkami kolorowemi. Przytem otworki w blaszce zamykającéj cylinder, przez który patrzy oko obserwowane, stoją dosyć od siebie odległe i lekkie poruszenie głową wystarczy, żeby przestać patrzeć przez oba, a patrząc przez jeden tylko, będziemy widzieć przedmiot zawsze pojedyńczo i prawie zawsze wyraźnie. Wszystkie więc te narzędzia, aczkolwiek na podstawie racjonalnéj oparte, praktycznéj wartości nie mają.

Przez inne narzędzia usiłowano wpływ psychiczny przy patrzeniu zużytkować. Do takich należy najpraktyczniejszy może ze wszystkich do dziś znanych optometer Professora Gräfe'go. Instrument ten składa się z rameczki metalowéj z rączką, która

stojąc prostopadle do długiéj metalicznéj pałki na cale i linje podzielonéj, posuwa się po niéj na przód i wtył swobodnie. W rameczkach tych znajduje się 6 do 8 cieniutkich czarnych drucików; są one równo-legle od siebie oddalone na 3''' do 4'''. Póki się widzą druciki wyraźnie, dopóty oko jest do téj odległości zaakomodowane; w przeciwnym razie, widzi się na brzegach drucików tęczowe kolory i półcienie. Odległość punktu bliskiego i dalekiego, czyto ze szkłem czy bez pomocy onego znalezionych, daje się łatwo wyczytać na skali. Przy doświadczeniu osoba obserwowana powinna trzymać to narzędzie w taki sposób, iżby za tło służył jaki przedmiot biały— najlepiéj obłoki białe. Zasadą fizyczną optometru Gräfego jest ten fenomen, iż pojedyńczy czarny punkt na światłem tle, gdy oko nań patrzące nie jest dokładnie zaakomodowane, wygląda jakby otoczony wieloma kolorowemi punkcikami. Helmholtz objaśnia ten fenomen (polyopia monocularis) rozmaitym wykładnikiem łamliwości różnych warstw soczewki i jéj entoptycznie widzialnym rozdziałem na 6 wycinków koła. Optometer Gräfego tę ma zaletę w porównaniu z innemi, że nie zmuszając do patrzenia przez cylinder, pobudza oko do akomodowania odpowiedniego odległości przodmiotu; prócz tego jako mniéj skomplikowany, praktyczniejszym jest do podręcznego użycia.

Mówiąc o rozmaitych narzędziach do zbadania stanu łamliwości oka służących, niemogę nie wspomnieć o wzierniku ocznym, który

oddawna znany jako przydatny do tego rodzaju doświadczeń, w ostatnich dopiero czasach jako optometer przez Jägra użyty i opisany został 1). Podaję tu krótki wyciąg z uwag Jägra w tym względzie.

Chcąc używać wziernika jako optometra, powinniśmy najprzód na normalnie zbudowanych oczach poznać odległość w któréj tło oka widzieć dokładnie będziemy, badając jego prosty rysunek; następnie wielkość pojedyńczych części rysunku, wyraźność ich lub niewyraźność jak niemnieéj wielkość względną do wielkości pola widzenia. Poznawszy wten sposób normalne oko, ocenimy łatwiéj różnicę w odległości, wielkości pojedyńczych części i. t. p. przy różnicy łamliwości oka np. u krótkowidzów i dalekowidzów. Zawsze jednak badać powinniśmy rysunek prosty, a oczy osoby obserwowanéj i obserwującego powiny być w stanie zupełnego spokoju, to jest zaakomodowane do punktu dalekiego. Nie akomodacyę więc oka stosować należy do rysunku ale przez stosowne przybliżanie sięlub oddalanie wynaleść miejsce, z którego rysunek wnętrza oka najwyraźniéj będzie widzialny, przy zupełnym spokoju oka badającego. Przy częstych tego rodzaju ćwiczeniach dochodzi się do pewnéj doskonałości i każdy, ktokolwiek częściéj z wziernikiem miał do czynienia przyzna, że rozróżnienie oka normalnego, blisko albo daleko widzącego, do rzędu nie trudnych zadań należy. Trudniéj daleko poznać stopień tych wad łamliwości oczu i za pomocą samego wziernika dobrać odpowiedni numer okularów. Jäger właśnie, jak sam powiada doszedł do téj doskonałości.

1) l. cit. pag. 1. Anmerkung 1.

Gdy wymierzono, w którykolwiekbądź z powyżéj opisanych sposobów, odległość punktu bliskiego i dalekiego od oka, to i długość przestrzeni akomadacyjnej i stopień zastósowalności oka, już znalezione zostały, albowiem odległość pomiędzy punktem bliskim a dalekim widzenia, daję nam tę wielkość.

Akomodacya oka tém się więcéj natęża, im większy jest kąt, pod którym się rozchodzą promienie od przedmiotu padające t. j. im bliżéj oka znadujję się przedmiot obserwowany.

Działalność akomodacyi dla widzenia przedmiotów pomiędzy 20' a 30' leżących daleko jest mniejszą, aniżeli do widzenia przedmiotów znajdujących się pomiędzy 6" a 8".

Tyleż musimy zużywać siły akomodacyjnéj dla widzenia przedmiotu na 3" do 6" odległego, jak do widzenia tegoż przedmiotu w przestrzeni między 6" a nieskończoną odległością.

Donders pierwszy na te fakta zwrócił uwagę i podał dokładny a łatwy sposób określania liczbami przestrzeni akomodacyjnéj 1). Oznacza on długość przestrzeni akomodacyjnéj numerem idealnéj soczewki a raczéj menisku, który w połączeniu z soczewką obserwowanego oka, promieniom od bliskiego punktu do oka w padającym nada taki kierunek jakby one od dalekiego punktu pochodziły. W ten tak naturalny sposób określa Donders zmiany łamiących części oka przy akomodacyi, które jak wyżéj widzieliśmy, na soczewce się tylko ogra-

1) Archiv für Opthalm. Bo. IV, 1. Pg. 301 sqq.

niczają, bo przy stosowaniu oka do dalekiego punktu widzenia, części łamiące w pierwotnym swoim pozostają kształcie. Jdzie więc tylko o określenie liczbami tych zmian t. j. o znalezienie numeru téj idealnéj soczewki, która promieniom idącym od bliskiego punktu widzenia nada taki kierunek, jakby one od dalekiego pochodziły. Numer szukany znajduje Donders w ten sposób, iż ułamek którego licznikiem jest jedność, a mianownikiem odległość punktu dalekiego widzenia w calach wyrażona, odejmuje od takiegoż ułamku mającego za mianownik odległość punktu bliskiego w calach wyrażoną. Różnica tych ułamków da nam w mianowniku wartość, t. j. numer soczewki o któréj mowa, a razem posłuży do oznaczenia cyframi długości akomodacyjnéj przestrzeni oka obserwowanego.

Następujące formułki stwierdzają słuszność zdania Dondersa.

Znaną jest formuła ogólna łamliwości soczewek wypukło wypukłych

$$^1/_f = {}^1/_a + {}^1/_\alpha \qquad (1)$$

gdzie a oznacza odległość przedmiotu, α odległość rysunku tegoż przedmiotu od soczewki. Jeżeli zaś oznaczymy punkt bliski widzenia przez p, punkt daleki przez r, stopień łamliwości soczewki oka obserwowanego w spokoju przez $^1/_f$, a stopień łamliwości téjże soczewki w czasie akomodowania oka na punkt bliski przez $^1/_f + {}^1/_A$, rozumiejąc pod $^1/_A$ stopień łamliwości idealnéj soczewki Dondersa, to

podstawiwszy do formuły (1) wielkości wyżéj oznaczone, będziemy mieli wartość dla soczewki oka obserwowanego przy patrzaniu na punkt daleki.

$$^1/_f = {}^1/_r + {}^1/_\alpha \qquad (2)$$

przy patrzaniu zaś na punkt bliski

$$^1/_f + {}^1/_A = {}^1/_p + {}^1/_\alpha \qquad (3)$$

Odjąwszy formułę (2) od formuły (3) będziemy mieli wartość dla idealnéj soczewki

$$^1/_A = {}^1/_p - {}^1/_r$$

czyli formułę, która usprawiedliwia twierdzenie Dondersa.

Im większą jest odległość punktu bliskiego od dalekiego, im bliżéj oka leży przestrzeń między tymi dwóma punktami zawarta, tem silniejsza jest łamliwość soczewki idealnéj i tym większy ułamek jéj wartośc wyobrażający.

Ma ktoś naprzykład punkt bliski w 6" od oka, punkt daleki w nieskończonéj odległości, to numer szukany idealnéj soczewki będzie 6 i przestrzeń akomodacyjna tego indywiduum będzie się równała $^1/6$, ponieważ przez soczewkę takiego numeru promienie z punktu 6" od oka odległego pochodzące, zostaną przełamane i przyjmą kierunek jakby pochodziły z odległości nieskończonéj.

$$^1/_A = {}^1/_6 - {}^1/_\infty = {}^1/_6$$

Jeżeli punkt daleki oka leży w odległości skończonéj, to dla znalezienia wielkości przestrzeni ako-

modacyjnéj musimy oprócz punktu bliskiego znaleść taką soczewkę, któraby równolegle idące promienie tak załamała, iżby one przybrały kierunek jakby z dalekiego punktu widzenia pochodzące, a następnie różnica numeru znalezionéj soczewki i numeru bliskiego punktu widzenia, zawsze jako mianowników ułamku, mającego za licznik jedność, dadzą nam wartość idealnéj soczewki tego oka t. j. téj soczewki, która promienie idące z bliskiego punktu tak złamie, jakby one z dalekiego pochodziły. Niech będzie punkt bliski w odległości 6", punkt daleki w odległości 24" od oka, soczewka więc 24 przełamie promienie równolegle idące tak, jakby one wychodziły z punktu 24" od oka odległego, różnica zaś między $^1/_{24}$ a $^1/_6$ da nam wartość idealnéj soczewki akomodacyjnéj dla tego oka.

$$^1/_A = ^1/_6 - ^1/_{24} = ^4/_{24} - ^1/_{24} = ^3/_{24} = ^1/_8$$

Przestrzeń więc akomodacyjna tego oka jest $^1/_8$ a zatem znacznie mniejsza niż poprzednio obserwowanego.

Dla ściśle naukowych badań, potrzebne są dokładne optometrowe wymierzania akomadacyjnéj przestrzeni; do codziennego jednak użytku są one niepraktyczne; wielu bowiem zachodów wymagają i najczęściéj nie dają się zastosować przy niedość rozwiniętym stopniu inteligencyi obserwowanego i małéj wprawie w rozróżnianiu wyraźnego od niewyraźnego widzenia drobniutkich drucików.

W takich razach dostateczne są próby wzroku na drobnych drukach, jak *np.* N 1 prób druku Jae-

gra, które usuwają w zupełności niedokładności powstać mogące z nieuczuwania okręgów rozpierzchłych. Koniecznie jednak przy takich próbach na to uważać należy, aby osoby obserwowane miały powieki swobodnie otwarte i aby otwór międzypowiekowy nie był zbyt wązki; próby też najlepiéj jest robić z każdem okiem z osobna, najprzód dla tego, iż często przestrzeń akomodacyjna jednego oka jest inną niż drugiego, powtóre dla uniknienia wpływu zbieżności osi ocznych, na akomodacyę.

Stosunek zbieżności osi ocznych do akomodacyi, odpowiedniej punktowi w którym się osie spotykają, oddawna już jest znany; sądzono nawet, że stosunek ten jest stały, a zgoda między akomodacyą i zbieżnością osi jest niezbędnym warunkiem wyraźnego widzenia (Portefield, J Müller, Schröder v. d. Kolk); że nie zawsze tak bywa, tego dowiódł Donders wykazując iż przedmiot o parę stóp odległy również wyraźnie jak gołem okiem można widzieć za pomocą szkieł nie mocnych wklęsłych i wypukłych jako też pryzm o niewielkim kącie — chociaż w pierwszym razie inna będzie akomodacya przy téjże saméj zbieżności osi, w drugim zaś inny kąt zbieżności przy tejże saméj akomodacyi. W ogóle jednak trzeba akomodacyi poniekąd przyznać zależność od zbieżności osi. Donders w pięknéj swéj pracy: „Beyträge zur Kenntniss der Refractions und Accomodations anomalien" 1) oświadcza się na korzyść téj zależności, choć nie zupełnie absolutnéj, objaśniając rzecz dokładniéj, starannie ułożonemi

1) Archiv für Ophtalm. Bd. VI. 1. pag. 86.

tablicami porównawczemi szerokości przestrzeni akomodacyjnéj, odpowiadającéj rozmaitemu stopniowi zbieżności osi ocznych tak u normalnie widzących, jakoteż u krótko i daleko widzów. Dlatego też przy wymierzaniu przestrzeni akomodacyjnéj potrzeba o ile można unikać wpływu zbieżności osi, gdyż nie uwzględniając go łatwo dojśćmożna do wniosków fałszywych.

Bierze się tedy wypukło-wypukłą soczewkę wysokiego numeru *np.* N + 4, + 6 i obserwowana osoba czyta z jéj pomocą N 1 prób druku Jägra. Soczewka dla tego tak silną być powinna, ażeby każdy chociażby najdalszy punkt, przez nią mógł być do bliższéj odległości przysuniętym (na przypadek jeśliby oko obserwowane było naddalekowidzące, [hyperpresbiopisch]); daléj dlatego, aby punkt daleki był tak zbliżony, iżby minimum kąta rozpoznawczego (Distinctionswinkel) bez w pływu nań pozostało. Przybliżając i oddalając książkę od oka możemy dokładnie odmierzyć punkt bliski i punkt daleki pomiędzy któremi i w których ten drobny druk jest widzialny.

Te sztuczne punkta (bliski i daleki,) które oznaczemy przez B' i D', mają się do naturalnych tychże punktów B i D w takim stosunku, iż promienie od B idące przeszedłszy przez soczewkę przyjmą taki kierunek jakby od B', a promienie od D, jakby od D' pochodziły. Mamy tedy dane B', D', i numer szkła do obserwacyi użytego, potrzebujemy tylko znaleść B i D dla poznania naturalnego punktu bliskiego i dalekiego; czyli mając dane o-

gnisko i odległość przedmiotu, musimy znaleść odległość obrazu.

Przy soczewkach wypukło-wypukłych, gdy się przedmiot znajduje pomiędzy szkłem a ogniskiem albotéż w samem ognisku, obraz jego będzie pozytywny gdy zaś za ogniskiem, to obraz jego będzie negatywny; używszy więc znajoméj już formuły (1) i podstawiwszy wielkości znane, z łatwością nieznane znajdziemy:

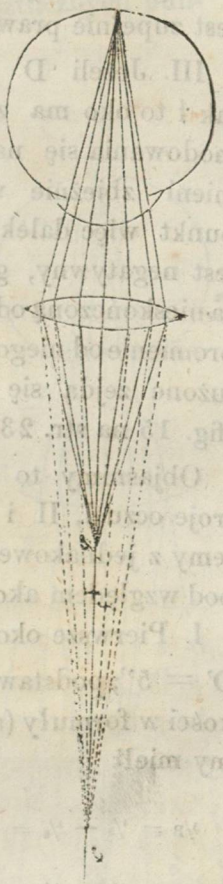


fig. 13.

I tak, będziemy mieli dla punktu bliskiego:

$$^1/_f = {}^1/_B - {}^1/_{B'} \text{ czyli}$$
$$^1/_B = {}^1/_{B'} - {}^1/_f \quad (a)$$

gdzie B' i f są dane.

Dla punktu dalekiego:

$$^1/_f = {}^1/_D - {}^1/_{D'} \text{ czyli}$$
$$^1/_D = {}^1/_{D'} - {}^1/_f \quad (b)$$

I. Jeżeli D' jest znacznie mniejsze niż *f*, to oko takie nie może się do promieni równoległych a zatem do przedmiotów w nieskończonéj odległości leżących zaakomodować, punkt daleki tego oka leży w odległości skończonéj, oko jest przy bardzo małem D' krótkowidzące. (fig. 13).

II. Jeżeli f i D' są sobie równe to punkt daleki tego oka leży w nieskończonéj odległości, a oko jest zupełnie prawidłowe. (fig. 14).

III. Jeżeli D' jest większe jak f to oko ma zdolność akomodowania się nawet do promieni zbieżnie wpadających, punkt więc daleki takiego oka jest negatywny, gdyż leży po za nieskończoną odległością, t. j. promienie od niego idące, przedłużone zejdą się po za okiem. (fig. 15 na str. 233).

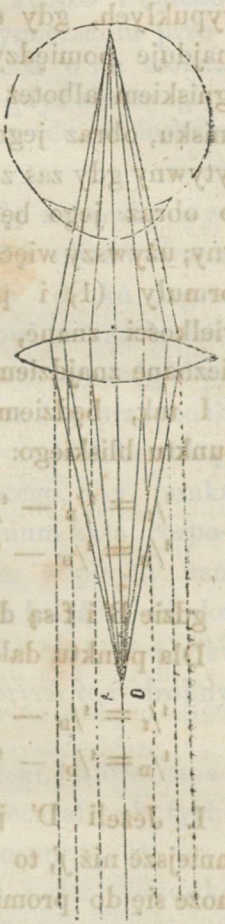


fig. 14.

Objaśnimy to przykładami: troje oczu I, II i III obserwujemy z jednakowem szkłem +6 pod względem akomodacyi.

I. Pierwsze oko ma B' = 3", D' = 5"; podstawiwszy te wielkości w formuły (a) i (b) będziemy mieli

$$^1/_B = {}^1/_3 - {}^1/_6 = {}^2/_6 - {}^1/_6 = {}^1/_6$$

$$^1/_D = {}^1/_5 - {}^1/_6 = \frac{6-5}{30} = {}^1/_{30}$$

Oko więc to będzie miało naturalny punkt blizki na 6" od oka, daleki zaś na 30", jest zatem krótkowidzące, akomodacya tego oka będzie:

$$^1/_A = {}^1/_6 - {}^1/_{30} = \frac{30-6}{180} = {}^{24}/_{180} = {}^1/_{7,5}$$

obliczając zaś akomodacyą podług sztucznych punktów bliskiego i dalekiego, wynalezionych przy pomocy szkła, będziemy mieli:

$$^1/_A = {}^1/_3 - {}^1/_5 = {}^1/_{7,5}$$

a zatem wartość dla $^1/_A$ zupełnie tęż samą.

II Drugie oko ma B' = 3, D' = 6, wymierzane z takiémże szkłem + 6; podstawiwszy w też same formuły (a) i (b) będziemy mieli:

$$^1/_B = {}^1/_3 - {}^1/_6 = {}^2/_6 - {}^1/_6 = {}^1/_6$$
$$^1/_D = {}^1/_6 - {}^1/_6 = 0 = \infty$$

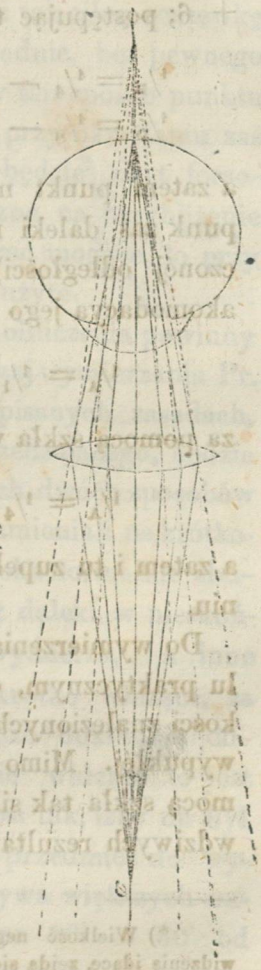


fig. 15.

oko więc to będzie miało naturalny punkt bliski na 6", naturalny zaś daleki w nieskończonéj odległości od oka, jest zatem zupełnie prawidłowe; dla akomodacyi jego znajdziemy wartość nastąpującą:

$$^1/_A = {}^1/_6 - {}^1/_\infty = {}^1/_6$$

obliczając zaś akomodacyę z wartości osiągniętych przy pomocy szkła

$$^1/_A = {}^1/_3 - {}^1/_6 = {}^2/_6 - {}^1/_6 = {}^1/_6$$

a zatem znowu wartość zupełnie taż sama.

III Trzecie oko ma B' = 4" D' = 8", soczewka + 6; postępując tak jak wyżéj będziemy mieli

$$^1/_B = {}^1/_4 - {}^1/_6 = {}^2/_{24} = {}^1/_{12}$$
$$^1/_D = {}^1/_8 - {}^1/_6 = -{}^2/_{48} = -{}^1/_{24} \quad (*)$$

a zatem punkt naturalny bliski na 12" od oka-punk zaś daleki negatywny (daléj jak w nieskończonéj odległości) oko to jest daleko-widzącém, a akomodacya jego będzie:

$$^1/_A = {}^1/_{12} + {}^1/_{24} \,(**) = {}^3/_{24} = {}^1/_8$$

za pomocą szkła wynaleziona

$$^1/_A = {}^1/_4 - {}^1/_8 = {}^2/_8 - {}^1/_8 = {}^1/_8$$

a zatem i tu zupełnie ten sam rezultat w porównaniu.

Do wymierzenia przestrzeni akomodacyjnéj w celu praktycznym, dosyć jest zrobić rachunek z wielkości znalezionych za pomocą soczewki wypukło-wypukłéj. Mimo to bowiem, iż wymierzenie za pomocą szkła tak silnego, nie da nigdy zupełnie prawdziwych rezultatów, zaleca się ono jednak prędzéj.

---

*) Wielkość negatywna t. j. promienie od punktu dalekiego widzenia idące, zejdą się w odległości 24" poza środkiem optycznym oka.

**) Zmieniamy znak jako w wielkości negatywnéj.

kością z jaką może być wykonane i dokładnością odpowiadającą wymaganiom praktycznym. Niedostatki tego sposobu wymierzania pochodzą głównie ztąd, że oko patrzące przez tak silną soczewkę nie patrzy nigdy zupełnie swobodnie, bez pewnego natężenia, a zatem określenie w ten sposób punktu dalekiego nie będzie dokładne, przy określaniu zaś punktu blizkiego akomodacya będzie zbyt forsowna i jeżeli są jakie siły poboczne na przybliżenie punktu blizkiego wpływ wywierać mogące, to przy takiéj próbie z pewnością będą użyte.

W celach naukowych robione obliczenia powinny być ściślejsze; zdaje mi się, iż rodzaj wymierzania Pr. Jägra 1) oparty na powyżéj opisanych zasadach, a jednak dokładniejszy od poprzedzającego, będzie tu najwłaściwszym. Różnica tych dwóch sposobów zależy na tém, żeśmy każde oko zamieniali na krótkowidzące, Jäger zaś akomodacyą oka normalnie zbudowanego, t. j. mającego punkt daleki w nieskończonéj odległości bez szkieł wymierza, a inne oczy tak daleko, jako też i krótko widzące, za pomocą szkieł stosownych bardzo dokładnie dobranych, zamienia na normalnie widzące to jest punkt ich daleki widzenia przenosi tak, iżby on był w nieskończonéj odległości. Za przedmiot do wymierzania punktu dalekiego, używa większych numerów swojéj skali druków, na 50' — 60' od

1) l c pag. 165.

oka obserwowanego umieszczonych. Punkt daleki wymierza po poprzedniém zakropieniu oka roztworem atropiny, albo innym środkiem porażającym akomodacyę; do wymierzania zaś punktu bliskiego czeka, aż porażenie mięśni zupełnie przejdzie i używa optometru Gräfego.

Opiszemy tu dokładnie wymierzania przestrzeni akomodacyjnéj u krótko i dalekowidzów.

U krótkowidzów probuje on najprzód, z jak najsłabszém wklęsłém szkłem czytać mogą wyrazy książki służącéj za punkt daleki; szkło znalezione, tak rozprasza promienie prawie równolegle od sztucznego dalekiego punktu idące, jakby te od naturalnego dalekiego pochodziły. Dla większéj dokładności robi jeszczę jedną próbę śledczą; do znalezionego szkła dodaje inne słabe wypukłe lub wklęsłe. Jeżeli te widzianego punktu nie pokazują wyraźniéj, to numer szkła jest dobry, w przeciwnym razie bierze szkło równe summie tych dwóch do próby użytych i próbę śledczą powtarza. Numer szkła tak wypróbowanego, daje odległość punktu dalekiego w calach znalezioną, jak może być najdokładniej. Następnie bierze optometr i przy témże samém szkle, z tąż samą dokładnością znajduje punkt bliski. Różnica tych dwóch wielkości, jako mianownik ułamku z jednością w liczniku; daje długość przestrzeni akomodacyjnéj. Podług wyżéj wymienionych zasad i formuł, dają się ztąd łatwo obliczyć naturalne punkta blizki i daleki.

U dalekowidzów wynajduje najsilniejszą soczewkę, z którą ci przedmiot daleki jeszcze wyraźnie wi-

dzą, t. j. taką, która promienie równolegle od przedmiotu idące tak skupi, iż one do oka wpadać będą zbieżnie, jakby od przedmiotu daléj niż w nieskończonéj odległości położonego; potem robi próby śledcze, a numer soczewki w ten sposób znaleziony, daje negatywną wartość punktu dalekiego, naturalnego; czyli odległość z tyłu oka, gdzie promienie zbieżnie na oko padające z dalekiego natu) ralnego punktu, zejśćby się powinny były. Następnie z témże szkłem i optometrem wynajduje punkt blizki. Różnica między temi punktami (jak wyżéj) pokaże długość przestrzeni akomodacyjnéj.

Po wielokrotnych i dokładnych obserwacyach, wszyscy (Gräfe, Jaeger, Donders) na to się zgodzili że przestrzeń akomodacyjna równająca się $^1/_5$ jest właściwą zupełnie zdrowemu normalnemu oku, $^1/_6$ należy także do dobrych ale nie do wzorowych, $^1/_3$ i $^1/_4$ rzadko bardzo i to w pewnym tylko wieku mianowicie dziecinnym napotykają się (naturalnie iż są także wzorowo dobre, ale nie normalne). Wszystkie inne są tém gorsze, im większy będzie mianownik ułamku, wartość ich wyobrażającego. Czy tedy mamy oko prawidłowe czy krótko lub daleko widzące, jeżeli akomodacya jego podług wyżéj wskazanéj normy jest dobrą ($^1/_4$, $^1/_5$, $^1/_6$), oczy te są z pewnością zdrowe.

Według Jägra (1), na co się zupełnie zgadzam, normalną przestrzeń akomodacyjną równającą się

1) l. cit. pag. 182.

$^1/_3$ napotykamy najczęściéj między 20 i 25 rokiem życia, w którychto latach, wszystkie inne funkcye organu widzenia najczęściéj są normalne; rzadziéj znajdujemy ją w młodszym wieku, kiedy przestrzeń akomodacyjna zwykle bywa większą, najrzadziéj w wieku podeszłym, w którym przecięciowo przestrzeń akomodacyjna bardzo jest małą.

Dr. *Narkiewicz Jodko.*

SPRAWOZDANIE

Z CZYNNOŚCI SZPITALA Śgo DUCHA PP. MARCINKANEK ZA ROK 1860.

Uwagi lekarskie z Oddziału gorączkowych

D^ra *Langowskiego.*

Rok 1860 policzyć można do szczęśliwszych, albowiem żadna z chorób w oddziale moim nie uwydatniła się dłuższém trwaniem, ani też większą liczbą ofiar, lecz po większéj części spotykałem się z chorobami, które każdo-rocznie stosownie do pory roku pojawiają się.

Zima odznaczała się zapaleniem płuc, opłucnéj, zajęciem gardła i krtani niekiedy tak uporczywem, a mianowicie też u ludzi zaniedbujących się, że energiczne leczenie i dłuższy pobyt w Szpitalu, był nieodzownym. Z pomiędzy chorych na zapalenie krtani, przytoczę jednego nazwiskiem *Gergéj*, któren przez opóźnione leczenie się pomimo silnéj budowy ciała i zupełnie zdrowego ustroju, przy wyczerpaniu środków, w skutek owrzodzenia błony śluzowéj krtani, a następnie strupieszenia saméj chrząstki, życie zakończył.

Zwątrobienie płuc czerwone, małemi upustami krwi, a mianowicie po 3 uncye przez dni 3 lub 4, tam gdzie bańki i emetyk nie były dostateczne, szczęśliwie znosiłem. Wysięki w opłucnéj po zapaleniu takowéj pozostałe, zawsze prawie pomyślnie wcieraniem maści sublimatowéj leczyły

się. Wiosna, jakkolwiek liczyła się co do stanu zdrowia do bardzo pomyślnych, sprowadziła katary przewodów oddechowych, pokarmowych, biegunki, zimnice, a niekiedy gorączki tyfoidalne i gośćce. Z wysypek jedna odra częściéj widzianą była.

Lato dostarczało jak zwykle po większéj części chorych z zimnicami, biegunką, a niekiedy krwawą; w ogóle liczba chorych była bardzo małą.

Jeśień szczególniéj już pod koniec, obfitą była w różnego rodzaju słabości, a mianowicie zapalenie przewodów oddechowych, gościec stawowy, gorączkę tyfoidalną, zimnice i róże. W gośćcu ostrym stawowym, wodojodan potażu w ilości drachmy na sześć uncyi co 2 godziny po łyżce, zawsze prawie z pomyślnym skutkiem był przepisywany. W gośćcach mięsnych zastarzałych, paralitycznych, z cudownym skutkiem używany był elektro-magnetyzm.

Do rzadszych wypadków policzyć można zapalenie rdzenia przedłużonego i pacierzowego, którego historya zamieszczoną jest w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego pod dniem 20 Listopada 1860 roku.

Z początkiem zimy, prócz chorób zapalnych, odra często pojawiała się, a z nią rozmiękczenia złogów gruzliczych. Do podobnego rodzaju wypadków zaliczyć mogę historyę choroby niejakiego Latusiewicza, którą tu po krótce opowiem.

Dnia 24 Października 1860 r. przybył do Szpitala Śgo Ducha *Latusiewicz* Felix, Uczeń Gimnazyum Realnego lat 17 liczący, który przed 2ma miesiącami przebył odrę dosyć szczęśliwie, lecz w miesiąc późniéj w skutek przeziębienia, dostał dreszczów co dzień powtarzających się, przyczem przez kilka dni przy odpluwaniu pokazywała się czysta czerwona krew. Z wysokiego stopnia wycieńczenia całego ciała i częstego urywanego oddechu, można już było wnosić o ciężkiem porażeniu przyrządu oddechowego; bliższe badanie klatki piersiowéj, wykryło mi stan płuc następują-

cy: Wypukiwanie płuca prawego na całéj przestrzeni dawało ton tępy, płuco lewe tylko w połowie niższéj dawało ton jawny. Przy wysłuchiwaniu w wierzchołku płuca prawego znalazłem oddech i głos jamowy (respir: et vox cavernosa), z czego wniosłem o istniejącéj dosyć znacznych wymiarów jamie. W średnim i dolnym zrazie płuca prawego oddech i głos oskrzelowy. W wierzchołku płuca lewego oddech był ostry zbliżony do oskrzelowego. Oddychanie było prędkie, kaszel częsty z plwocinami sluzoropiastemi, żyłkami krwi zafarbowanemi. Puls drobny, słaby 112 uderzeń, skóra sucha, nad ranem codziennie obfite poty.

Z dopieroco przytoczonego egzaminu chorego, pokazuje się, iż wierzchołek płuca prawego, przed pojawieniem się odry, już zajęty był przez gruzełki, które w następstwie rozmiękczywszy się w połączeniu utworzyły jamę.

Co do głosu oskrzelowego i tonu tępego w wierzchołku płuca lewego, i 2ch dolnych zrazach płuca prawego, te pochodziły z zapalenia w stopniu 2m, którotez przy właściwych środkach ustąpiło, a natomiast trzeszczenie pęcherzykowe przywrócone zostało.

Dnia 12 Listopada chory jakkolwiek w najwyższym stopniu wycieńczony, czuł się cokolwiek lepiéj i oddech miał swobodniejszy, od tego dnia zaczął się uskarżać na ból tępy pod prawą brodawką, który szczególniéj za dotknięciem wzmagał się. Przysłuch i wypukiwanie nic nie odkryły, wziąłem to za ból powierzchowny z odleżenia i zaleciłem kilka suchych baniek. Do wewnątrz gr. 1 emetyku na 6. uncyj wody.

Dnia 13 kaszel mocny z plwocinami sluzo-ropiastemi, poty wycieńczające, ból pod prawą brodawką zupełnie ustąpił, lekarstwo jak wyżéj.

W tym stanie z małemi odmianami chory zostawał do dnia 22 Listopada.

Dnia 23 zaczął się uskarzać na trudny oddech przy le-

żeniu na lewym boku. Przysłuch i wypukiwanie lewego boku nic nie odkryły, lecz w prawym nad brod awką na ca jeden już zaczynał się ton tępy idący ku dołowi. Mała przestrzeń pomiędzy wierzchołkiem płuca prawego a brodawką, dawała ton jawniejszy, sam wierzchołek jak od początku wejścia chorego do szpitala tak i teraz dawał ton tępy, oddech i głos jamowy. Przysłuch dolnego zrazu. płuca prawego, nie mógł odkryć najmnie jszego szmeru Porównywając stan obecny chorego z poprzednim, a mianowicie nieustającą gorączkę, puls 140, oddech prędki, krótki, ton tępy z prawéj strony klatki piersiowéj, brak wszelkich szmerów, pozycyą leżenia chorego tylko na prawym boku, wreszcie wycieńczenie ciała do najwyższego stopnia, domyślać się należało wysięku ropiastego w jamie prawéj klatki piersiowéj. Od tego dnia codziennie w skutek przybywania ropy, żebra z prawéj strony coraz więcéj wyginały się na zewnątrz. Ton tępy zajmował całą prawą stronę tak z przodu jak i z tyłu klatki piersiowéj, oddech tylko w wierzchołku i to jamowy słyszeć można było. Twarz blada potem okryta, usta sine, puls słaby 120 nitkowaty, oddychanie 56 razy na minutę, jednym słowem bliski uduszenia.

Dnia 11 Grudnia w skutek narady z kollegami *Kwasniewskim* i *Wrotnowskim*, uznaliśmy za konieczne nakłócie klatki piersiowéj dla wypuszczenia ropy.

Obrawszy za najwłaściwszy punkt pomiędzy 9 a 10 żebrem z prawéj strony z przodu, wprowadziłem troakar i wypłynęło 9 funtów czyli przeszło garniec zielonéj ropy. Po wyjściu takowéj, zaszprycowałem płynem złożonym z 1½ funt. wody 2½ uncyi nalewki jodowéj, który wypływając wyprowadzał jeszcze znaczną ilość ropy. Po skończonéj operacyj, wprowadziłem rurkę cynową na cal długą opatrzoną korkiem woskowym i zabandażowałem.

Stan chorego był następujący: Oddech swobodniejszy 48 razy na minutę, puls 100, wysłuchiwanie w wierzchoł-

ku płuca przedstawiało oddech jamowy, poniżéj żadnego szmeru słyszeć nie można było. Wypukiwanie prócz w wierzchołku tępe, w całéj prawej stronie bębniste. Przepisałem wino czerwone łyżkami dla podbudzenia sił.

Dnia następnego, to jest 12 Grudnia, znalazłem chorego spokojnego z uśmiechem na twarzy, pulsem 92 i oddechem swobodnym 32 razy na minutę. Od 4 żebra w dół idąc z prawéj strony ton jawny, powyżéj 4 żebra tępy. W wierzchołku płuca prawego oddech i głos jamowy, w średnim i dolnym zrazie trzeszczenie wilgotne, język czysty wilgotny, w nocy było jedno wypróżnienie stolca rozwolnione. Po odetkaniu kurka woskowego zaszprycowałem płynem wyżéj wspomnionym, z którym jeszcze mała ilość odeszła ropy, przepisałem odwar chiny z ½ uncyj na sześć z dodatkiem ½ drachmy kwasu siarkowego rozcieńczonego co 2 godziny łyżkę, prócz tego wino czerwone łyżkami.

Wieczorem tegoż dnia puls znalazłem 104 słaby, niknący, oddech 40 razy na minutę. Z prawéj strony klatki piersiowéj, od podstawy aż do 4 żebra trzeszczenie wilgotne, w górze głos jamowy. Z lewéj strony oddech ostry. Kaszel się powiększył przy którym odpluł na raz krwi czerwonéj drachm 3. Pomimo tego chory oświadczył, że czuje się znacznie lepiéj jak z rana. Trzeci raz zaszprycowałem płynem powyższym i tym razem wyszedł zupełnie czysty bez śladów ropy. Ponieważ nie znosił odwaru chiny, przepisałem 6 gran chininy rozpuszczonéj w kwasie siarkowym z 3ma uncyami wody co 2 god: łyżkę.

Dnia 13 Grudnia noc była niespokojną, kaszel suchy, puls 128—oddech 44 na minutę, język wilgotny czysty, wypróżnienie jedno rozwolnione. Wypukiwanie w niczem nie zmieniło się, przysłuch z prawéj strony w dole dawał odgłos metaliczny, z lewéj pęcherzykowy ostry. Przepisałem napar ipekakuany z gr: X na 6 uncyj, co 2 godziny łyżkę. Wieczorem znalazłem chorego siedzącego na łóżku i opowiadającego o swéj operacyi. Puls miał 100, od-

dech wolny 36 razy na minutę, kaszel lekki wilgotny, szprycowania nie robiłem, gdyż ostatni raz czysty bez ropy odchodził płyn; środki te same.

W nocy najspokojniéj bez uskarżania się na jekiekolwiek bóle, bez wydania najmniejszego jęku, życie zakończył.

W 48 godzin po śmierci przy odkryciu klatki piersiowéj znalazłem z prawéj strony tejże, małą bardzo ilość bo nieprzenoszącą 2 uncyi ropy, opłucna przyrośnięta do żebra, dolny i średni zraz płuca prawego znacznie w objętości zmniejszony i wypełniony krwią czerwoną pienistą; w wierzchołku jamę wielkości kurzego jaja, ropy niezawierającą.

Lewe płuco zupełnie zdrowe, gębczaste, koloru naturalnego.

Wszystkie inne organa, jak serce tak i trzewy brzuszne nic szczególnego nie przedstawiały.

Z powyższego opisu pokazuje się, że chory od dawna nosił zarodek śmierci w wierzchołku prawego płuca—jednak bliższa przyczyna śmierci leżała w poprzedniém zapaleniu opłucnéj, z któréj powstała ropa w klatce piersiowéj.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

O KOŁTUNIE.

(Dr. *Segel.*)

Pod imieniem „lues sarmatica, cornificata, kołtun nadwiślański v. żydowski" rozumiemy chorobę, któréj ojczyzną ma być Tartarya, Rossya i Polska, a któréj prócz nadmienionych nadają jeszcze mnóstwo innych nieraz ciekawych, częściéj niedorzecznych nazwisk. Istotą rzeczy, a raczéj *najpewniejszym i jedynym objawem rzeczonej choroby*, jest sam *kołtun t. j. zwitek najrozmaiciéj poplątanych i zlepionych włosów*, pokrywający i zniepodobiający głowę chorego, a którego objawu zasada potalogiczna niedocieczoną pokryta zostaje tajemnicą z powodu, że lekarze, którzy zasadę istnienia kołtuna jako *formy nosologiczéj przypuszczają, pomiędzy sobą najmocniéj się różnią*, ci zaś *którzy zgadzają się w zdaniu, istnieniu takiéj zasady najzupełniéj zaprzeczają.*

Jeżeli dawniéjsi uczeni bronili zdania, że charłactwo kołtunowe zródło swe czerpie w jakimś szatańskiego pochodzenia duchu, zgadzamy się na to zupełnie— a to z przyczyny, że z charłactwem tém ma się niewątpliwie tak samo

jak z owym duchem, którego dzisiejsi myśliciele żadnym sposobem uznać niechcą, bo niemogą, a którego na dowód wiarogodności, inni oświeceni z podziwiającą ściśłością przybierają w sierć, rogi, kopyta i stósowany kapelusz.

W postępie czasu zagładzającym tyle myśli wzniosłych i śmiesznych, pokuszono się wyszukać dla charłactwa kołtunowego nieco trwalszéj podstawy jak była niegdyś duchów piekielnych; jakoż istotnie przypuszczono, że istnieje w tym razie jakaś „kołtunowa ostrość, *materia plicosa*", a nawet jakaś *sprawa rogowacenia*, w obec któréj utworzona we krwi *istota rogowata*, zamiast odżywiania i wytwarzania paznokci, wichrzy po ciele chorego.

Podawany tu obraz przypadłości skutkiem burzenia onych ostrości powstałych, przedstawia się zarówno obszerny jak mdły, opis zaś jego bywa zarówno zozwlekły jak czczy i bez znaczenia.

Objawy kołtuna *utajonego*, którego obecność nie przedstawiła się jeszcze oczom lekarskim w formie pilśnienia włosów, mają być: czułość powłoki czaszkowéj, zawroty, szum w uszach, czerwoność białkówki, ból twarzowy, nudności, gniecienie w dołku podsercowym, trętwienie członków, uczucie przewracania w żywocie, kurcze rozmaite, wyglądanie schorzałe skrofuliczne, nabrzmienie stawów, wysypki długotrwałe, wrzody kostne, stwardnienia brzuszne, zapalenie pęcherza, płuc, żołądka i jelit, upławy i. t. p.

Po tym okresie zapowiednim następuje w 1—8 lat, zbawienna zmiana w częściach włosami pokrytych i w paznokciach. Wówczas grubieją włosy znacznie, a podcięte krwawią. Gruczoły skórne wydzielają teraz ciecz śluzową, ropiastą, lepką miodowatą i tłuszczową, przyczem zwijają się włosy w strzępki, kiście, grudki i kłębki. Niekiedy jednak w braku rzeczonych wydzielin, spilśniają się włosy, począwszy od końców, zapewne w skutek wpływu klimatycznego, w którymto razie powstaje *kołtun suchy*.

Dla uzupełnienia a może uprzyjemnienia nauki o kołtunach, wprowadzono tu także różnicę płci t. j. podzielono kołtun na męzki i żeński, z których drugi *rozległością* odznaczać się powinien.

Przypadłości ustępują z pojawieniem się kołtuna, a biada temu, kto się poważy przyłożyć doń świętokradzką rękę z nożyczkami, zanim kołtun nie uschnie i sam nieobumrze. W tych zaś wypadkach, gdzie utworzenie się kołtuna samo z siebie nie nastąpiło, niedozwolono lekarzowi, obok wynurzenia szczerego współczucia dla cierpień chorego, do żadnéj innéj sięgać pomocy, chyba doradzić założenie kołtuna sztucznego, który wszelako rzadko tylko równie jak koł. naturalny, skutecznym się okazuje.

Do etiologii koł. zaliczają mnóstwo najróżnorodniejszych stosunków i okoliczności, które razem zebrane, wydadzą co najwięcéj *okrągłe zero.*

Są i tacy, co usiłują połączyć chorobę koł. z innemi uznanemi zakażeniami; usiłowania te wszakże okazały się w gruncie niemniéj bezowocne. Oto np. jak opiewa jedna z owych ciężarnych definicyi eklektycznych: kołtun nie jest wprawdzie syfilis, wszelako czestokroć się z nią łączy, kołtun nie jest artritis, ale ma wielkié do niej podobieństwo, nie jest to scrofulosis, ale mało napotkasz chorych kołtunowych, którzyby nie byli skrofulicznymi.

To jedno orzeczenie godne wyroczni Pythyjskiéj, wystarcza, aby się przekonać jak daleko sięgały dobre chęci badaczy kołtunowych, którzy dla braku zasady patologicznéj miejscowéj, zapuszczali się na bezdrożne manowce. Naszém zdaniem, tu jak wszędzie, mieści się prawda w środku tych głębokich, przesadnych i niedorzecznych zdań, wywodów, wniosków i teoryj.

Nieulega wątpliwości, ze kołtun rozpościerał najszersze panowanie swe w czasach napadów tatarskich na nieszczęśliwy kraj Polski, które oprócz mordów, pożogi i wszelkich innych klęsk sprowadziły do Polski trąd ze wszystkiemi odcieniami jego.

Z powodu, że wyniszczony tylu nieszczęściami naród rozpowszechnieniu się trądu żadnéj skutecznéj nie mógł kłaść tamy, a zubożony i moralnie przygnieciony lud w takich stosunkach co raz bujniejszemu rozwijaniu się choroby wprowadzonéj pomyślne przedstawiał warunki, nic dziwnego, że choroby te do najwyższego urosły stopnia. Tak samo nie trudno pojąć, że w ciągu panowania powyższych chorób, mogły częstokroć i włosy wraz z paznokciami ulegać najrozmaitszym zmianom, a niekiedy spilśnieniu włosów, które zatem bez uciekania się do właściwych kołtunowych ostrości, jedynie na zasadzie formy pod imieniem *Pellagra* znanéj, wyprowadzić i wszystkie towarzyszące temu przypadłości wytłómaczyć można. Wszakże gmin ówczesny, zdziwiony niesłychanemi zjawiskami, zdając się na wiarę niezbyt głęboko ukształconych współczesnych Lekarzy, posunął się daléj i poczytał chorobę kołtunową za *własność narodową*, czemu jednakże za świadectwem Mastaliera, Prosiejowskiego i Holata stanowczo zaprzeczyć można, którzy tę samą chorobę napotkali w Szwajcaryi, Wiedniu, Hollandyi, w Chinach i Niemczech.

Choroba zaginęła w tuż podanych krajach zupełnie, gdy tymczasem w Polsce zmniejszyła się tylko liczba kołtunów a to w miarę postępu cywilizacyi i wykształcenia obyczajów, niemniéj rozszerzenia zdrowszych pojęć lekarskich. Ciemnota tylko prostego ludu i zatwardziały przesąd, przez stare baby i niedowarzonych medyków utrzymywany, od którego i klasa wyższa społeczeństwa nie zupełnie jest wolną, utrzymuje się jeszcze przy zdaniu średniowiecznem i we wszystkich przeciągłych chorobach widzi utajoną chorobę kołtuna, którą na jaw wyprowadzić wszystkiemi usiłuje sposobami. Wierni temu przekonaniu poczytują cierpienia syfilityczne, artrytyczne, lub wcale innego rodzaju choroby z pojawieniem się powyższych przypadów za cierpienie kołtunowe, namaszczają włosy chorego płynami kle-

istemi, jak smoła, miód i. t. p. dla wywołania spilśnienia włosów, przyczem cierpienia, najczęściéj siłą wyobraźni pokonane, niekiedy choć chwilowo ustępują.

Sztucznym tym kułtunom niezaprzeczają nawet najzagorzalsi zwolennicy nauki kołtunowéj, utrzymują wszakże, że pomiędzy temi sztucznemi przynajmniéj 5% znajduje się kołtunów prawdziwych. Jakkolwiek przyznajemy, że owe 5 na sto powstać mogą istotnie bez działania lepkich cieczy samowolnie namaszczonych, pamiętać jednak wypada, że powodem śpilśnienia włosów może jeszcze być wydzielana ciecz z chorób skórnych, albo lepkość potu tak często przy cierpieniach skrofulicznych, artrytycznych i syfilitycznych napotykana, tembardziéj ile że chorzy tacy, trapieni bólami głowy, nader często głowę zawijać zwykli, zapominając zupełnie o czesaniu włosów, co wszystko jak łatwo przyjąć, zwinięciu się włosów, bardzo sprzyjać musi.

Zważywszy to wszystko, zrozumiemy łatwo powyżéj przytoczoną definicyją kołtuna i wytłumaczymy wiele przypadów téj chorobie przypisywanych.

Że kołtun nie jest wyłączną własnością choroby syfilitycznéj, jakto w najnowszym czasie utrzymywano, przyzna każdy, kto zna syfilis i choć kilka razy chorego z kołtunem widzieć miał sposobność tem bardziéj, że prawie niemasz choroby, którąby z kołtunem przebiegać niemiała.

Przed niedawnym czasem widziałem kobietę wiejską z kołtunem bliską funt ważącym, któréj cierpieniem był kurcz żołądka bez żadnego powikłania, a która przyznała się, że zwinienie włosów było sztuczne przed kilku laty samowolnie sprowadzone.

Przy bliższém badaniu zwitku, którego obciąć żadnym sposobem chora niedozwoliła, nieznalazłem krom miejscowego złuszczenia skóry niewątwliwie skutkiem wiszącego ciężaru powstałego i mnogiéj liczby żyjących istot o niechlujności chorej świadczących, żadnéj innéj zmiany chorobowéj. Prócz tego spotykałem inne kołtuny u cho-

rych rozmaitym cierpieniom uległych, iako: dnie, syfilis, migrenie, noma i. t. p. Widziałem dzieci płci obojga, noszące odpowiednio rodzajowi swojemu kołtuny, u którychto chorych okazywały się wybitne znaki choroby skrofulicznéj.

Większa część tych kołtunów dawała się wyleczyć wyłącznym użyciem grzebienia i nożyc, z zachowaniem przestrogi, aby głowy takich chorych przez jakiś czas po oddaleniu kołtuna, zachować w cieplejszéj temperaturze dla ochronienia od zaziębienia, co po długotrwałem istnieniu kołtuna mianowicie w formie czapki głowę pokrywającego, nader łatwo nastąpić może.

Użycie nożyc jednakże nie tak łatwo da się zastosować tam, gdzie przesąd i ślepa wiara głębokie zapuściła korzenie, a lekarz często zmuszonym jest powstrzymać się w zapale podcięcia kołtuna szczególnie u chorych, gdzie pomyślnego zakończenia choroby spodziewać się nie może. Tak np. stało się u mojego chorego z Noma, u którego ograniczyłem się na powstrzymaniu zgorzeli, albowiem osoby otaczające o odjęciu kołtuna wspomnieć sobie nawet nie dali. Kołtun ten padł pod nożycami Wiedeńskiego lekarza, wszelako po śmierci chorego w skutek gruźlicy nastąpionéj, niewahały się niewiasty utrzymywać, że powodem zgonu było podcięcie kołtuna.

Bądź co bądź tegoczesna historya podaje jeden silny dowód, że naruszenie kołtuna nie pociąga za sobą tak szkodliwych, jak niegdyś mniemano, skutków. Gdy bowiem przed kilku laty rząd austryacki zarządził statystyczne obliczenie kołtunów w Galicyi, a w jednéj wiosce rozeszła się wieść, że to się dzieje dla nałożenia podatku na kołtuny, uciekli się *wszyscy właściciele kołtunów bez namysłu do nożyc i brzytwy*, a wyznaczona na ten cel Komissya znalazła w téj wiosce wprawdzie *wiele głów nagich, ale żadnego umarłego ani chorego.* Przykład ten nie jest sam jeden, bo w dawniéjszych czasach znajdujemy go history-

cznie stwierdzonym, mianowicie w pierwszéj połowie 17go wieku, kiedy przyboczny lekarz Króla Polskiego, *Dawison*, bez szkodliwych następstw obciął kołtunów 10,000.

Co się tyczy teoryi nieprawidłowéj *sprawy rogowacenia*, niech nam wolno będzie zapytać się, dla czego owa istota z krwi chorego utworzona, nie popisuje się ze swoją dziwaczną chorobliwością na głowach tych, którzy dla jakichkolwiek przyczyn w miejscu włosów nagą przedstawiają łysinę? wszak tu powinnaby ta zniepotrzebowana istota w najobfitszym znajdować się zbytku. Wszakże dajmy pokój teorjom, a pójdźmy za przykładem Dawisona, który wyrzekł: Si hoc consilio usi fuerint ante decursum annorum viginti et apparuerit plica in tota Polonia, capite plectar pro proemio".

(Allgem. Wien. medi. Zeitung. Nr. 47).

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

POSIEDZENIE

z dnia 15 *Kwietnia* 1862 *r.*

(Prezes Dr. Kulesza).

Po odczytaniu i przyjęciu protokułu ostatniego posiedzenia,

P. Stanisław *Janikowski* zdał sprawę ze szczegółów hygienę publiczną mianowicie zaś szpitalną obchodzących, zawartych w rozprawie Dr. *Topinard* p. n. „Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise. Paris 1860".

Wspomniawszy naprzód o organizacyi lekarskiéj w Anglii, przeszedł do nauczania lekarskiego w Londynie i do organizacyi szpitalów londyńskich, a w szczególności szpitala *Gaja* (Guy's Hosp): przytaczając co do tych przedmiotów mało u nas znane szczegóły, następnie mówił o śmiertelności przy operacyach chirurgicznych, któréj stosunek daleko mniejszy jest w szpitalach londyńskich niż w naszych (np. po wszelkich amputacyach śmiertelność w Londynie jest *dwa razy* mniejsza). Tę wyższość szpitali angielskich przypisują znawcy lepszym hygienicznym warunkom tych szpitali, P. *Topinard* zaś lepszéj hygienie sal, użyciu środków wewnętrznych wzmacniających i pobudzających i zaniechaniu użycia skubanki.

Co do hygieny sal, zasługują na uwagę łóżka bez firanek, nie tak gęsto obok siebie położone jak w szpitalach francuzkich,— sale oddzielne dla operowanych lub mających róże i. t. p., wietrzenie sal za pomocą kominków, na których nieustannie ogień się pali, sale oddzielne w których konwalescenci dzień spędzają, umywalnie na każdém piętrze, wychodki wzorowéj czystości i liczna posługa.

Co do środków wzmacniających i pobudzających godna jest wzmianki pożywna dyeta, którą Anglicy w szpitalach hojnie szafują, szczególnie zaś względem operowanych, nadto porter, piwo angielskie i wódka, których też nieszczędzą w oddziałach chirurgicznych.

Opatrunek ran w szpitalach angielskich odznacza się swoją prostotą: oto jedyne jego części składowe, z zupełnem usunięciem zwykłéj skubanki, wszelkich maści, tudzież licznych opasek, co wszystko ma tylko zwiększać ropienie.

1, *lint* czyli szarpie angielskie, t. j. tkanina lniana lub konopna, umyślnie na ten cel przysposabiana, po jednéj stronie kosmata, napojona— 2, *woda* czysta lub zawierająca w roztworze środki ściągające i. t. p.;— 3, na to jaka materya lekka, wody nieprzepuszczająca (papier Dr. *Mac Ghie*).

Pierwszy opatrunek ran operacyjnych uskutecznia się w Angli zwykle dopiero w 5 lub 6 godzin po operacyi.

P. *Korzeniowski* co do tego ostatniego punktu objaśnił, iż w ten sposób ma być daleko łatwiéj tamować następne krwotoki, rana się nie rozgrzewa, krew nie przeszkadza bezpośredniemu złączeniu i szczelne zbliżenie brzegów rany ma być ułatwione. Téjto okoliczności Anglicy w części przypisują daleko częściéj u nich, niż na stałym lądzie zdarzające się zagajanie ran *per primam intentionem*. Kol. K. z własnego doświadczenia nie może nic wyrzec ani za, ani przeciw temu postępowaniu

P. *Chwat* ze względów teoretycznych był zdania, że w wielkich ranach, gdy chory był chloroformowany, należy opatrywać zaraz po operacyi.

P. *Gliszczyński* przypomniał, że Langenbek w Berlinie, który miewa nadzwyczaj pomyślne wypadki co do bezpośredniego spajania się ran operacyjnych (nawet po wyłuszczeniach stawów), brzegi rany zawsze łączy zaraz po operacyi, sale zaś jego kliniki pod względem hygienicznym nie przedstawiają nadzwyczaj korzystnych warunków.

P. *Korzeniowski* co do hygieny sal w szpitalach angielskich, nadmienił jeszcze wielką czystość podłóg, które nie są ani pokostowane ani woskowane, a myją się dwa razy na tydzień.

Pod względem dyety wspomniał, że Anglicy *zaraz po operacyi* dają pożywne pokarmy i środki podbudzające i temu po części przypisują pomyślne w swych szpitalach wypadki. Kol. K. z doświadczenia w szpitalu Dz. Jezus skłania się do tegoż postępowania.

P *Natanson* w związku z tą ostatnią kwestyą rzucił pytanie, czyli powszechnie przyjęte trzymanie położnic na ścisłéj dyecie (w pierwszych dwóch dniach na samym rumianku, następnie do 4go lub 5go na kleiku) jest rzeczą niezbędną? Kol. Nat: w téj mierze trzymał się téj zasady, że gdzie poród był normalny, gdzie nie było stanu gastrycznego, daje położnicom pokarmy pożywne, byle dobrze strawne i byle nie w zbytniéj ilości, nie widząc z tąd złych następstw; owszem w ten sposób dobrze karmione położnice mogłyby były już 4go lub 5go dnia po porodzie wstać, i rzadko u nich powstawała gorączka pokarmowa.

P. *Gliszczynski* z doświadczenia swego się przekonał, że wszędzie gdzie położnicom dawano posilne pokarmy, powstało silne zamulenie żołądka, albo w gorszych razach metroperitonitis lub peritonitis. I nic w tem dziwnego jeżeli wezmiemy pod uwagę, jak dalece utrudnione jest u położnic krążenie w trzewiach brzusznych przez zapełnienie

ich massą kału; tudzież, że stan położnicy da się porównać ze stanem człowieka po wielkiéj operacyi chirurgicznéj.

Co się tyczy możności wstania z łóżka, to się zdarza, że i położnice trzymane na ścisłéj dyecie chcą wstać już 3go dnia albo i wcześniéj, nie idzie jednak za tem, iżby takiemu żądaniu należało zadość uczynić.

Wcześnie apetyt ów zjawiający się czasem u położnic 1go, 2go lub 3go dnia po porodzie, jest tylko zwodniczy, 5go i 6go już jest mniejszy a język bywa już obłożony.

P. *Łuczkiewicz*, uważając poród za akt fizyologiczny był zdania, że położnice można dobrze żywić jeśli poród odbył się prawidłowo, jeśli osoba jest zdrowa i jeśli przewód pokarmowy oczyszczony jest z kału.

P. *Bącewicz* przemawiał za potrzebą szczegółowych wskazań.

Kobiety wiotkie, blade, blondynki, z bladym językiem można dobrze karmić; przeciwnie u kobiet silnych, pletorycznych, brunetek, nawet przy czystym języku sam już rosół wywołuje dreszcze i obawę gorączki mlecznéj. Kładł też kol. B. przycisk na to, że każdy poród jest procesem traumatycznym.

P. *Natanson* zgadzając się na to, iż trzeba indywidualizować, sądził, że wskazania dadzą się głównie wyciągnąć ze stanu narzędzi trawienia. Ze zdziwieniem usłyszał słowa kolegi Glisczyńskiego, iż we wszystkich wypadkach gdzie położnica była dobrze karmioną, powstawało zamulenie żołądka lub peritonitis. Dawni autorzy przeciwko dawaniu pożywnych pokarmów położnicom wcześnie po porodzie, przytaczali ten wyrozumowany argument, że organizm położnicy musi się przyzwyczaić do pletory, który się w ciągu ciąży wywiązał, powód ten jednak upada, gdy zważymy utraty, na jakie właśnie przy téj sprawie kobieta jest wystawiona przez krwotoki, różne upławy i. t. p.

P. *Bącewicz* z przezorności praktycznéj radzi unikać postępowania zalecanego przez kolegę Natansona, bo niedawanie pożywnych pokarmów nie zaszkodzi, przeciwnie zaś gorączkę połogową powstałą z innych przyczyn łatwo ktoś będzie mógł przypisać pożywnemu karmieniu.

P. *Helbich* nie widział nigdy u położnic apetytu w pierwszych dniach po porodzie.

P. *Korzeniowski* przemawiał za pożywną dyetą, obłożenie zaś języka u położnic trzymanych na ścisłéj dyecie powstające 5go lub 6go dnia, przypisywał draznieniu błony śluzowéj żołądka próżnego przez nagromadzający się sok żołądkowy.

P. *Gliszczyński* tłómaczenie to uważał jako wyszukane.

P. *Natanson*, uogólniając kwestyę wspomniał, że podobne wątpliwości co do odżywiania chorych w stanach traumatycznych, w tyfusie i. t. d. w ostatnich czasach rozstrzygano skłaniając się bardziéj do pożywnego karmienia.

P. *Łuczkiewicz* upatrywał w tém właśnie wpływ panującéj obecnie zasady terapeutycznéj w przeciwieństwie do poprzedzającego okresu historyi medycyny—a zdanie swe co do toczącéj się właśnie kwestyi tak sformował, że w pierwszych dniach połogu osoby silne *mogą* być na ścisłéj dyecie, osoby zaś wiotkie *muszą* być dobrze żywione.

W końcu posiedzenia Towarzystwo w potrzebnym komplecie zebrane, przystąpiło do głosowania, skutkiem którego Prof. *Tyrchowski* jednomyślnie obrany został na członka czynnego Towarzystwa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

DO

Szanownych P. T. Lekarzy praktykujących w kraju Królestwa Polskiego.

Liczne i częstokroć bardzo ciężkie uszkodzenia ciała, wydarzające się u osób zatrudnionych przy machinach rolniczych i gospodarskich, dały powód Towarzystwu Lekarskiemu do troskliwego zajęcia się tym przedmiotem pod względem profylaktycznym, w zamiarze usunięcia— o ile to zakres działania Towarzystwa pozwoli—szkodliwie tu działających warunków i zapobieżenia tym sposobem nader smutnym następstwom, tak dla robotników jako i właścicieli ziemskich, z nadmienionych obrażeń wynikającym.

Towarzystwo Lekarskie, powodowane mnożącą się coraz bardziéj liczbą wypadków, czując nagłą potrzebę bezzwłocznego działania, wyznaczyło z łona swego osobny komitet z poleceniem, aby komitet ten, po starannem zbadaniu wydarzonych dotąd przykładów uszkodzenia powstałego *bezpośrednio w skutek i przy użyciu machin* rolniczych i gospodarskich, obmyślił środki, przy pomocy których zdołanoby uniknąć nadal tak częstego powtarzania się rzeczonych nieszczęść.

Zebrany w dniu 10 Maja b. r. na pierwsze posiedzenie Komitet postanowił przedewszystkiem, dla zgromadzenia jak największéj liczby danych statystycznych, poprosić naj-

uprzejmiéj wszystkich kolegów w kraju Królestwa Pols. praktykujących (i których wezwanie to dojdzie), aby w imie dobra ludzkości i nauki, raczyli pomocą swoją wesprzeć Towarzystwo w wykonaniu zamierzonego celu.

Pomoc Szanownych Kolegów zamieszkałych na prowincyi będzie w tym względzie tem potrzebniejszą i korzystniejszą, ile że oni właściwie mają najwięcéj sposobności widzenia i leczenia chorych tego rodzaju i najbardziéj uczuwać muszą potrzebę zaradzenia pomienionemu złemu.

Jmieniem Towarzystwa lek. uprasza przeto komitet Szanownych kolegów, aby byli łaskawi nadesłać jak najrychléj, wykaz wszystkich od początku 1861 r. obserwowanych przez siebie wypadków uszkodzenia w mowie będącego, z oznaczeniem: *rodzaju obrażenia, machiny i części tejże przy któréj się ono wydarzyło, niemniéj wieku i płci chorego, w końcu przyczyny oraz rodzaju czynności, która na uszkodzenie wpłynęła—i zakończenia choroby.*

Komitet ufny w dobrą wolę Szanow. kolegów i szczérą chęć niesienia pomocy bliźnim pracującym przy machinach, których użycie tak ważne w kraju naszym przeważnie rolniczym, z każdym dniem mnożyć się i rozpowszechniać musi, żywi niepłonną nadzieję, że Szanowni koledzy prośbie téj *niezwłocznie zadosyć uczynić zechcą.*

Wymagane doniesienia nadsełane być mają: do Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego Dr. Szokalskiego.

Dr. *Kulesza* Prezes Tow. lek. Warsz.
Dr. *Szokalski* Sekretarz stały T. l.

WYJAŚNIENIE.

Doktór Neugebauer zamieścił w poszycie 2im Pamiętnika Lekarskiego opisanie: „przypadku rozdarcia się śródkrocza u rodzącéj dotkniętéj zrostem warg sromnych i wystąpienia tą drogą płodu w sposób nadzwyczajny."

Określając uszkodzenie Dr. N. podaje:

„że za opisanym mostem (zajmującym tył szpary sro-
„mowéj) znajdowała się rana przenikająca całą
„grubość śródkrocza. Rana ta miała 2¼ cala długo-
„ści a około 1 cala szerokości i rozciągała się od
„tylnego brzegu onego mostu, aż pod sam otwór stol-
„cowy; ściany jéj pokryte były zdrowemi granula-
„cyami i w częściach ich najbardziéj posuniętych
„ku przodowi położonych, znać już było początki
„zabliźnienia. Kiszka odchodowa nie była obrażoną,
„a gdy, jak to już z anamnezy wynika, także i tylny
„brzeg mostu połączającego wargi sromne większe
„sam był od obrażenia wolny, przeto więc u osoby
„téj istniejące rozdarcie dotyczało samego tylko
„śródkrocza." Dr. N. widział chorą w trzy tygodnie po porodzie.

Wyżéj jeszcze Dr. N. opisując proces porodu podany mu przez akuszerkę Kujan, którą nazywa kobietą doświadczoną, przytacza w drobiazgowém opisaniu przez nią tego zajścia, że: *główka okazała się w szparze sromowéj*"

Nareszcie na str. 71, z podług udzielonych wiadomości przez podpisanego, „znać było na tylnéj części czaszki

(dziecka) silno rozwinięte ciemno-sine przedgłowie od bledszéj reszty powierzchni głowy kulistą linią ostro ograniczone." Dalej zaś „pępkowina miała około 20 cali długości, i łożysko stosunkowo wielkie nie przedstawiało nic nadzwyczajnego."

Co do mnie, zapytany byłem w prawdzie przez Dr. N. czy przedgłowie u dziecka było wyraźne, ale odpowiedziałem, że tego dobrze nie pamiętam lecz że dostarczę mu wypis z protokułu czynności sądowo-lekarskiéj, którą dopełniłem i że doręczą go na najbliższém posiedzeniu Towarzystwa. Stawiłem się, lecz Dr. N. nie było, a widząc że uczony kolega użył mego nazwiska i przytacza fakta o których mu bynajmniéj nie wspominałem, jestem w konieczności wystąpić z objaśnieniem, które wpłynie zapewnie na zapatrywanie się na wypadek ten, czytających kolegów i samego Dr. N:

Dnia 30 Października r. z a zatem w 48 godzin po porodzie, dopełniłem czynność sądowo lekarską w assystencyi Członków Sądu Policyi Prostéj Wydziału IIgo w celu wykrycia śmierci dziecka Matyldy S, ponieważ kobieta ta powiła dziécię w nieślubnym związku.

Rzuciwszy kilka pytań a mianowicie: czy ciążę taiła, jacy byli świadkowie przy porodzie, udałem się do miejsca gdzie zwłoki dziecka były złożone, i w ówczas zapytałem się akuszerki, użytéj do rekognicyi zwłok, jaki właściwie był poród. Na to mi odpowiedziała Kujan: że od lat 20 czy 30 praktykuje, a takiego jeszcze porodu nie widziała, bo dziécię *stanęło do porodu główką a przyszło na świat nóżkami.* Nie mało zdziwiony podobną odpowiedzią zapytałem się akuszerki. czy położnica się nie uszkodziła? Nie, odrzekła, zdrowa jest jakieś Pan widział.

Ponieważ właśnie tego nie widziałem, wróciłem po obejrzeniu płodu do położnicy, króra na moje zapytanie oświadczyła, że ją krok boli. Obejrzałem części zewnę-

trzne, lecz ku wielkiemu memu zadziwieniu, wargi większe były blade, wcale nie obrzękłe i otwór sromowy prawie suchy; na zapytanie, gdzie właściwie bolu doznaje położnica wzniosła nogę i ukazała mi międzykrocze. Dostrzegłem w ówczas, wypadnięcie kiszki stolcowéj i rozdarcie całego prawie międzykrocza. Pokazałem to uszkodzenie akuszerce wyrażając jéj oburzenie moje że tego nie widziała, czém się tyle przeraziła, że opuściła naczynie z oliwą, które w ręku trzymała.

Do protokułu śledczego podyktowałem między innemi. „Lekarz obducent znalazł płód podług cech wykształcenia zewnętrznych rozmiarów i wagi donoszonym i dojrzałym, skóra na ciele mocno blada, twarz nieco odęta, sznurek pępkowy na 3 cale odcięty i przewiązany. *Na głowie właściwego przygłówka nie było*, skóra jednak wierzchnia czaszki dość zarumieniona, cech zewnętrznych gwałtu na skórze nie dostrzeżono"—i daléj: przy obejrzeniu położnicy dostrzeżono, że organa płciowe otworu zewnętrznego pochwy ani są zapuchnięte ani przedstawiają ślady odpływu połogowego, natomiast całe prawie międzykrocze jest rozdarte i obrzęknięte, część kiszki odchodowéj wypadła i zawalana odchodem ropiastym."

Tyle z protokułu śledczego skopiowane miałem do dyspozycyi kolegi Dr. N.

Nie miałem z sobą jak tylko sondę z instrumentów sekcyjnych któréj do śledzenia użyć nie mogłem, a ponieważ oliwa rozlała na się podłodze przeto i palcem głębszego uszkodzenia śledzić nie mogłem, a działo się to przy okopach. Dodaję, że kiszka odchodowa wypadła na 4 cale a rozdarcie, którego brzegi przylegały do siebie, nie dochodzące warg sromnych całą resztę śródkrocza zajmowało, rozdzielając otwór stolcowy.

Poleciłem obmyć biedną kobietę i przyłożyć do rany i kiszki odkłady z zimną wodą. Napisałem karteczkę do ko-

legi Gliszczyńskiego, prosząc aby polecił wysłać z Dzieciątka Jezus noszy po pacyentkę i poleciłem Urzędnikowi Policyjnemu, aby dopilnował przeniesienia choréj do szpitala; w parę dni dowiedziałem się od Dr. Gliszczyńskego, że choréj téj niema w szpitalu, a Policya zawiadomiła mnie, że pacyentka ma sobie zapewnioną pomoc w domu.

Ponieważ byłem pierwszym lekarzem na miejscu, P. Studencki mógł widzieć chorą już po mnie, dziecka, które tego samego dnia pochowane zostało, widzieć nie mógł.

Całe opisanie porodu przez akuszerkę Kujan jest zmyślone, nic mi z tego nie mówiła badana w Sądzie daleko późniéj (niepamiętam daty), lecz akta dadzą się odszukać, dała w prawdzie obszerny już przygotowany opis porodu, lecz zupełnie odmienny od tego, który opowiedziała Dr. N.

Mogę najsolenniéj zapewnić, że akuszerka mi oświadczyła, iż dziécię „*stanęło do porodu główką*" wiemy co to znaczy. Czuć główkę w miednicy i widzieć ją w otworze sromnym, są to rzeczy bardzo od siebie różne. Cały opis przejścia dziecka przez śródkrocze jest zmyślonym, bo akuszerka dowiedziała się o rozdarciu, gdy jéj przezemnie pokazaném zostało.

Po takiém objaśnieniu sądzę, że opinja Dr N. co do drogi i sposobu jaki Szanowny kolega nakreślił dla wyjścia dziecka w tym wypadku samowolnego wyklucia, znacznie się zmieni, i że straciwszy podstawę, a mianowicie mając zupełnie kłamliwy opis Kujanowéj zgodzi się, że akuszerka prawdopodobnie wzięła pośladki za główkę, co się nie jednéj już akuszerce przytrafiło.

Dowodu na to, że dziecię stanęło do porodu główką nie ma, gdyż Dr. N. nie ma na czém udowodnić, że: „na tylnéj części czaszki znać było silne rozwinięte ciemno-sine przedgłowie od bledszéj reszty powierzchni głowy, kolistą linią ostro ograniczone." W protokóle sekcyjnym stanowiącym akt za prawdę którego z urzędu odpowiadam nic podo-

bnego nie w ymieniłem, a protokół ten po przeczytaniu akuszerka podpisała.

Dopiero po mojem odejściu akuszerka Kujan przestraszona szukała pomocy u kilku jak wiem lekarzy, gdyby w przód podejrzywała uszkodzenie nie byłaby przeszło dwa dni czekała. To wszystko niech będzie dowodem dla kolegi N. że opowiadanie akuszerki zastosowało się do pytań Jego, i że przez nią w ten sposób w błąd wprowadzony został, który jako niczém nie poparty, nie może służyć ani za podstawę ani za wątek do opisania domniemanego przebiegu porodu.

w Warszawie dnia 29 Maja 1862 r.

Dr. *Morgenstern.*

SPROSTOWANIE. Do zamieszczonego w poszycie Lutowym doniesienia o Traumaticynie, przyłączamy następujące wyjaśnienie przesłane Redakcyi:

.....„Roztwór guttaperki w chloroformie, nazwany niewiem przez kogo traumaticinem, jest rzeczą dosyć już dawno znaną i używaną; szczególniéj przez chirurgów niemieckich. Płyn, który koledze miałem sposobność pokazywać jest właśnie owym traumaticinem, *zmienionym* tylko przezemnie dodaniem do niego eteru siarczannego, przezco tém się staje trocha lepszy, że rozlany na powierzchni dwa razy krótszego potrzebuje czasu do stężenia—co jest bardzą ważną zaletą takiego środka. Płyn ten użytecznym się okazał przy tamowaniu niewielkich krwotoków, ja go jeszcze zastosowałem jako środek ściągający w orchitis, po przejściu perjodu ostrego, dla zmniejszenia objętości jądra. Worek jądrowy starannie ogolony, pokrywa się kilkakrotnie warstwami traumaticinu, które tężejąc następnie, tworzą rodzaj suspensorium elastycznego, wywierającego nacisk na obrzmiałe jądro. W dwóch wypadkach, gdzie używałem w ten sposób tego środka, otrzymałem bardzo dobry rezultat, co mnie zachęca do dalszych prób tego rodzaju. W ostatnich czasach, podług mego wskazania, przygotowano w Aptéce Dzieciątka Jezus, przez połączenie extraktu eterycznego kantaryd z traumaticinem, wezykatoryą elastyczną. Jest to płyn zielonawy, z zapachem eteryczno-kantarydowym, posmarowany na powierzchni ciała bardzo prędko tężeje, tworząc błonkę elastyczną, która dobrze do ciała przylega i naciąga pęcherz bardzo

równy. Po przecięciu pęcherzyka błonkę tę można łatwo oddzielić od naskórka; zostawiona na dłuższy czas, będzie działać jako środek utrzymujący supuracyą. Osoby, które te wezykatoryę mieli sobie za aplikowaną utrzymują, że daleko mniejszy ból sprawia niż wezykatorya zwyczajna."

Dr. *Karwowski.*

SPOSTRZEŻENIA LEKARSKIE
zbierane w Szpitalu Willanowskim.

Zmiażdżenie kończyny dolnéj, po odjęciu szczękościsk, zapalenie stawu kolanowego, późniéj ropnica, wyzdrowienie.

Czytane na posiedzeniu Tow. Lekar. d. 1 Kwiet. 1862 r.

przez Dr. **Sciborowskiego.**

Rutkowski Leopold, fornal z folwarku Palucha należącego do Służewca, lat 31 liczący, żonaty, miernéj budowy ciała, włosów ciemnopłowych, oczu siwych; pracując dnia 19 Listopada 1861 r. przy sieczkarni, gdy się odwrócił pochwyconym został za kożuch pomiędzy walce, a przy usiłowaniu powstania wsunął tamże i nogę prawą, która pochwycona, w jednéj prawie chwili uległa zmiażdżeniu, na kilka cali powyżéj zgięcia stopowego. Obecni temu przypadkowi schwycili biedaka i wydobyli, a po jakiem takiem obwinięciu kończyny poszarpanéj (w celu zatamowania mocnego krwotoku, jaki miał miejsce) położyli na wóz i przywieźli do Szpitala w Willanowie, gdzie przybył w półtory godziny po przypadku.

Po odjęciu szmat płóciennych nogę obwijających, pokazało się zupełne prawie rozdzielenie goleni prawéj na dwie części nierówne. Na dwa cale powyżéj kostki skóra była równo jakby rozciętą, inne części miękkie potargane tak dalece, że dolna część kończyny trzymała się zaledwie na kilku ścięgaczach mięśniowych, kości w niéj były pogruchotane i kilka kawałków sam chory wydobył; z górnéj zaś części stérczały na dwa cale obnażone obie kości goleni, pozbawione dolnych swych końców. Krwotok z rany mocny; wyżéj nie widać żadnego obrażenia, ogólny stan chorego dobry.

Przy tak znacznem zranieniu i krwotoku wyniszczającym siły chorego, nie było chwili czasu do stracenia; przygotowawszy zatem potrzebne narzędzia przystąpiłem do wykonania amputacyi; chorego ubezczulono za pomocą chloroformu (co w krótkim czasie dało się uskutecznić), a następnie kończyna zmiażdżona odjętą została na kilka cali poniżéj kolana cięciem płatowém, jednoczasowo przecinającém na raz wszystkie części miękkie, płat utworzono z mięśni łydkę składających. Po odjęciu podwiązano trzy większe naczynia krwawiące, a płat przytwierdzono za pomocą trzech szwów węzełkowych; trzon pozostały opatrzono stosowną opaską i polecono robić zimne okłady. Chory w krótce powrócił do czucia i przytomności, podczas operacyi bólu nie czuł w cale, a pokrzepiwszy siły podaniem wina z wodą, przepisano do wewnątrz mieszankę chłodzącą z kwasem fosforowym i sokiem malinowym.

W 12 godzin po operacyi zaprzestano okładać wodą zimną, lecz opatrzono ranę cienkim pokładem swieżéj waty; w nocy chory spał nieco, nie czuł wielkiego bólu, krwotoku z rany w cale nie było.

Przez dzień następny opatrzenia nie zmieniano, chory miał się dobrze, tętno uderzało 96 razy na minutę, a dnia 21 Listopada podniosło się do 106 uderzeń, ból w kończynie nie wielki, twarz blada. Dnia 21 wieczorem ropa zaczęła się pokazywać przez opatrzenie, które zaraz zmieniono; do wewnątrz obok mięszanki kwaśnéj zapisano siarczan chininy po granie, rano i wieczorem.

Dnia 22 rana zaczęła się pokrywać narostami mięsnemi, trzon pozostały nabrzmiał, naczynia krwiste przez skórę stały się widocznemi, skóra na twarzy i całém ciele blada nieco żółtawa. Chory skarżył się na dokuczliwy ból w ranie, który mu przez całą noc ani oka zmrużyć nie dozwolił, oraz na dreszcze. Tętno 100, mieszankę kwaśną zamieniono na odwar kory chinowéj z kwasem, dieta pożywna: rosół, mléko, jaja na miękko, chininę pozostawiono i ranę polecono przestrzykać odwarem kory chinowéj z wymokiem *myrry*.

Przez następne dni 10, polepszał się zwolna stan chorego, rana przy staranném opatrywaniu czysto wyglądała, płat który ją pokrywał przytwierdzony poprzednio szwami przyrósł zwłaszcza od strony zewnętrznéj. Kończyna sklęsła, ból ustąpił, podwiązki naczyniowe odpadły w dniach 28 i 29 Listopada, środki leczenia też same były zadawane jakie wyżéj wymieniliśmy, wyjąwszy, że wrazie bezsenności w porze nocnéj zadawano po $^1/_{12}$ gr. octanu morfiny, który sprawiał skutek pożądany; a gdy w dniu 25 Listopada, powstała biegunka, przez trzy dni do odwaru kory chinowéj dodawano makowca; dłuższe użycie tego środka, nie było potrzebném, gdyż biegunka ustała.

Stan chorego dobry ciągle się utrzymywał, rana oczyściła się zupełnie, bujne narosty mięsne ją pokrywały, gdy niespodziewanie dnia 4 Grudnia bez żadnego wiadomego powodu wystąpił szczękościsk (*Trismus*). Chory zaczął narzekać, że ust nie może otwierać, badanie wykazało, że zęby zaledwie na 4 linie można było od siebie oddalić, mięśnie policzków ściągnięte kurczowo, mięśnie karku i grzbietu w stanie zupełnie prawidłowym, ruch tych części wcale nie ograniczony.

Przez dwa dni pierwsze (4 i 5 Grudnia) zadawano makowiec w proszkach zawierających po jednym granie trzy razy na dzień, policzki kilkakrotnie nacierano chloroformem, ale gdy to wcale nie pomagało, dnia 6 Grudnia zapisano strychninę w pigułkach, podług następującego przepisu: *Strychnini nitrici granum Extr. liquiritiae semidrachmam. Pulv. rad. glycyrrhizae qs. ut. f. massa pil. ex qua form. pilulae XX. pulv. rad. Glycyrrh. consp.* pigułki te zadawano trzy razy na dzień po jednéj.

Gdy ulga wcale nie następowała, dnia 8 Grudnia postanowiłem zachloroformować chorego, co wkrótkim czasie dało się wykonać; podczas odurzenia mięśnie zwolniały, szczęka dolna z łatwością dawała się odciągnąć, ale gdy odurzenie przeszło, kurcz jeszcze silniejszy nastąpił i szczęki tak mocno się zwarły, że gdy przedtem drobne cząstki pokarmów stałych, można było do ust wprowadzać, teraz musiano się ograniczyć na zadawaniu pokarmów płynnych, ktore przez wązki ustęp pomiędzy zębami chorego można było wlewać. Od d. 8 do 13 Grudnia zadawano pigułki strychninowe po trzy na dzień dodając do każdéj grano makowca, ale i to nic nie pomagało.

Od dnia 12 do 14 Grudnia, nie było wcale wypróżnienia stolcowego; obok szczękościsku i tężec w mię-

śniach karku zaczął powstawać. Dnia 14 zadano proszek złożony z 6 gran dwuchlorku rtęci i skrupułu jalapy, podzielony na trzy części, a gdy ten wypróżnił należycie trzewia chorego, następnego dnia zaczęto zadawać do wewnątrz chloroform kroplami na cukrze, poczynając od 5 kropli trzy razy na dzień i postępując do 8; po każdém zażyciu chloroformu dawano do popicia klejkowaty odwar ślazu lub siemienia lnianego. Od dnia 15 do 19 Grudnia, wyżył chory 102 kropli chloroformu; już dnia 16 mógł usta nieco lepiéj otworzyć, a do 19 szczękościsk ustąpił w zupełności.

Zajmując się szczękościskiem spuściliśmy z uwagi kończynę cierpiącą, do któréj obecnie wrócić nam wypada. Równocześnie z powstaniem szczękościsku rana nabrała barwy sinoczerwonawéj, która d. 9 Grudnia stała się jeszcze wydatniejszą; bujne przedtém narosty mięsne stały się wietkiemi, flakowatemi, do zwykłego zatem opatrzenia dodano przestrzykanie rozczynem chlorku wapna.

Dnia 8 Grudnia powyżéj kolana, z obu stron poczęły się robić ropnie; które do dnia 11 znacznie wygórowały i stały się miękkie, a otwarte wydały znaczną ilość ropy czystéj nieco z krwią zmięszanéj.

Dnia 11 Grudnia chory dostał kaszlu, przeciw któremu nie mogąc i nie chcąc zadawać środków do wewnątrz, ograniczono się na smarowaniu przedniéj powierzchni klatki piersiowéj maścią z winnika wymiotnego z dodatkiem olejku krotonowego.

Od dnia 16 Grudnia rana zaczęła się oczyszczać i nabrała lepszego pozoru, zaprzestano zatem używać chlorku wapna, ograniczając się na przestrzykiwaniu naparem rumianku, a następnie odwarem kory chinowéj. Dnia 18 Grudnia, chory dostał mocnego strzykania

w ranie, które po kilkakrotném nasmarowaniu części powyżéj leżących maścią z dodatkiem makowca zginęło. Po ustąpieniu szczękościsku, gdy kaszel jeszcze miał miejsce, zadawano z rana i wieczorem po $^1/_6$ grana octanu morfiny.

Około d. 20 Grudnia, poprawił się znacznie stan chorego, który zaczął lepiéj wyglądać, usta mógł dobrze otwierać, apetyt się podniósł, wypróżnienia były prawidłowe, gdy dnia 22 Grudnia poczuł mocny ból w kolanie kończyny cierpiącéj, które zaczęło mocno nabrzmiewać i ciepło jego się podwyższyło. Gdy przez dwa dni następne ból i inne objawy nie ustawały, przystawiono na kolano 8 baniek ciętych, a następnie ciepło okładać polecono; przez otworki przed 10 dniami porobione w celu otwarcia ropni, ropa ciągle lubo w niewielkiéj lości odpływała. Od dnia 28 kolano zaczęło klęsnąć, ale po stronie zewnętrznéj czuć było wyraźne chełbotanie (*fluctuatio*) wskazujące obecność ropy. Niechcąc przecinać nowego otworu, który do stawu mógł bezpośrednio prowadzić, na całe kolano poleciłem założyć opatrzenie uciskające sposobem *Beyntona* z pasków plastra lepkiego, pod którem obrzmienie zwolna ginęło, a ropa wydobywała się ku górze przez otworek po nad kolanem dawniéj zrobiony; rana czysto wyglądała pokrywając się bujnemi narostami.

Stan chorego ciągle się polepszał, około Nowego Roku 1862 miał dobry apetyt, tętno wolne jednostajne, obrzmienie kolana bardzo małe, z otworków nie wiele ropy się dobywało.

Ze względu na znakomitą utratę krwi jaką chory poniósł, a która pociągnęła za sobą niedokrwistość, obok obfitych pokarmów pożywnych, zaczęto zadawać chore-

mu proszki złożone z chininy i żelaza, podług następującego przepisu: *Rp. Sulph. chinini semidrachmam, Ferri carbonici drachmam Pulv. Cassiae scrup. duos Sacch. drach: duas, mf pulv. in XXX. ptes aeq. div.* D. S. rano i wieczorem po jednym. Ranę starannie opatrywano, kolano ściskano paskami plastra lepkiego.

Dnia 3 Stycznia, chory znów poczuł lekkie strzykania w kolanie, które posmarowawszy wymokiem jodowym, a w dwa dni późniéj mocnym rozczynem saletranu srebra (drachma na pół uncyi płynu) watą opatrywano.

Dnia 7 Stycznia, gdy ból jeszcze czuć się dawał, przystawiono na kolano 4 bańki cięte, i opatrzono jak przedtém. Zatoki do sześciu cali głębokie idące pomiędzy mięśniami uda od otworów powstałych z przecięcia ropni, sączące znów obficiéj ropę, przestrzykiwano rozcieńczonym wymokiem jodowym; całe udo opatrzono opaskami uciskającemi.

Dnia 12 Stycznia, otworki rozszerzono i polecono codziennie przestrzykiwać rozczynem saletranu srebra (dwa grana na uncyą płynu).

W nocy z dnia 13 na 14 Stycznia, chory dostał dreszczów, tętno podniosło się do 120 uderzeń na minutę, skóra cała a zwłaszcza na twarzy i spojówka oka nabrały barwy żółtéj, chory podupadł mocno na siłach i apetyt utracił.

Rana po amputacyi, która już prawie zupełnie była zabliźnioną nagle się otworzyła, narosty mięsne które ją pokrywały stały się blademi, wielkiemi prawie przezroczystawemi, gdzie niegdzie barwa sinawa się pojawiła, z otworków dobywała się ropa rzadka, szarawa; słowem mieliśmy przed sobą ropnicę (*pyaemia*). Zaprzestano

dawać żelazo, lecz wrócono do odwaru kory chinowéj z kwasem; chininę po trzy grana rano i wieczorem zadawano, pokarmy pożywne, za napój piwo bawarskie w niewielkiéj ilości. Ranę zaczęto na nowo opatrywać mocnym rozczynem chlorku wapna, a następnie odwarem kory chinowéj. Przez trzy dni następne z rany wiele ropy odpływało, chory ciągle gorączkował; wielkie flakowate brodawki mięsne przytrawiano saletranem srebra. Dreszcze codziennie kilkakrotnie się powtarzały; dnia 17 Stycznia puściła się krew z nosa.

Od dnia 18 Stycznia, obok odwaru kory chinowéj, do proszków złożonych z chininy i cukru dodano znów żelazo (po 6 gran chininy i 4 gr. węglanu żelaza na dobę); stan chorego z wolna się polepszał lubo dnia 26 Stycznia dawny ból w kolanie i strzykanie z obrzmieniem wróciły po raz trzeci, lecz po przystawieniu 6 baniek ciętych i okładaniu kolana przyparkami ustąpiły.

Dnia 31 Stycznia, zatokę jednę powyżéj kolana głęboko sięgającą rozcięto w części, co u chorego nadzwyczaj drażliwego wywołało napad drgawkowy do padaczki podobny. Rany i zatoki przestrzykiwano lekkim rozczynem saletranu srebra, na kolano zakładano opatrzenie uciskające.

Od początku miesiąca Lutego, stan chorego stale się już poprawiał, rany oczyściwszy zaczęły się goić, kolano wyklęsło i bólu w niém nie czuł żadnego; ropy coraz mniéj odchodziło, a przy dobrym apetycie, pokarmach obfitych i pożywnych, oraz ciągłém zadawaniu chininy z żelazem siły chorego się wzmagały, ciała zaczął nabierać i lepiéj wyglądać.

W pierwszych dniach Marca, czuł się prawie zupełnie dobrze, do zabliźnienia nie wiele brakowało.

Obecnie Rutkowski zdrów, silny, nabrawszy ciała większą połowę dnia chodzi na kulach, rana po amputacyi zupełnie się zabliźniła, a otworki po ropniach zaciągnięte, jeszcze tylko naskórkiem się nie pokryły; dnia 30 z. m. (onegdaj) opuścił szpital udając się do domu.

Opisawszy tak dziwny przebieg choroby, przez czas który chory przebył kilka cierpień, z których jedno dostatecznem było do pozbawienia go życia i jeżeli nie więcéj to przynajmniéj dwa razy był już na krawędzi grobu, a przecież ozdrowiał, wypada nam jeszcze zwrócić bliższą uwagę na niektóre okoliczności.

Zranienie było bardzo znaczne i połączone z niemałą krwi utratą, jużto zaraz po przypadku już podczas odejmowania kończyny, lubo operacya dość szybko była wykonaną i nie wiele przy niéj krwi upłynęło.

Okłady wodą zimną w 12 godzin zaprzestano robić, nato miejsce opatrzono watą; sposobu tego używano w klinice Krakowskiéj, gdzie zmarły przed dwoma laty ś. p. mój professor Dr. Bierkowski nauczony doświadczeniem (w roku 1831 na polu bitwy) po każdém większém zranieniu, amputacyi i t. d. okłady przez kilka godzin robione zastępował cienkim pokładem świeżo zgremplowanéj bawełny czyli waty rozdartéj na grubość arkusza i powierzchnią kosmatą (nie klejoną) przyłożonéj. Sposób ten lubo nie wszędzie znany i przez wielu z kollegów nieużywany, działa wybornie przeciw zapaleniu i używając sam lub widząc jego użycie w dwudziestu przeszło przypadkach, ani razu nie widziałem, aby złe skutki za sobą pociągnął, lecz zawsze celowi odpowiedział.

Ból w ranie, dreszcze, podniesienie tętna, przebijanie naczyń krwistych przez skórę, o jakich pod dniem 22 Listopada wspomnieliśmy, były to objawy właściwe gorączce przyrannéj (*Das Wundfieber*), która prawie przy każdém ważniejszém zranieniu następuje w owéj porze, gdy w ranie ropa się zaczyna wydzielać. Dla zapobieżenia jéj wessaniu do krwi, a następnie powstaniu ropnicy zapisaliśmy siarczan chininy i odwar kory chinowéj z kwasem.

Ciekawem zjawiskiem u naszego chorego było wystąpienie szczękościsku, który bez żadnych poprzednich objawów powstał dnia 4 Grudnia. Tężec i szczękościsk przyranny (*Trismus et Tetanus traumaticus*) zdarzają się niekiedy przy zranieniach nawet małoznacznych, ale albo podczas powstającego ropienia (jak zwykle po amputacyach) albo po zabliźnieniu się rany. Tutaj szczękościsk wystąpił dopiero w 15 dni po zranieniu i amputacyi, bez żadnych poprzednich objawów, towarzyszyła mu tylko zmiana w stanie rany jak wyżéj nadmieniono.

Ze środków leczniczych używaliśmy makowca, gdy ten niepomagał strychniny, jako środka najsilniéj działającego na rdzeń przedłużony i pacierzowy będące siedliskiem podrażnienia działającego za pośrednictwem nerwów na mięsnie ściągające się kurczowo podczas tężca i szczękościsku; późniéj zadawałem oba te środki w połączeniu, ale bez skutku. Zachloroformowanie chorego wywarło swój skutek na mięsnie, ale tylko przemijający na czas ubezczulenia; może być że działanie chloroformu skierowane zamiast na ośródki nerwowe, bezpośrednio na kończynę cierpiącą, na trzon pozostały po odjęciu, byłoby lepiéj skutkowało, lecz zastosowanie tego sposobu podówczas na myśl nam nie przyszło.

Gdy tak stan chorego przez pięć, sześć dni, a nawet dłużéj zaczął się przeciągać bez znacznego pogorszenia, wstąpiła otucha, przypomniałem sobie bowiem zdanie naszego ojca Hipokratesa: „*qui a tetano corripiuntur, in quatuor diebus pereunt, si vero hoc effugerint sani fiunt*“ zdanie, które w obecnym przypadku zostało stwierdzoném. Czego chloroform użyty do wdychania nie dokonał, to wywołało powolne zadawanie tego środka do wewnątrz w małych dawkach; już drugiego dnia chory mógł usta nieco lepiéj otwierać, a w ciągu dni czterech szczękościsk ustąpił w zupełności, po dwutygodniowém wytrzymaniu chorego.

Drugą połączką, a właściwie następstwem zranienia było powstanie ropni powyżéj kolana na udzie, oraz zapalenie stawu kolanowego, które także osłabiło nadzieję ocalenia.

Powstanie wspomnionych objawów, sądzę, że należy przypisać wessaniu ropy, gdyż przy staranném położeniu kończyny, tak aby ropa z rany na zewnątrz wypływała, zaciekać nie mogła i ropnie powstałe nie należały do rzędu napływowych (*Abseessus per congestionem*) jakie przy zranieniu innych części wyżéj położonych nieraz miejsce miewają. I te objawy przeszły szczęśliwie.

Chory zaczął sił przybierać, odżywił się należycie, gdy z dnia 13 na 14 Stycznia powstałe objawy, jakie zwykle wywiązaniu się ropnicy (*pyaemia*) towarzyszą, zdawały się niweczyć wszelką nadzieję uratowania chorego i przepowiadać blizkie zakończenie śmiertelne, ale i to pokonały siły żywotne chorego wspierane pożywnemi pokarmami i lekami wzmacniającemi.

Zatoki wydzielające ropę wcześniéj przecięte, może byłyby się rychléj goiły, ale bojąc się nowego krwotoku,

chciałem założyć rurki kauczukowe sposobem Chassaignaca (*drainage chirurgicale*), lecz chory bardzo drażliwy i zmęczony dwumiesięcznem już cierpieniem stanowczo sprzeciwiał się wszelkiemu użyciu ostrych narzędzi utrzymując, że więcéj nie zniesie i kaleczyć się nie dozwoli. Użyliśmy przeto innych sposobów: wstrzykiwania płynów zdolnych podrażnić ściany zatok i wywołać lekkie zapalenie plastyczne jakiemi były rozczyn saletranu srebra, i rozcieńczony wymok jodowy. Skutek pożądany uwieńczył nasze usiłowania, chory po kilkumiesięcznych cierpieniach przyszedł do zdrowia i sił dawnych, a lubo utracił kończynę, pozostały mu zdrowe ręce do roboty, która i dla kaleki kulawego chcącego pracować znaleść się może, a dla nas opisany przypadek stanowi przyczynek do rzędu przykładów przekonywających, że i tam nawet, gdzie chory zdaje się straconym, gdzie wszelkie widoki ocalenia życia ustają, przecież nadziei tracić nie wypada, i że dobroczynna siła rody, siła żywotna jeżeli jéj się tylko przeszkód nie stawia, lecz dopomaga odpowiedniem postępowaniem, cudów nieraz dokazać może.

PRZYPADEK PASOŻYTÓW WODUNKOWYCH W WĄTROBIE

postrzegany na klinice Prof. Chałubińskiego,

opisany przez Kand. Ak. med. **Sommera.**

Wywód choroby. Marcin Gołaszewski 60 lat wieku liczący, poprzednio gospodarz rolny, ostatecznie wyrobnik wiejski, przybywszy do kliniki terapeutycznéj d. 1 Kwietnia 1862 r. oświadcza, że do roku 40 życia należytém cieszył się zdrowiem, w tym zaś roku przebywał zimnicę (trzeciaczkę), która po kilku tygodniach ustąpiła. W pół roku spostrzegł wysuwający się guz z pod dolnego brzegu prawéj strony klatki piersiowéj, zwiększający się stopniowo w kierunku dolnym i do środkowéj linii ciała. Letnią porą nie doznawał ze strony tego guza żadnych dolegliwości, w zimie zaś odzywało się mniejsze lub większe uczucie tępego bolu, tamujące możność zajmowania się zwykłą ciężką fizyczną pracą. W ostatnich tygodniach owe uczucie bolesne wzrosło do stopnia natężonego bolu, zmuszając chorego nareszcie udać się po pomoc lekarską do kliniki.

Stan obecny, przedstawia indywiduum wzrostu dobrego, budowy ciała prawidłowéj, muskulatury dobrze rozwiniętéj, lecz wychudłéj; skóra jego nieco żółtawa, wilgotna, nie obrzmiała, włosy siwiejące, oczy piwne.

Klatka piersiowa nie jednakowo z obydwóch stron rozwinięta, albowiem dolna część prawego przedniego brzegu poczynając od końca mostku jest wygórowaną i w części zasuwa się na guzowatość bardzo wydatną pod brzegiem klatki. Odgłos pełny i jasny, pod prawym obojczykiem oddech mocniéj zaostrzony, aniżeli w reszcie przedniéj strony klatki z wyraźnym wydechem i wzmocnioną nieco, a raczéj głośniejszą rozonancyą względem strony lewéj.

Tępy odgłos serca w granicach prawidłowych, tony czyste jakby w oddaleniu, uderzeń serca trudno wyśledzić wzrokiem lub obmacaniem. Tętno 70, temperatura ciała w dołku podpachowym 37° C. Ważniejsze zmiany spotykamy przy badaniu fizykalném okolicy wątroby. Granicę górną odgłosu tępego tego organu stanowi w linii środkowéj górny brzeg 6go, w pachowéj 7go, w łopatkowéj 10go żebra. Dolny brzeg daje się łatwo wyśledzić w skutek powiększenia i stwardnienia tego organu; rozciąga on się od $^1/_3$ części wewnętrznéj dolnego brzegu lewéj strony klatki piersiowéj, ztąd opuszcza się pionowo na trzy palce poniżéj linii poprzecznéj przez pępek poprawadzonéj, zwraca się ku stronie prawéj dochodząc kolca przedniego górnego kości biodrowéj, nareszcie gubi się w tępości okolicy lędźwiowéj.

Taka jest granica zyskana przez obmacanie, absolutna zaś tępość co do kierunku odpowiada granicy zyskanéj przez obmacanie przebiegając przeszło o jeden palec ku środkowi guzowatości. W skutek znacznego

powiększenia wątroby okolica podżebrowa prawa wygurowana, a najwydatniejsza guzowatość mieści się na trzy palce z prawéj strony od linii środkowéj, a na 4 palce poniżéj dolnego brzegu klatki. Na przestrzeni koła o 3 calowéj średnicy na szczycie guza, lekko rysuje się wypukłość jakby odcinek kuli, gdzie chełpotanie jest najwyraźniejsze i rozciąga się ztąd ku górze i zewnątrz. Przy obmacaniu, jak wspomniałem twardość ze strony prawéj sięga bardzo nisko, a przy opukaniu spotykamy się z pewnym rodzajem właściwego *drżenia*.

Apetyt zawsze poprzednio dobry, obecnie nieco się zmniejszył, język lekko białym szluzem obłożony. Brzuch wzdęty znacznie, w jamie otrzewnéj nie ma płynu. Trawienie odbywa się prawidłowo, oddawanie kału regularne.

Śledziona o dwa palce wyżéj sięgając daje zupełnie tępy odgłos; granicę dolną oznaczyć trudno z powodu wzdęcia brzucha. Mocz przezroczysty ciemno żółty, słabo kwaśny, wykazuje barwiki żółci, chlorków ilość normalną, z kwasem saletrowym po pewnym przeciągu czasu daje lekki zamęt (moczanów) C. g. 1021.

Rodzaj choroby. Zważywszy objawe zyskane przez badanie stanu poprzedniego i obecnego, należy wnosić o siedlisku głównéj choroby w wątrobie; rozpatrując zaś bliżéj nastręcza się mniemanie o istnieniu pojedyńczego gładkiego guza, napełnionego zawartością płynną, a z niektórych szczególnych objawów, prawdopodobnie przypuścić możemy obecność *torbiela z wodunkami* wątroby, umiejscowionego w części górnéj trzewu, który zepchnięty został ku dołowi z zwróceniem powierzchi górnéj ku przodowi, dolnéj zaś ku tyłowi ścian brzucha. Powiększenie śledziony, o ile jesteśmy zdolni

takowe w danym wypadku ocenić przez opukanie, może być pozostałością po odbytéj przed 20 laty zimnicy lub innych chorobach w tym organie zdarzyć się mogących podobnie jak w wątrobie. Powiększenie to nie dając objawów dla nas przystępnych, a choremu dokuczających, ginie w objawach głównéj choroby.

Rozpoznanie. Co się tyczy rozróżnienia wymienionéj choroby od innych z nią podobieństwo mających, wypada zastanowić się nad *ropniem*, *nowotworem rakowym*, *wodną puchliną pęcherzyka żółciowego*, i *tętniakiem*; wysięk zaś pleurytyczny, sądząc jedynie ze znaków fizycznych, stanowczo wykluczyć możemy.

Prawdopodobieństwo istnienia ropnia, jest mniejsze niżeli wodunek, albowiem ropień pierwotny, trwający przez tak długi przeciąg czasu, jaki trwa niniejsza choroba, wywołałby właściwe zapalne objawy dające się choremu uczuć w krótkim czasie.

Większa zachodzi trudność w rozpoznaniu, gdy ściana otaczająca torbę wodunkową wraz z okolicznemi częściami miąższu wątrobowego ulega zapaleniu ropiastemu, w takim razie mielibyśmy powikłanie ropnia z torbielą wodunkową, czemu znowu sprzeciwia się przebieg i obecny obraz choroby. Nareszcie wspomagając się statystycznemi obliczeniami przechylamy się bardziéj naprzypuszczenie wodunek jak ropnia.

Wysuwalność całego dolnego brzegu wątroby, o czém wyżéj wspomnieliśmy, brak wszelkiéj wyniosłości w miejscu odpowiedniém pęcherzykowi żółciowemu, stosunki topograficzne anatomo - patologiczne, brak właściwych objawów ze strony ogólnéj ustroju, dozwalają wykluczyć istnienie wodnéj puchliny pęcherzyka żółciowego.

Postać, umiejscowanie, brak tętnienia i szmerów usuwają obecność tętniaka.

Wykluczenie nowotworu rakowego przedstawia więcéj trudności. W prawdzie w raku spotykamy nierówności i brak fluktuacyi, lecz jakże rozróżnić chorobę tę tam, gdy zachodzi możność przypuszczenia raka miękkiego lub twardego z rozpoczętym rozpadem, gdzie także z chełbotaniem jak w naszym wypadku spotkać się możemy.

Dla sumiennego rozpoznania sięgnąć musimy po objaśnienie do stanu poprzedniego i porównać go z obecnym.

Otoż choroba trwa lat 19, postępuje bardzo wolno i bez dokuczliwych bolów, charłactwo (cachexia) dopiero teraz poczyna się uwydatniać, trawienie dotąd dobrze się odbywało, chełbotanie guza równego i gładkiego jest wyraźne, guz wydaje drżenie wodunkowe, gdy przeciwnie w raku, gdzie w skutek szybkiego rozwoju elementów składających nowotwór, ubywa części odżywczych z krwi, które posłużyć winny na odnowę tkanek fizyologicznych, w krótszym nierównie czasie podupada trawienie jak w niniejszym wypadku, chociażby nawet był rak włóknikowy potrzebujący więcéj czasu do wytworzenia charłactwa niżeli rdzeniak, a mogący przedstawić chełbotanie w skutek rozpadania się części powierzchownych.

Do wykluczenia raka posłuży jeszcze brak upartego i dokuczliwego bolu. Z tego przeto, cośmy dotąd powiedzieli o przebiegu i objawach chorobowych wypada, że istotę cierpienia naszego chorego, stanowić mogą wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, zbliżającego się do pewności klinicznéj — tylko *wodunki wątroby*.

Rokowanie. Ponieważ objętość wątroby dosięgła już znacznego stopnia i zaczyna coraz więcéj dokuczać choremu działając mechanicznie na sąsiednie narządy, charłactwo widocznie zaczyna się rozwijać, w skutek podkopywania czynności przyrządu trawienia i ubożenia krwi, zważając zarazem na niechybne następstwa odnoszące się do samego guza, stawimy rokowanie niepomyślne, gdyż o samodzielném wyleczeniu ani pomyśleć niemożna, a wszelka terapeutyczna pomoc okazuje się w tych razach bezskuteczną.

Leczenie i przebieg. Głównem w leczeniu wskazaniem jest przedewszystkiem wstrzymać wzrost pasożytów. Usiłowano osięgnąć cel zamierzony rozmaitemi środkami, które przeszedłszy do krwi mogłyby podziałać na mieszczące się w torbielu pasożyty. Zalecane w tym celu przez *Baumel'a* kalomel, przez *Läeneca* chlorek sodu, przez *Hawkinsa* jodek potassu, nie zdają się mieć racyonalnéj podstawy i dla tego zastósowanie ich w podobnych wypadkach, żadnym pomyślnym skutkiem uwieńczone nie zostały. Podobny los spotkał zastósowanie zewnętrzne zimna.

Ponieważ choroba, chociaż powoli, ale zawsze z czasem do grobu prowadzi, doradzano działanie chirurgiczne, które niekiedy usuwa radykalnie chorobę lubo z drugiéj strony nierzadko staje się przyczyną przyspieszenia śmierci.

Z tych powodów częstokroć zachodzi trudność w rozwiązaniu pytania, czy i kiedy do operacyi przystąpić należy?

Przedstawiwszy sobie niebezpieczeństwo, na które przez operacyą chorego narażamy, któryby jeszcze pewien przeciąg czasu mógł cieszyć się życiem, a niekiedy

chociaż nader rzadko, doczekać się samodzielnego wyleczenia, niechętnie uciekamy się do tego środka.

Wszelako, kiedy zważymy objętość wodunek, długi czas trwania choroby, który niedopuszcza nadziei pomyślnego zakończenia tejże i wywięzujące się charłactwo, uchylające warunki do szczęśliwego przeobrażenia torbieli wodunkowych, nabieramy przekonania, że jedynym środkiem ocalenia życia chorego, może być tylko i wyłącznie operacya chirurgiczna.

Nastręcza się tu jeszcze pytanie: czy teraz, gdy stan ogólny chorego jeszcze jest znośny na żądanie jego do operacyi przystąpić należy, czy wyczekać, dopóki nie nastąpią uciążliwsze objawy? Pod tym względem zdaniem naszym, zbytnią pochopność na równi z ociąganiem się kłaść można, albowiem niebezpieczeństwo z operacyi wynikające wzrasta w miarę grubości i mniejszéj sprężystości ścian torbieli, w miarę zmiany wątroby przez ucisk i przemieszczenie sąsiednich części nie zważając nawet na okoliczność, że przez pęknięcie torbieli i powstałe ztąd zapalenie otrzewnéj, gdy płyn do jamy jéj się przeciśnie, skon szybki nastąpić może.

Ponieważ choroba, trwając już przez długi przeciąg czasu zaczyna podkopywać ustrój, torbiel jest na brzuchu bardzo wydatną i unosi podżebrze przyczém wkrótce spodziewać się można głębszych następstw, sądzimy, że operacya zaraz jest wskazaną. Dla ochronienia jamy otrzewnéj od możliwego przelania się płynu torbielowego do niéj w chwili operacyi krwawéj, co tém łatwiéj stać może, ponieważ ściany torbieli dotąd ze ścianą brzuszną zczepione nie są, uważalibyśmy za stósowniejsze zastąpić krwawe nakłócie, zastósowaniem żegadła chemicznego,

co z resztą do jednego doprowadzić nas może celu terapeutycznego.

Dla przedstawienia choremu jego stanu i podania czasu do namyślenia się co do zezwolenia na czynniejsze działanie, przeznaczyliśmy kilka dni poprzestając na leczeniu symptomatyczném. Ponieważ stan ogólny jest znośny i w drogach pokarmowych żadnego niewidzimy zboczenia, zalecono dobrą pożywną dyetę, celem uzyskania lepszych ku wykonaniu operacyi warunków; dla uśmierzenia bólu w podżebrzu prawym zalecono okłady ciepłe, zaś przeciw bólowi w ramieniu chwilowo pojawiającemu się, zalecono smarowanie amoniakalno-kamforowe.

D. 4 Kwietnia. P. 72. R. 22. T. 37,4 (*). Nocą spi bardzo mało. Bole w podżebrzu prawym mniejsze, oddech utrudniony, z resztą żadnéj zmiany.

Dnia 4 Kwietnia P. 60. R. 20. T. 36.

Nocą kilkugodzinny ból mocniéj uczuwać się dawał choremu w podżebrzu i brzuchu odbierając sen. Apetyt mierny, język biało obłożony, stolec utrudniony. Moczu 800 cent: sześć: przez dobę, c. g. 1012, chlorki w normalnéj ilości, uroxantyny więcéj, ślady barwików żółci.

Zalecono. Wyciągu makowca po 5 kropli używać w razie bolu, na brzuch okłady ciepłe.

Dnia 6 Kwietnia P. 72. R. 22. T. 36.

Nocą snu bardzo mało, utrudnienie oddechu nie ustaje, znaki fizyczne klatki piersiowéj nie uległy żadnéj zmianie. Chory domaga się wykonania operacyi. Bóle trwają.

(*) P. Pulsus, R. Respiratio; T. temperatura.

Zalecono. Oléj z nasion kleszczowiny. Okład ciepły na brzuch i wyciąg makowca.

D. 8 Kw. stan prawie ten sam, jedynie bole stają się dokuczliwsze, sen bardzo krótki, a ponieważ chory koniecznie domaga się operacyi, pomimo przedstawienia mu dwustronności jéj następstw, przeniesiony więc został w dniu 11 Kwietnia do oddziału zewnętrznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, na salę Adjunkta-Professora Dra *Korzeniowskiego*, pod którego kierunkiem w dniu 12 Kwietnia przystąpiłem do przyżegania guza za pomocą ciasta wiedeńskiego (pasta Vienensis), które zastósowano według prawideł chirurgicznych na najwydatniéj chełbocące miejsce guzowatości pod dolnym brzegiem prawéj strony klatki.

Wieczorem P. 72. R. 22. T. 36,5.

(Dokończenie nastąpi).

SPRAWOZDANIE KOMITETU

wyznaczonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego z dnia 18 *Marca r.* 1862, *dla zbadania pod względem higienicznym kąpieli publicznych wannowych i parowych, istniejących w Warszawie.*

Zakłady zwiedzone przez Komitet w spełnieniu włożonego nań zadania, były następujące:

1. Kąpiele wannowe w hotelu Europejskim;
2. Kąpiele wannowe Banzemera na Marienstadzie;
3. Kąpiele wannowe Banzemera przy rogu ulicy Bednarskiéj i Dobréj;
4. Kąpiele wannowe Majewskiego przy ulicy Bednarskiéj;
5. Kąpiele wannowe żelazne przy ulicy Grzybowskiéj;
6. Kąpiele wannowe przy Mikwach żydowskich na Grzybowie i przy ulicy Franciszkańskiéj.
7. Łaźnie parowe z kąpielami wannowemi Roguskiego, przy ulicy Twardéj;
8. Łaźnie parowe z kąpielami wannowemi Kozłowskiego, na Rybakach;
9. Łaźnie parowe z kąpielami wannowemi Sitkiewicza na Rybakach;
10. Łaźnie parowe rossyjskie na Rybakach;
11. Łaźnie parowe Naimskiéj przy ul. Białoskórskiéj;
12. Łaźnie parowe Ossowskiego, przy ulicy Długiéj.

Pracę naszą podzieliliśmy na dwie części: w pierwszéj opiszemy zwiedzone przez nas zakłady kąpielowe; drugą zaś stanowić będą wyprowadzone ztąd ogólne wnioski.

CZĘŚĆ PIERWSZA.

Opis zakładów kąpielowych i łazien parowych.

Jakkolwiek w kilku z wyliczonych zakładów kąpiele wannowe połączone są z łaźniami parowemi, w sprawozdaniu niniejszém dla uporządkowania przedmiotu mówić będziemy najprzód o kąpielach wannowych, potém zaś oddzielnie o łaźniach parowych.

A. KĄPIELE WANNOWE.

1. *Łazienki w hotelu Europejskim*, słusznie pierwsze miejsce zająć powinny w tém sprawozdaniu. Wprawdzie ograniczona liczba łazienek (trzy tylko, każda o jednéj wannie) i wyłączne przeznaczenie ich dla gości hotelu europejskiego nie pozwala ich poniekąd wliczyć do kąpieli zupełnie publicznych, jednakże przedstawiają one pod względem hygienicznym tak wzorowe urządzenie, że choćby dla przykładu, jak kąpiele powinny być urządzone, obowiązkiem było Komitetu opisać takowe.

Składają się one, jak już powiedzieliśmy, z trzech wanien w trzech numerach, położonych na dole w hotelu europejskim. Numera te między sobą w cale nie komunikują. Pokoje wysokie, widne, suche; sciany olejną farbą malowane. Wanny miedziane, wewnątrz wybielane, wzorowéj czystości.

Ze sprzętów znajdujących się w numerze zasługują na wzmiankę: termometr, umywalnia ze wszelkiemi przyborami, a zatem i z nocnikiem. Przy saméj wannie na stoliczku stoi miednica fajansowa, do któréj daje łaziennik za każdą razą swieży kawał miękkiéj rogoży, mogącéj być z dobrym skutkiem użytą zamiast gąbki do namydlania ciała. Do obcierania dają prześcieradło i ręcznik. Wreście w jednym z numerów znajduje się bardzo dobrze urządzony natrysk kroplisty, zawarty w cylindrze metalicznym zamykanym.

Cena kąpieli (3 złp. za kąpiel pojedyńczą, zaś 2 złp. gr. 10 w abonamencie z 6 biletów), ze względu na położenie w środku miasta, na wodę czystą z wodociągów dostarczoną i na prawdziwie *europejskie* urządzenie, nie jest przesadzoną, owszem może się nazwać tanią.

2. *Łazienki Bansemera przy ulicy Marienstadt*, Nr. 2624. Główny wchód środkowy prowadzi na obszerny korytarz marmurowemi flizami wysłany, z którego wchodzi się do osobnych numerów. Część lewa od wchodu na nowo została pięknie i ozdobnie przebudowana, tak, że nic prawie do życzenia nie pozostaje. Kurytarz i pokoje razem są oświecone, a 6 pokoi ostatnich nawet elegancko są przyozdobione, dywanami na przejściu do wanny zasłane; pozostałe w tym kurytarzu pokoje również są wygodnie urządzone. Liczba ich w ogóle 24 wynosi, podobnie jak w prawym pawilonie, gdzie jeszcze gaz nie wszedł w użycie i tylko lampy olejne go oświetlają.

Cena przedniejszych sześciu numerów na złp. 3 jest oznaczona, gdy reszta innych po złp. 2 za kąpiel zwykle się opłaca. Biorącym abonament obniżają cenę do złp.

1½ za kąpiel. Kto bierze wodę gorącą do miasta, płaci na raz jeden złp. 2, prócz kosztów przewozu (złp. 2), wynajęcia wanny (złp. 1 dziennie, za kaucyą), wreście wyniesienia i zniesienia takowéj.

Woda sprowadzona jest z Wisły za pomocą pomp poruszanych deptakiem i przechodzi do głównego zbiorniku z którego rurami podziemnemi udaje się albo wprost do wanien w stanie zwykłéj temperatury, albotéż do kotła, gdzie się ogrzewa i następnie rozchodzi do wanien.

Czystość wody zależy od stanu jéj mętności w Wiśle, gdyż osadzanie jéj i klarowanie z powodu gliniastych części składowych jest powolne, zawsze woda nie posiada przez to własności szkodliwych zdrowiu.

Liczbę przybywających do kąpieli oznaczają średnio na osób 50 dziennie, jakkolwiek maxima przypadkowe do 150 dochodzą.

3. *Drugi zakład kąpielowy Bansemera* z prawéj strony ulicy Bednarskiéj na rogu ulicy Dobréj pod Nr. 2814 (tak zwane kąpiele kasztelańskie) mieści 22 wanien w dosyć dobrym stanie będących, gdzie także cena po złp. 2 jest naznaczona.

4. *Łazienki Majewskiego*, przy ulicy Bednarskiéj, pod względem czystości niżéj nieco stoją od Łazienek Bansemera. Woda w wannach bywa tu czasami śmierdząca zwłaszcza przy niskim stanie Wisły i letniéj porze, co ma ztąd pochodzić, że Łazienki te stoją na miejscu, gdzie dawniéj była przystań Wisły, z czasem zasypana przez zwożenie śmieci i odpadków z miasta.

Wanien miedzianych wewnątrz wybielanych jest 36. Średnia liczba wydanych miesięcznie kąpieli, wynosi około 2000.

Cena pojedynczych kąpieli w lepszych numerach naznaczona na 3 złp. gr. 10, w innych na złp. 2, a w abonamencie na półtora złotego.

5. *Kąpiele żelazne przy ulicy Grzybowskiéj* Nr. 1030, zawierają 8 wanien miedzianych, wewnątrz wybielanych. Cały zakład w ciągu ostatnich lat był dosyć zaniedbany, obecnie zaś przeszedł w ręce nowego właściciela, który się stara przyprowadzić go do porządku. Pokoiki idą w jednym rzędzie po sobie i podobnie jak niemal we wszystkich kąpielach tutejszych, łączą się z sobą przez drzwiczki z obu stron zasuwane.

Cena pojedyńczéj kąpieli wynosi złp. 2, w abonamencie złp. 1 gr. 15. Miesięcznie wydają od 600 do 700 kąpieli. Wodę, która przy ogrzewaniu osadza wiele tlenku żelaza, pompują siłą końską z miejscowego źródła do zbiornika pod dachem gmachu położonego.

6. *Kąpiel wannowa Roguskiego na rogu ulicy Twardéj i Pańskiéj.* Zakład ten, połączony z Łaźniami parowemi, świeżo wzniesiony, jeszcze nawet nie całkiem ukończony, jest (oprócz Łazienek hotelu europejskiego) jedyny dotąd w Warszawie, który się zaopatruje wodą Wiślaną z wodociągów. Pierwotne doprowadzenie wodociągów do tego zakładu miało kosztować około 60,000 złp., roczne zaś zaopatrzenie w wodę 12,000.

Ukończona już jest i oddana na użytek publiczności część zakładu złożona z kurytarzyka z góry oszklonego, przy którym znajduje się 10 numerów, po 5 po każdéj stronie. Przegrody pomiędzy pojedyńczemi pokoikami są drewniane, po jednéj stronie kurytarza w ten sposób urządzone, że z jednego do drugiego numeru przejść można przez drzwiczki z obu stron na zasuwkę zamykane; po drugiéj zaś stronie kurytarza nie ma tego urządzenia,

pokoiki więc z sobą się nie łączą. W każdym numerze jest jedna wanna z blachy żelaznéj, wewnątrz olejno malowana. Podłoga wszędzie jest asfaltowa, czystość należyta. Prócz tego jest jeszcze jeden pokój o dwóch wannach.

Kąpiel kosztuje półtora złotego. Dziennie wydają 10 do 30 kąpieli.

Do kurytarzyka wspomnionego prowadzi salonik wstępny, w którym spoczywać mogą osoby czekające na kąpiel i t. p. Z tego saloniku wchodzi się też do sali już wykończonéj, ale jeszcze nie będącéj w użyciu, w któréj stoi 14 także wanien, poprzedzielanych ekranami, dla mężczyzn; będzie to kąpiel tańsza po złp. 1. W dwóch rogach sali, znajdują się stosownie osłonięte natryski kropliste.

Prócz tego jest jeszcze na ukończeniu łazienka wspólna (bassin) murowana na cement, mająca 10 łokci długości, 9 szerokości i odpowiednią głębokość.

7. Przy Łaźni parowéj *Kozłowskiego* na Rybakach, w oddzielnym domku mieści się 22 wanien zwyczajnych, do których przyprowadza się woda z Wisły. Urządzenie zupełnie takie jak w innych z tą różnicą, że brudniejsze i ciemniejsze są od innych, mało też uczęszczane.

8. Przy Łaźni *Sitkiewicza*, na Rybakach Nr. 257 1/2 znajduje się 20 wanien miedzianych, wewnątrz wybielanych, czystych, w porządnie utrzymanych numerach w kurytarzu jasnym z marmurową posadzką. Wszystkie numera łączą się z sobą.

Kąpiel kosztuje tu złp. 1 gr. 15. W abonamencie złp. 1 gr. 10.

9. Wreszcie *przy dwóch mikwach żydowskich* to jest, na Grzybowie i przy ulicy Franciszkańskiéj, znajdują się

kąpiele wannowe, pod względem czystości, niżéj od poprzedzających stojące.

Co do samych mikw czyli rytuałowych kąpieli dla starozakonnych, to kol. Rosenblum, który w roku 1842 skreślił był dobitnie ujemne ich strony hygieniczne w naszém mieście (Uwagi nad teraźniejszym stanem starozakonnych pod względem policyjno-lekarskim, w Warszawie 1842, str. 18 do 22), zwiedzając je obecnie po 20 latach, znalazł znaczny postęp w tych zakładach. Woda jest w nich ogrzewana częściéj niż przedtém i odmieniana, czystość mniéj niż wówczas pozostawia do życzenia, przy baczności władzy policyjno-lekarskiéj spodziewać się można w tym względzie jeszcze lepszych nadal rezultatów.

B. ŁAŹNIE PAROWE.

1. *Zakład Ossowskiego* nosi imię „*Łaźni parowéj szafkowéj*“ a istotą tego zakładu tak pod względem wynalazku, to jest zasady zbudowania téj Łaźni, jakoteż formy czyli urządzenia zewnętrznego jest to: że zakład ten łączy w sobie zbiór wszystkich najszkodliwszych warunków, jakie tylko łaźnia parowa wydać może.

Łaźnia szafkowa mieści się w domu własnym założyciela, umyślnie na ten cel zbudowanym przy ulicy Długiéj obok hotelu Drezdeńskiego, na dole od frontu.

Drzwi z sieni głównéj domu prowadzą do wielkiéj sali, która obejmuje w sobie: kantor, rozbieralnie, łaźnie i miejsce wypoczynku po kąpieli, któreto wszystkie *oddziały, stanowiące najważniejsze, bo istotne części łaźni* pomieszczone zostały w téj jednéj i jedynéj sali przedzielone od sieni, zatém od ulicy, tylko *jednemi zwyczajnemi* drzwiami. Rozgraniczenie nadmienionych części

zakładu stanowią niskie parawanowe przegrody, zkąd pochodzi, że powietrze w tych wszystkich podziałach jest jedno, zimne albo gorące stósownie do powietrza ulicznego, a zawsze *wilgotne i dymne.*

Tuż za przegrodą kantoru, umieszczone są *gabinety parawanowe* (6) w formie małych, czworobocznych komórek, przeznaczone do rozbierania się gości. Bezpośrednio za temi stoją *dwie szafki* 4 stóp długości, 2 szerokości drewniane, ciemne, brudne, jedną maleńką kwaterką (niby oknem) szklanną opatrzone, w których goście poddają się działaniu pary, siedząc na małéj ławeczce. *Do kąpieli z gabinetu wychodzi się nago, tylko kobietom dozwolono okryć się prześcieradłem.* Do wydobycia potrzebnéj pary służy przyrząd żelazny obok szafki ustawiony w formie wielkiego zwykłego *samowaru,* z którego węglem ogrzanego, przeprowadza parę elastyczna kiszka do okratowanéj drewnianemi drążkami podłogi szafki.

W suficie szafki znajduje się sito do spuszczenia zimnego natrysku na żądanie kąpiącego się gościa.

Dla braku dzwonka, musi kąpiący się o każdą potrzebę wołać *alias* krzyczeć gwałtownie, aby go przy zewnętrznym gwarze, szumie samowaru, i turkocie ulicznym, który jak wiadomo w tém miejscu zawsze jest niezmierny, usłyszała dosyć niedbała służba. Do wydobycia silnego głosu, może zaprawdę niejednemu i zdrowemu człowiekowi zabraknąć tu siły i odwagi, będąc pod wpływem gorącéj, dymnéj, duszącéj pary, którą częstokroć wbrew woli gościa napuszcza do szafy posługacz.

Natrysk wprawdzie kroplisty, ale gruby, nierównostajny; ławeczka dla każdego gościa ma być zmienianą.

Termometr umieszczony w ścianie szafy, idzie ukośnie z wewnątrz szafy na zewnątrz, niewyraźny, z drobniutką podziałką, któréj w dodatku posługacz, jak się sam przekonałem, odczytywać nieumie i wygłasza stopień ciepła, jaki sam uznaje za stósowny dla siebie i dla samowaru, nietroszcząc się o gościa, który podziałki termometru niema przed oczyma.

Samowar bardzo licho urządzony dymi, wypuszcza dużo pary na salę ogólną, która wraz z parą po każdéj kąpieli z szafy na sale wypuszczaną (!), daje źródło straszliwéj wilgoci.

Wodę do samowaru i do natrysku dostarcza *kadź* u sufitu w kącie sali utwierdzona, do któréj znowu woda pompowaną bywa z piwnicy, gdzie wytryska źródło; pompa sama zepsuta, popękana, potrzebuje ogromnego wysilenia dwóch ludzi aby zaopatrzyła kadź.

Wszystkie części zakładu niechlujne do najwyższego stopnia, brudne, nawet błotniste, ciasne niezmiernie, zimne, a nadobitek złego zakopcone dymem tytuniowym, wypuszczanym z ust każdego posługacza i stróża. Kobiety każdego czasu kąpać się mogą. Dla szczupłéj liczby szafek (2) wszyscy czekać muszą długo, albowiem kąpie się każdy pojedyńczo, a czekając musi przeciskać się pomiędzy ściany, bo niema miejsca do siedzenia nigdzie.

Zimno i wilgoć dają się straszliwie uczuwać po wyjściu z łaźni, a co najgorsza, że z sali téj, gość wyparzony i spocony wychodzi *wprost na ulicę*.

Liczba kąpieli wynosi dziennie w przecięciu 30, cena 2 złp. gr. 15, i 10 groszy dla służby, w abonamencie 2 złp.

Łaźnie Kozłowskieyo, przy ulicy Mostowéj tuż nad Wisłą.

a) Dom łaźni parowéj położony na wschód ku Wiśle, mieści w sobie 3 sale, z których jedna przeznaczona dla kobiet, a dwie dla mężczyzn. Oddział mężczyzn zawiera dwa poddziały; cena kąpielowa wynosi w jednym 1 złp., a w drugim 12 groszy (cena dla kobiet 12 gr.) Każda łaźnia tego domu (złotówkowa, 12 grzoszowa i kobiet) składa się z dwóch sal, to jest z jednéj służącéj do rozbierania się i wypoczynku po kąpieli (rozbieralni), i z drugiéj tak zwanéj: *parni*; obydwie te sale łączy mały, dwułokciowy ustęp, którędy kąpiący się przechodzi z rozbieralni do parni i na powrót.

Łaźnia złotówkowa przedzielona od 12 groszowéj murem w całéj rozciągłości bez żadnéj ze sobą komunikacyi; oddzielne drzwi prowadzą do każdéj; łaźnia kobiet umieszczona obok w innym kierunku i tu opiszemy szczegółowo salę złotówkową, z podaniem różnicy w innych poddziałach. Drzwiami z sieni wchodzi się do rozbieralni, przedstawiającéj długą niską salę o 6 oknach, w któréj znajdują się małe szafki lakierowane do złożenia sukni gości, i ławki takież same do siedzenia, nadto 6 sofek najordynarniejszego gatunku, drelichem brudnym przykrytych, na których gość wyszedłszy z parni winien odpoczywać.

Obok braku wszelkiéj, najmniejszéj wygody, wypływającego z prostych, brudnych ławek, a raczéj niskich szafek, na których gość siedząc ma się rozbierać (albowiem ławki te zawierają także schówki na odzież gości w razie natłoku), obok przykrych warunków dogadzających nieprzyzwoitości i obrażających uczucie wstydliwości, spotyka się tu jeszcze łaskawy gość z wszystkie-

mi warunkami antihygyjenicznemi, jakie tylko zabłocona, nizka, a co najważniejsza nad wszelki wyraz wilgotna sala, w zimie parna i zaduszona wydać jest w stanie. Przydać do tego trzeba, że szafki są szczupłe, brudne, w których suknie tylko powalać się muszą i pomiąć, że klucz od szafek zostaje w rękach łaziebnych stróżów, a zatem suknie i to co się w nich zawiera, na łasce posługaczy, że liczba sofek do wypoczynku za nadto jest szczupłą (tylko 6) i już przy 10 gościach jednocześnie się kąpiących, 4 osoby muszą po wypoceniu się, spacerować a raczéj przeciskać się pomiędzy ławkami, i owinięci tylko prześcieradłem wystawieni są na zimno wiejące przez drzwi za wchodzącymi ze sieni. Rozebrany do naga w rzeczonéj sali gość, przechodzi również *nago* (bo tu jeszcze nisdostaje prześcieradła), przez krótką sionkę do parni.

Parnia sprawia na przychodniu jeszcze przykrzejsze daleko wrażenie. Ściany jéj czarne, wilgotnym a bujnym mchem pokryte, sufit niziutki; salę samą, wązką, zapełnia jeszcze 4 szerokich po nad sobą postawionych ławek w postaci 4 stopni do samego sufitu sięgających, na których siedzą i leżą kąpiący się. Temperatura mało co do wysokości stopni przedstawia różnicy z przyczyny, że sala nazbyt niska, zkąd znowu pochodzi, że na dole gorąco jest dla wchodzącego nadto silne; o prawdziwym stanie temperatury nie można tu powziąść wyobrażenia albowiem w całym domu niema ani jednego termometru. Do ogrzania parni służy długi nizki piec, w formie zwyczajnéj nalepy gospodarskiéj, na wierzchu którego leży mnóstwo rozmaitéj wielkości kamieni rzéczn,ych które rozgrzane wierzchnią ścianą pieca (od dołu drzewem opalonego) i polane wodą z kadzi w parni stojącéj

czerpaną, wydają potrzebną ilość pary. Do ochłodzenia kąpiących się, służy woda z onéj kadzi, przez łaziebnika w miarce drewnianéj (bez uszka) podawana, i natrysk deszczowy spadający przez zwyczajne blaszane sito w środku sufitu przyczepione.

Na szczególniejszą i surową naganę zasługuje przeprowadzona w podłodze rynna przeznaczona do wypuszczania rozlanéj po sali wody, do Wisły; rynna ta posługuje także gościom do zabierania wody wypuszczanéj przez nich z *pęcherza moczowego*. Parnia Kozłowskiego mieści przeto w sobie zarazem i spust kloakowy; zaprawdę jedyny sposób oszczędzenia pracy, miejsca i czasu potrzebnego do wynoszenia naczyń urynowych; byłby on może dogodnym, gdyby niestety, rynna ta nie pociągała za sobą smrodu moczowego, a z drugiéj strony nie była arcy niepotrzebnym wentilatorem parni, z którego zimno wprost z Wisły wieje na ciało rozparzone 50 stopniowém gorącem.

Kiedy już gość dosyć się tu naparzył, nadusił, nawąchał i do ostatniego zmęczył, oblawszy się jeszcze raz zimną choć brudną wodą, okrywają go za 10 groszy prześcieradłem (ale nie świeżem) i wychodzi napowrót do rozbieralni, jak tym razem było, porządnie zimnéj, chociaż zwiedzającego pocieszano z zapewnieniem, że w zimie bywa tu bardzo ciepło.

Łaźnia 12 *groszowa i kobieca*, tym samym zupełnie trybem, jak złotówkowa urządzone, różnią się wszakże od niéj tém, że ilość szafek czyli pudełek źle zamykanych, znacznie jest tu większa, że nieposiadają żadnéj sofki, tylko w zamian tych, proste ławki, że w parni niema natrysku deszczowego, i że sale te tak są ciemne

wilgotne i brudne, że chyba od czasu założenia ich, ani razu nie były myte i czyszczone.

b) Zgrabniéj nieco i schludniéj przybraną jest rozbieralnia *łaźni w drugim domku znacznie mniejszym od opisanego*, na drugiéj stronie ulicy ku północy położonym, gdzie cena *za kąpiel wynosi* 1 *złp.* 15 *groszy*. Salka ta mała mieści w sobie kilkanaście lepszych szafek, a koło każdéj znajduje się osobna sofka, ubogo ale czysto przynajmniéj i dla każdego gościa oddzielnie urządzona; zato też znowu tak tu ciasno i duszno, że przy kilku razem zebranych gościach w rozbieralni przecisnąć się niemożna. Parnia urządzona jak wyżéj, za wniesienie wanny z zimną wodą do parni celem zamoczenia całego ciała, gdyby kto żądał, opłaca się w każdéj łaźni po złotówce osobno.

Tuż obok téj łaźni półtorazłotowéj, znajduje się mały pokoik o 3 sofkach i szafkach (gabinet paradny), gdzie na żądanie przez gościa naprzód zamówione, dostać można całkiem osobną łaźnię parową (z temi samemi wadami w parni, jak wyżéj), która kosztuje 5 złotych od osoby.

Liczba kąpieli rozdawanych dziennie lub rocznie ogółem, jest nieznaną nikomu; właścicielka, wydawszy zakład cały w dzierżawę nietroszczy się oto, a dzierżawca sam nieprowadzi żadnéj kontroli, posługacze znowu (których liczba jest dostateczna) niedozorowani ściśle, także niewiedzą. Wydają tu wprawdzie bilety kąpielowe, ale nikt nieprowadzi rachunku w księgach.

Wszyscy jednak jednozgodnie świadczą, że liczba kąpiących się bywa w zimie znaczną (co zresztą z obszerności lokalu widać, z 30 letniego trwania zakładu, nadto z wysokiéj cyfry dzierżawnéj, która wynosi rocznie

30,000 złp. i z ilości spalonego drzewa, które rocznie 20,000 złp, zabiera).

W łaźni złotówkowéj bywa w zimie po 30—40—60 osób dziennie (najwięcéj w Sobotę i w Piątek kiedy starozakonni się kąpią)— w 12 groszowéj liczba ta dochodzi czasem w zimie do 100 i więcéj, w półtorazłotówkowéj kąpie się dziennie w zimie po 15 — 20 — 30; w porze letniéj wszystkie bywają bardzo mało uczęszczane tak, że ogólna liczba dzienna nie wynosi jak osób 20—30 w całym zakładzie.

Wielki brak wygody, rażące niechlujstwo, zabójczy niedostatek czystego powietrza, duszność nieznośna, wilgoć straszna, zły sposob wydobywania pary — oto wady potrzebujące ulepszenia w tym zakładzie.

3. *Łaźnie parowe Sitkiewicza*, na Rybakach Nr. 2571/2, mieszczące się w oficynie parterowéj drewnianéj. Zarówno t. zw. oficerskie po gr. 20, jak pospolite po gr. 8 od osoby, pod względem brudu, zaduchu, wilgoci i t. p. warunków antihygienicznych wniczém nie ustępują łaźniom Kozłowskiego. To tylko na pociechę, jeśli nie chwili obecnéj to przynajmniéj blizkiéj przyszłości powiedzieć można, że właściciel zamierza jeszcze w tym roku oficynę tę zburzyć i nową łaźnię wybudować.

4. Przy tejże znajduje się *Łaźnia rossyjska* od pewnego czasu tak mało uczęszczana, że tylko czasem w niéj palą. Zdaje się być nieco czyściejszą od łaźni Kozłowskiego i Sitkiewicza, może dlatego, że teraz mało kto do niéj uczęszcza.

5. *Zakład kąpieli parowych Naimskiéj*, przy ulicy Białoskórniczéj pod Nr. 2623 nad samym zjazdem do ulicy Bednarskiéj, z drzewa nowo wybudowany wguście szwajcarskim, z powodu ograniczonego teritoryum

na dwa piętra podzielony, posiada tę niedogodność, iż sale do rozbierania na górze umieszczone zmuszają kąpiących, że ci nago do parni na dole położonéj schodzić muszą. Ztąd łatwo powstać mogą zaziębienia, szczególniéj przy powrocie na górę, a wreszcie i spacer ten po schohach w prześcieradle nie odznacza się wielką wygodą. Zakład ten przeznaczony jest w połowie dla mężczyzn, a w drugiéj dla kobiet, oprócz tego są jeszcze w każdym oddziale osobne podziały: to jest sale ogólne porządniéj urządzone dla zamożniejszych po cenie złp. 1 gr. 10 od osoby i sale dla biedniejszych po groszy 12 od osoby. Nadto jeszcze numera pojedyncze po złp. 6.

Ruch w téj łaźni obecnie jest wielki, z powodu niewykończonéj jeszcze łaźni parowéj Bansemera. Średnio w przecięciu liczą po 40 osób w każdym oddziale droższym, a do 100 osób w salach przeznaczonych dla uboższych. Czasami jednakże maximum dziennie do kilkuset osób dochodzi.

Woda Wiślana do zakładu rurami sprowadzana, podobnie jak i do Łazienek Bansemera nieodznacza się czystością, tém bardziéj, że zaczerpuje się w miejscu, poniżéj odpływu odchodowéj wody od łazienek położoném. Życzyćby więc należało, aby właściciele na ten cel nieszczędzili kosztu, i większą uwagę zwracali na własność wody do kąpieli używanéj.

6. *Zabudowanie kąpieli parowych Bansemera* na rogu ulicy Bednarskiéj i Dobréj pod Nr. 2814, przed kilku miesiącami w części zgorzało, jednakże staraniem właściciela na nowo się przebudowywa i za parę miesięcy dla użytku publiczności, wyłącznie męzkiéj, otwartém będzie. Budynek cały ma być rozdzielony na dwie części. Jedna połowa dla zamożniejszych po złp. 2 za wejście,

a druga dla uboższych po groszy 12. Sale wchodowe, gdzie się rozbierają wygodnie już zdawna urządzone pozostaną odswieżone, za temi następują pokoje do umycia, a następnie właściwe parnie. Ilość osób przybywających była dawniéj bardzo wielka,a stosunek dzienny średnio do 40 wynosił, jakkolwiek klassa ludzi zamożniejsza brała tylko udział w kąpieli parowéj, gdyż oprócz złp. 2 opłacanych przy wchodzie, za usługi i bieliznę osobno się jeszcze wynagradza.

7 *Łaźnie parowe Roguskiego*, na rogu ulicy Twardéj i Pańskiéj, od niedawna zaprowadzone, są dotychczas utrzymane w należytéj czystości.

a) W oddziale droższym, do rozbieralni wchodzi się przez przedpokój poprzedzony sionką. Rozbieralnia składa się z czterech pokoi porządnie utrzymanych zawierających 14 sofek swieżo obitych tak zwaną skórą amerykańską; szafeczki na składanie rzeczy są porządne.

Z rozbieralni przechodzi się do parni przez izbę na pół gorącą, w któréj wychodzące z parni osoby zwykle się myją na dwóch będących tu ławach. Jest tu prócz tego wanna, za wykąpanie w któréj dopłaca się złp. 1 groszy 10.

Parnia ma podłogę drewnianą czystą; ławy, na których spoczywają kąpiący się, są także czyste. Ściany są olejno malowane, nie wsiąkają zatém wilgoci.

Łaźnie tańsze są tu po 12 groszy, a mianowicie:

b) dla kobiet łaźnia podobnie urządzona jak poprzedzająca, tylko w rozbieralni mniéj wygodna;

c) tania łaźnia męzka ma obszerną rozbieralnię na dwa piętra podzieloną, dolną na 60 szafeczek, górną na 80. Szafeczki nie są wzorowéj czystości, podłoga zato

i ławki są czyste, powietrza jest podostatkiem. Do rozbieralni wchodzi się nie wprost z dworu, ale z sionki.

Izba przechodnia do parni i sama parnia (ta ostatnia dostatecznie obszerna) mają posadzkę asfaltową. Ściany murowane i słupy podpierające sufit pomalowane są farbą olejną. Podłoga i ławy utrzymane są czysto.

Liczba osób uczęszczających dziennie do całego zakładu kąpieli parowych wynosi średnio 50 — 60 — 80; w Soboty zaś do 200 osób.

CZĘŚĆ DRUGA.

Ogólne uwagi.

1. Co do pytania, ile kąpieli wannowych i parowych wydają w ogóle rocznie zakłady kąpielowe Warszawskie, nie jesteśmy w stanie dać zadawalniającéj odpowiedzi, albowiem oprócz jednego hotelu Europejskiego, który pod tym względem zaszczytny wyjątek stanowi (*), w żadnym z zakładów zwiedzonych przez Komitet nieprowadzą pod tym względem najmniejszéj kontroli.

(*) Administracya hotelu Europejskiego z wszelką gotowością udzieliła komitetowi następujących wiadomości o ruchu kąpiących się w trzech łazienkach hotelu od dnia 19 Maja 1861 do 19 Maja 1862. Liczba wydanych w tym czasie kąpieli wynosiła:

w r. 1861	w Maju 48.	w r. 1862	w Styczniu 53.
—	w Czerwcu 92.	—	w Lutym 69.
—	w Lipcu 67.	—	w Marcu 68.
—	w Sierpniu 56.	—	w Kwietniu 97.
—	w Wrześniu 61.	—	w Maju 64.
—	w Październi. 75.	razem w ciągu roku 886 kąpieli.	
—	w Listopadzie 39.		
—	w Grudniu 77.		

W wielu miejscach pytania dotyczące tego przedmiotu przyjmowano z zadziwieniem, w innych z niedowierzaniem. Jeszcze co do kąpieli wannowych łatwiéjsza jest sprawa, wiadoma jest bowiem liczba wanien i z téj przez przybliżenie można uczynić wniosek, że w Warszawie rocznie w 175 wannach publicznych biorą około 120,000 kąpieli (*), a zatem jedna wanna przypada na 920 mieszkańców (albo licząc i ludność niestałą, jedna wanna na 1314 mieszkańców), kąpiel zaś jedna mniéj więcéj co półtora roku na jednego mieszkańca! Dla porównania przytoczymy podług *Tardieugo*, że w Paryżu w roku 1852 przy ludności wynoszącéj nie wiele więcéj nad milion mieszkańców było 5902 wanien publicznych wypadała więc jedna wanna na 167 mieszkańców, wydano zaś przeszło 3000000 kąpieli czyli na jedną osobę 3 kąpiele w przecięciu, jest tam przeto stosunek znacznie korzystniejszy niż u nas; stosunek ten zresztą w Paryżu przez ostatnie 10 lat wiele się musiał poprawić,

---

(*) Oto jest przybliżone obliczenie kąpieli wydanych w ciągu roku w Warszawie w zakładach publicznych:

	Liczba wanien.	Liczba wydanych w ciągu roku kąpieli.
w Łazienkach hotelu Europejskiego „	3	886
— Bansemera na Mariensta. „	48	30000
— — przy ul. Bednar. „	22	15000
— Majewskiego — — „	36	20000
— Żelaznych przy ul. Grzyb. „	8	6000
— Roguskiego — — „	10	7000
— Kozłowskiego — — „	22	15000
— Sitkiewicza — — „	20	15000
— przy Mikwach — — „	16	12000
Razem	175	120886

w tym bowiem przeciągu czasu zaprowadzono po różnych częściach miasta kosztem rządu tamże kąpiele dla klassy rzemieślniczéj.

Co się tyczy kąpieli parowych, to według obliczenia przybliżonego, które tu podajemy (*) wydają w Warszawie rocznie około 175,000 takich kąpieli, czyli, że na rok przypada 1 na jednego stałego mieszkańca, jednakże jest to po prostu przypuszczenie i bardzo być może, iż ogólna cyfra jest nieco większa w rzeczywistości. Ale przypuśćmy nawet, że summa wziętych kąpieli parowych jest podwójna, cóż znaczą dwie kąpiele parowe na jednego mieszkańca przypadające na całą porę roku, w któréj się nie można w rzece kąpać; a zwłaszcza wziąwszy pod uwagę znaczną liczbę tych osób, które częściéj niż raz na półtora roku idą do wanny, lub częściéj niż dwa razy na rok do kąpieli parowéj, ileż to niestety musi być w mieście naszym takich, *którzy nigdy ani do wanny, ani do łaźni parowéj nie chodzą*, wyjąwszy chyba gdy z powodu choroby dostaną się do Szpitala!

(*) W Łaźniach Ossowskiego wydają rocznie około 10000 kąp. parowych
— Kozłowskiego . . 40000
— Sitkiewicza . . . 30000
— Roguskiego . . . 20000
— Naimskiéj 60000
— Bansemera . . . 5000
— Rossyjskich . . . 10000
Razem . . . 175000

Obliczenie to oparte jest na przybliżonych podaniach posługaczy i t. p.

2. *Rozkład kąpieli wannowych i parowych po mieście.* Rzuciwszy okiem na plan Warszawy przekonamy się, że w zakłady obudwu rodzajów obficie zaopatrzone są dwa punkta na krańcach miasta, a mianowicie na południo-zachód okolica ulic Twardéj, Żelaznéj, Pańskiéj i t. d. a na północo-wschód wybrzeże Wisły w bliskości ulic Bednarskiéj i Mostowéj, reszta zaś miasta całkiem jest pozbawiona ciepłych kąpieli (nie licząc kąpieli szafkowych Ossowskiego i trzech wanien hotelu Europejskiego). Taka odległość kąpieli obu rodzajów od środka miasta, łatwo pojąć jaką musi być przeszkodą w spełnianiu jednego z kardynalnych przepisów hygieny dla znacznéj, jeśli nie największéj części ludności naszego miasta.

3. *Cena kąpieli wannowych i parowych.* Wziąwszy pod uwagę: że cena kąpieli wannowych wynosi średnio od 1½ złp. do 3 złp., że w Łaźni parowéj tańszéj za 12 groszy w jednéj tylko Łaźni Roguskiego można się znośnie wyparzyć, w innych zaś Łaźniach tak zwane parnie ogólne (po 8 do 12 gr. od osoby) są jak najszkaradniéj urządzone, nieco zaś lepsza (a jak u Ossowskiego nawet gorsza) kosztuje od 1½ złp. do 2 złotych, a nawet wliczając ręczniki i zapłatę dla posługaczy (*), i więcéj, — łatwo się przekonamy, że cena kąpieli wannowych i parowych w Warszawie czyni je nieprzystępnemi dla tych właśnie, którzy ich najwięcéj potrzebują, to jest dla klassy ubogiéj.

(*) Trinkgeld dla posługacza znacznym być musi choćby z tego powodu, że w większéj części Łazien posługacz nie tylko niepobiera płacy od właściciela, ale owszem temu ostatniemu płaci do 18 złp. w dobrych miesiącach.

W tém miejscu komitet czuje się jeszcze w obowiązku nadmienić o nadzwyczajnie wygórowanéj i dla zamożnych tylko przystępnéj cenie kąpieli ciepłych sprowadzanych do domu dla osób chorych.

Sprowadzenie takiéj kąpieli kosztuje u nas jednorazowo przynajmniéj rubla, częstokroć daleko więcéj; w Paryżu, gdzie wszystko stosunkowo jest droższe niż w Warszawie, koszt takiéj kąpieli opędzić można dwoma frankami; przewiezienie wanny, oraz wody grzanéj uskutecznia tam zwykle na wózku jeden człowiek bez pomocy siły końskiéj.

4. Trzy powyżéj wyłuszczone względy, to jest: nadzwyczaj mała liczba kąpieli wannowych i parowych przypadających rocznie na jednego mieszkańca, nieprzystępna cena kąpieli i rozłożenie takie zakładów kąpielowych po mieście, iż utrudnia większéj części ludności korzystanie z tychże, względy te powodują komitet do wyrażenia zdania podzielanego zapewne przez towarzystwo, że zakładanie nowych kąpieli w środku miasta położonych i tańszych, jest rzeczą ze względu na zdzowie ogółu nadzwyczaj pożądaną. Czy koszta sprowadzania wody istniejącemi u nas wodociągami czynią możliwem urzeczywistnienie tych życzeń hygienicznych? nie do nas należy rozstrzygać.

Zalecając usilnie jako wzór do naśladowania instytuty kąpieli tanich dla klassy ubogiéj wyrobniczéj i rzemieślniczéj, zakładanie już to, jak we Francyi, przez władze rządowe, już to, lepiéj przez wspólki prywatne mające na celu nie tyle zysk ile dobry uczynek, komitet czuje się w obowiązku wspomnieć o połączonych zazwyczaj z takiemi zakładami *pralniach publicznych*, które w naszém mieście byłyby pod względem hygieni-

cznym rzeczą nadzwyczaj pożądaną, albowiem dałyby możność usunienia z mieszkań klassy najuboższéj jednego z głównych źródeł wilgoci tych mieszkań, to jest prania domowego.

5. *Uwagi o urządzeniu istniejących obecnie w Warszawie kąpieli wannowych i Łaźni parowych pod względem hygienicznym.*

A. KĄPIELE WANNOWE.

1. *Woda* dostarczana wprost z Wisły do prawie wszystkich zakładów kąpielowych Warszawskich, jest bardzo mętna, w niektórych zaś, jakto powyżéj już wspomnieliśmy, bywa nawet śmierdzącą. Nie jest to w prawdzie wielka szkodliwość dla zdrowia kąpiących się, ale zawsze stanowi nieprzyjemność.

Wyjątek pod tym względem stanowią Łazienki w hotelu europejskim i zakład kąpielowy Roguskiego przy ulicy Twardéj, obydwa te zakłady zaopatrują się bowiem z wodociągów, a zatém wodą filtrowaną, nadto kąpiele żelazne przy ulicy Grzybowskiéj, które mają wodę ze źródła.

2. Co do *czystości* wanien, pojedynczych pokoików, dawanéj bielizny i t. d. komitet nieznalazł nic szczególnego do nadmienienia chociaż w niektórych drugiego rzędu zakładach, przydałaby się większa baczność na ochędóstwo. Co do sprzętów zawartych w pojedynczym numerze, to niektóre są całkiem zbyteczne jak np. kanapki (które odpowiadają celom pobocznym, prostytucyi); innych zaś brak w wielu zakładach czuć się daje: jakoto termometrów, przyrządów umywalnianych, naczynia nocnego, nożyków do nagniotków i t. p. Dobrze

urządzone wychodki pożądaną są rzeczą we wszelkich zakładach kąpielowych.

3. *Powietrze* w ogóle w pojedyńczych numerach jest dostatecznie odświeżane: przyczynia się do tego w lepszych zakładach kąpielowych to urządzenie, że ściana oddzielająca pokoiki od kurytarza nie sięga do sufitu, a przez pozostający u góry wielki odstęp powietrze wszystkich pokoików komunikuje z powietrzem kurytarza. Urządzenie to zasługuje na naśladowanie we wszystkich zakładach.

4. Komitet skwapliwie korzysta ze zdarzonéj sposobności, aby z oburzeniem wytknąć w kąpielach naszych urządzenie niepraktykowane w żadném mieście cywilizowaném, a w skutek którego wszystkie zakłady niemal kąpieli wannowych w Warszawie są po części domami nierządu, tém szkodliwszego, że wcale niekontrolowanego. Każdy zapewnie już zgadł, że chcemy mówić o urządzeniu, na zasadzie którego w Warszawskich kąpielach wannowych obie płcie są pomieszczone na przemiany obok siebie bez żadnéj różnicy, a wszystkie pokoiki łączą się z sobą drzwiczkami. Zarówno interes moralności publicznéj jak zdrowia ogólnego głośno dopomina się o zniesienie takiego stanu rzeczy, z którego między innemi i to wypływa, że w Warszawie porządna niewiasta wstydzić się musi tego, że idzie do kąpieli. Łatwoby temu zaradziło rozporządzenie lekarsko-policyjne surowo nakazujące rozdział każdego zakładu kąpieli wannowych na dwie odrębne połowy, jednę dla mężczyzn drugą dla kobiet z wyraźnemi napisami u wnijścia do każdego oddziału, według zwyczaju upowszechnionego za granicą. W związku z tém, w oddziale dla

kobiet zaprowadzićby należało posługę żeńską, pozostawiając męzką w oddziale dla męzczyzn przeznaczonym.

B. KĄPIELE PAROWE.

W pierwszéj części opisaliśmy szczegółowo istniejące obecnie w Warszawie Łaźnie parowe tak pod względem ich zalet jakoteż i wad; co do tych ostatnich wspomniemy tylko streszczając, że zakłady Ossowskiego, Kozłowskiego i Sitkiewicza ze względów hygieny publicznéj powinnyby być całkiem zniesione i nowemi zastąpione, jak to właściciel ostatniego z tych zakładów w istocie sam zamierza w krótce uczynić. Na zakończenie dodamy jeszcze niektóre ogólne uwagi o urządzeniach Łazien parowych pod względem hygienicznym.

1. *Co do sal do rozbierania i ubierania się* pożądaną jest rzeczą, aby takowe poprzedzone były sionką i przedpokojem, ogrzewane, odpowiednio rozległe i poprzedzielane na przegrody dla pojedyńczych gości przynajmniéj w droższych oddziałach.

2. *Rozległość parni.* W łaźniach droższych pożądane byłyby dla wygody gości, zamiast jednéj wspólnéj, kilka mniejszych parni mogących po kilka osób na raz pomieścić. W ogóle łaźnia zbyt obszerna i zbyt wysoka jest nieprzyjemna, z powodu znacznych w takiéj parni różnic temperatury.

3. *Co do sposobu otrzymywania pary*, tak zwana para sucha czyli wprost z kotła otrzymywana jest mniéj przyjemna od pary wilgotnéj, wydobywanéj przez polewanie wodą przedmiotów rozpalonych położonych w saméj parni. Używane u nas w tym celu piece z rozpalonemi kamieniami, mają tę niedogodność:

a) że para porywa z sobą pewną ilość kopcia, który też osiada na ciele kąpiących, a nadto;

b) że położone są w jednym kącie parni, która wskutek tego przedstawia zbyt znaczne różnice temperatury w różnych swych częściach.

Ostatniéj z tych niedogodności zapobiega urządzenie zaprowadzone w łaźniach zwanych *Dianabad* w Wiedniu, gdzie pod każdą ławą, na któréj kąpiący się spoczywa, są zasuwy do wypuszczenia pary, ławy zaś są z cienkich łat, w poprzek i w podłuż w postaci kraty ułożonych, co też zmniejsza niebezpieczeństwo poślizgnięcia się.

Obydwom zaś powyżéj wymienionym niedogodnościom (*a*, i *b*,) zaradza sposób otrzymywania pary używany w łaźniach tureckich i na ich wzór urządzonych w Odessie. W łaźniach tych para ciągle i jednostajnie się wydobywa w skutek urządzenia, na zasadzie którego z kurka stosownie nakręconego woda bezustannie pada na kocioł od dołu ogrzewany, dnem do góry obrócony, pomieszczony w małym zagłębieniu w środku parni, po którego rozpalonéj powierzchni spływa od środka ku obwodowi w żłobku spiralnym.

4. Ślizkość podłogi, a szczególnie stopni po których wstępuje się w górę zasługuje na uwagę pod względem policyjno-lekarskim z powodu wynikających ztąd nieraz przypadków znacznych potłuczeń, a nawet złamań kości i t. p. Zapobiedz można tym przypadkom przez urządzenie poręczy, na których mógłby się opierać gość wchodzący, a jeszcze bardziéj schodzący z tych stopni. Posadzka asfaltowa tak z powodu nieprzepuszczania wilgoci, jakoteż dla mniejszéj ślizkości zasługuje w Łaźniach na rozpowszechnienie.

5. Co do sprzętów potrzebnych w parni pożądaném jest jeszcze, aby w każdéj znajdował się ciepłomierz.

Na uwagę też zasługuje stosowne urządzenie natrysków.

6. Podobnie jak w kąpielach wannowych, tak też w łaźniach parowych pożądane są dobrze urządzone wychodki i ustępy do oddawania moczu, a w związku z tém surowy zakaz wypuszczania uryny w parni.

7. Wreszcie pod względem użycia Łaźni do celów lekarskich, komitet uważa, że stawianie baniek w łaźni parowéj jest w ogóle niestosowne naganne, a nieraz nawet szkodliwe np. w zapaleniach organów piersiowych i t. p. Praktykujące się czasami w naszych łaźniach nacieranie ciała maścią siarkową (dla pozbycia się świerzby), merkuryalną i t. p. powinnoby być zupełnie wzbronione.

Warszawa dnia 19 Maja 1862 roku.

Członkowie Komitetu: Dr. *Szokalski.*
— *Pląskowski.*
— *Łuczkiewicz.*
— *Rosenblum.*
Stanisław *Janikowski*,
sprawozdawca.

LITERATURA ZAGRANICZNA.

I.

O guzach brzusznych z przeważném uwzględnieniem części dyagnostycznéj.

(Ciąg dalszy).

III.

O guzach sieci i środjelita. (Tumores omenti et mesenterii).

Odnośnie do przedmiotu o guzach sieci i środjelicia, przytaczam najprzód następujący ciekawy wypadek, który na Klinice naszéj w. r. 1858 postrzegać mieliśmy sposobność:

1. Czeladnik krawiecki 31 lat liczący, niezna prócz obecnéj żadnéj innéj choroby. W dziesiątym roku życia przewalony został 2 belkami na krzyże chorego spadłemi, poczém miał chory krwią kaszlać, i od czasu do czasu doznawać bólu w piersiach W roku 1857 wstawiły się boleści w podżebrzu prawém, którym towarzyszyły wymioty i powiększenie brzucha, a które powtarzając się często, zmusiły chorego szukać pomocy w Szpitalu.

Przy badaniu znaleźliśmy chorego wybladłego nieco wychudłego, podżebrze prawe i dolna część klatki piersiowéj tejże strony wypuklejsze jak po stronie lewéj; wymiary wątroby znacznie powiększone, od 6 żebra 2 plessimetry poniżéj brzegu żebrowego, a w środkowéj linii żywota do pępka sięgające, treść wątroby twarda, brzegi grube, sam trzew przy

obmacaniu boleśny; śledziona prawidłowéj wielkości. Poniżéj powiększonéj wątroby, czujemy wyraźnie oddzielony od niéj, do pachwiny i blizko środkowéj linii dochodzący, mało ruchomy, bez połączenia ze ścianą żywota zostający guz, który równie jak wątroba przy oddechaniu ku dołowi się zesuwa. W jamie brzusznéj napotykamy nieco płynu. Po upływie 4 tygodni zauważyliśmy znaczne powiększenie guza poniżéj wątroby leżącego, a nadto powstały w tym czasie dwa nowe guzy bardzo bolesne ale mniejsze, z których jeden znachodził się w okolicy żołądka, a drugi powyżéj pępka. Guzy te były zdaniem naszem natury raka rdzeniowego, wszakże właściwe siedlisko ich oznaczyć było niepodobna, to jest nie mogliśmy stanowczo orzec, czy one pochodziły od sieci czy od dolnéj powierzchni wątroby. W dalszym przebiegu choroby wzmogły się rozmiary dawniejszych guzów i pojawiły się nowe wielkości orzecha włoskiego w lewéj połowie jamy brzucha, któreśmy oznaczyli jako guzy szypułkowate sieci, a to na zasadzie, że guzy te z łatwością do pewnéj odległości posunąć, że nawet kilkoma z nich stosownie do długości szypułki, koła zakreślić się dozwalały, i dopiero po przyciągnieniu ich do wielkiéj obrzmiałości po prawéj stronie umieszczonéj, ruchomość swą utracały. W połowie Stycznia (chory przyjęty został 18 Października 1855) pojawiły się dreszcze (które przy użyciu chininy nieustępowały), obrzmienie nóg i wejrzenie cherlacze obok nienaruszonéj sprawy trawienia. W drugiéj połowie Lutego, rozrosły się guzy bardzo znacznie, przepona wypartą została po stronie prawéj do 3, po lewéj do 4 żebra (przyczem duszność była nieznaczna), żyły ściany brzusznéj nabrzmiały bardzo widocznie i rozciągały się niektóre aż do okolicy pachowéj, do tego dołączyły się: opuchlina worka jądrowego, nieżyt oskrzelowy, wieczorowa gorączka i nocne poty, śród których przypadłości i spiączki chory umarł dnia 8 Marca!

Przy badaniu zwłok wykryto: obrzmienie wątroby za brzeg żebrowy ½" wystające, poniżéj wątroby powierzchownie całkiem od niéj oddzielony guz wielkości główki dziecięcéj, który wszakże pomocą szypułki do powierzchni jéj dolnéj był

przyczepiony; po lewéj stronie tego guza, leżał drugi guz bulwiasty również z nim połączony, a w okolicy pępka na przestrzeń dłoni do ściany brzucha przyrośnięty; daléj ku stronie lewéj leżała okrążnica, któréj zakrzywienie prawe pokrywało żołądek, jelita cienkie w górnéj lewéj części jamy brzusznéj umieszczone pokryte były wielką siecią, któréj całą przestrzeń zajmowały guzy różnéj wielkości, gładkie i krągłe na cienkich i długich szypułkach zawieszone. Wejście do małéj miednicy pokrywały liczne guzy na otrzewnéj i środjeliciu mieszczące się. Treść wątroby zajmowały dwie jamy (jedna wielkości głowy mężkiéj, a druga wielkości pięści), których ściany utworzone były z miękkiéj massy rdzeniowéj, a prożnie zupełniała krwawa surowica, prócz tego kilka miękkich rdzeniowatych guzów. Inne guzy zapełnione takoż krwawą cieczą, przedstawiały kolor ciemno-wiśniowy i mnogie utkanie naczyniowe. Guzy na wejściu do miednicy wychodziły z otrzewnéj nienaruszając pęcherza ani kiszki stolcowéj. Pęcherz żółciowy przedłużony, przewody żółciowe prawidłowe, miąższ wątroby ciemnocisawy."

Na szczególniejszą uwagę zasługuje ten wypadek pod wielu względami, a temi są: nacieczenie rakowe tak rozległych rozmiarów, w tak młodym wieku chorego, — zupełnie prawidłowe zachowanie się sprawy trawienia i brak żółtaczki w obec zajęcia chorobowego wątroby do tego stopnia, że tylko mała cząstka jéj została prawidłową,— ogromna jama w prawym płacie wątroby wywołana prawdopodobnie przez wylew krwi do nacieczenia rakowego, z wytworzeniem torbieli i powtórnem złogiem rakowym, liczne torbiele krwawe w innych złogach rakowych i gładkie, szypułkowate guzy sieci, które za życia rozpoznane zostały.

Taka forma nacieczenia rakowego w sieci, należy do zjawisk bardzo rzadkich; pospolicie znajdujemy tu rozsypane mnogie guzy rakowe, skutkiem czego niknie zazwyczaj sama sieć, a przy badaniu spotykamy mniéj więcéj gruby, kłębkowaty wałek, ułożony pod zagięciem większem żołądka poprzecznie i z ukosa ku prawéj okolicy pachwinowéj. W innych znowu wypadkach, nacieczenie rakowe przychodzi do

skutku na całéj rozciągłości sieci, przyczém ta rozmaicie zgrubiała, pokrywa całą powierzchnię kiszek przyrastając niekiedy do ściany brzusznéj.

Najrozleglejsze nacieczenie w sieci sprowadza *rak galaretowaty*; we wszystkich atoli przypadkach tego rodzaju, które my obserwować mieliśmy sposobność, występował na sieci rak jako *następowy*, mając pierwotne siedlisko swe w wątrobie lub żołądku.

Rozpoznanie raka sieci bywa częstokroć trudném, mianowicie tam, gdzie wyrodzona w ten sposób sieć, w znacznéj rozległości do wątroby i ściany brzusznéj przyrasta; w przeciwnym razie, gdzie nacieczona sieć nieprzyrasta do ściany brzusznéj, rozpoznanie żadnéj nie ulega trudności z przyczyny, że same złogi rakowe leżąc bezpośrednio pod powłoką skórną, są przystępne badającemu Lekarzowi

Drobne guzy na sieci zamieszczone niezmieniają swego położenia w czasie oddechania, zato większe znowu, które wypierając w górę żołądek aż do wklęsłości przeponowéj dochodzą, albo takie które do wątroby są przyrośnięte, zniżają się zawsze przy *wdechaniu*.

Drugiem znamieniem rozpoznawczém jest tępy odgłos przy pukaniu nawet w chwili głębokiego wdechania, a to z przyczyny, że przy obecności większych guzów, ściana brzuszna, nawet podczas głębokiego wdechania nieoddala się od tychże na sieci leżących (jak się to dzieje przy guzach *od stosu kręgowego lub środjelicia pochodzących)*, lubo i tu odgłos może stać się na brzegach guza jawniejszym z powodu, że wówczas pomiędzy ścianę brzuszną i guz wciskają się jelita. Rozpoznanie raka sieci, jeżeli ta w postaci wałka poprzecznego pod żołądkiem zajmuje miejsce, może być nadto z łatwością orzeczone dopiero wtedy, jeżeli będziemy w stanie wyśledzić obecność raka w innym organie, albowiem zdarzają się wypadki, że sieć podobną także postać przybrać może w następstwie przewlekłego zapalenia otrzewnéj albo wyrodzenia gruzełkowego, jak to nieraz już widzieć mieliśmy sposobność.

2. *Rak sieci małéj.*

„Kobieta 68 lat licząca, przebywszy 3 prawidłowe porody, straciwszy czyszczenia w 58 roku życia, zapadła przed 2 miesiącami na dysenteryą, która w początku z gorączką, bolami żywota i częstemi stolcami połączona, po wstąpieniu do szpitala, szybko ustąpiła. Z początkiem rzeczonéj choroby dostrzegła chora guzowatość w podżebrzu lewém, która późniéj nieco zmalała, a przy badaniu klinicznem (Luty 1859 roku) okazała się chropowatą, bezbolesną, twardą, wielkości orzecha włoskiego, na wszystkie strony posuwalną (najmniéj ku dołowi) i z położeniem choréj miejsce swe zmieniającą tak, że przy położeniu choréj na bok prawy, guzowatość ta schodziła aż do pępka, gdzie najwyraźniéj wybadać się dozwalała. Granice żołądka nie dawały się określić ściśle, jednakże gdy chora wypiła cokolwiek, uczuwaliśmy bełkotanie bardzo nizko, bo 4 palce poniżéj pępka, gdzie też wyraźne chełbotanie wywołać było można. Zjawiska te wraz ze zgrzybiałością wieku i ogólném wyniszczeniem choréj kazały się domyślać, że guzowatość tę przedstawia rak w żołądku albo w małéj sieci umieszczony. Rozpoznanie na raka w żołądku wykluczyliśmy dla braku przypadów podmiotowych jakto: wymiotów, bolu w żołądku i znaków upośledzonego trawienia, któreby powstać musiały,— wszelkie przeto prawdopodobieństwo przemawiało za siedliskiem *raka w małéj sieci.*

Rozpoznaniu temu, drogą wykluczenia postawionemu, sprzyjała jeszcze i ta okoliczność, że rak sieci małéj, jakkolwiek nader rzadko, występuje przecież pierwotnie tylko nierównie częściéj posuwa się choroba na sieć małą od żołądka lub wątroby.

Oprócz raka, napotykaliśmy także niekiedy na sieciach guzy gruzełkowe bardzo znacznéj wielkości np. gęsiego jaja. Guzy *gruzełkowe* przechodzą tu niekiedy w zmiękczenie, lub owrzodzenie i wywołać mogą także przetoki, jeżeli poprzednio

stały się przyczyną zczepienia dwóch sąsiednich części przewodu pokarmowego, np. żołądka i okrążnicy poprzecznéj.

Siecie mogą być także siedliskiem innych łagodnych nowotworów np. *torbieli*, albo gniazdem *pęcherzowca* (Ecchinococcus), jak o tem donosi *Wagner*.

---

3. *Ruchoma torbiel* (Cystis) *w środjeliciu.*

„Przyjęta w dniu 6 Lipca 1858 roku na klinikę 23 letnia silnéj budowy i zażywna służąca, dostrzegła przed 2 laty guz wielkości orzecha w żywocie, który odtąd ciągle wzrastał, a obecnie przedstawia obrzmiałość kulistą, 6″ w przecięciu wynoszącą, bardzo ruchomą, gładką, elastyczną i jawnie chełbocącą, nad którą powłoka z łatwością podjąć, przesuwać, i w fałdy ująć się dozwala; przy pukaniu daje guzowatość ta odgłos tępy. Badanie przez pochwę świadczy, że ciało to nie zostaje w żadném z macicą połączeniu. Usunąwszy ją ku dołowi, uczuwamy przez powłokę żywota naprężenie powrózkowate, wyraźnie z guzowatością połączone; chora przytém niedoznawała ze strony obrzmiałości, nawet przy ucisku żadnych dolegliwości ani zboczeń czynnościowych.“ Ścisłe odgraniczenie, sprężystość i chełbotanie guza dowodziło obecności zamkniętéj w pewnego rodzaju worku cieczy, co z braku wszelkich przypadów zapalnych chorobę poprzedzających, stanowczo za torbiel poczytaném być musiało.

Brak również zboczenia czynnościowego i połączenia z wątrobą lub śledzioną, kazał domyślać się, że guz ten niepochodzi z żadnego w jamie żywota umieszczonego trzewu. Sieć nie mogła być także siedliskiem obcego ciała z przyczyny, że przy zmianach położenia jego, nie dostrzegaliśmy zmiany w żołądku, tém bardziéj, że ściana brzucha oddalała się za głębszém wdechaniem bardzo znacznie od niego, coby przy zajęciu sieci większéj, żadną miarą stać się nie było mogło. Z jajnika niewychodziła tu guzowatość dla tego, że w takim razie musiałyby

ruchy jéj udzielać się macicy, czego tu niedostrzeżono. Siedliskiem więc jéj musiało być tylko środjelicie, któreto rozpoznanie nabierało tem więcéj pewności, ile że przy usunięciu guzowatości, dawało się czuć owe naprężenie powrózkowate, które utwierdzało ją przy stosie kręgowym.

Najczęściéj ze wszystkich nowotworów, pojawiają się na środjeliciu guzy *rakowe*, które wychodząc z gruczołów środjelitowych, do nadzwyczajnéj dochodzą tu objętości. Cechą tego rodzaju guzów bywa: w początku długo utrzymująca się ruchomość, chropowata choć niekiedy gładka powierzchnia i szybki wzrost z równie nagłém wyniszczeniem chorego.

Gruźlica powoduje także nierzadko nacieczenie gruczołów śródjelitowych, wywołując przezto, zazwyczaj drobne ale liczne, krągłe, twarde, paciorkowato ułożone guzy, jakto często napotykamy u dzieci zołzowych (skrofulicznych). Na szczególniejszą uwagę zasługuje znowu ta forma raka śródjelitowego, gdzie nacieczenie składa złogi rozległą przestrzeń pomiędzy dwiema blaszkami środjelicia zajmujące, przyczem kiszki cienkie, wskutek następowego zniszczenia owych błon, w formie różyczki do stosu kręgowego przyczepione bywają. Wypadkom tym towarzyszyć zwykła puchlina brzuszna, która znowu ma to do siebie właściwego, że wypełnione gazem jelita, z powodu przyczepienia ich do stosu kręgowego nie mogą wznieść się do góry, zaczem idzie, że cały żywot daje przy pukaniu odgłos tępy, a obmacanie wykazuje leżący w głębi zwój jelitowy.

IV.

O guzach zaotrzewnych (Tumores retroperitoneales.)

Wypadki guzów *zaotrzewnych* zaliczamy do rzędu chorób, które bardzo często wydarzać się zwykły.

Najczęstszém siedliskiem tych tumorów, bywają gruczoły limfatyczne położone przy korzeniu środjelicia na samym sto-

sie kręgowym, lub obok tego, prócz czego pociągamy pospolicie pod rzeczoną nazwę także i te obrzmienia, które powstają w skutek sprawy zapalnéj albo następstw tejże, a umieszczone są na *tylnéj ścianie jamy brzusznéj poza błoną otrzewną*, niemniéj *nowotwory nerkowe*, jakkolwiek dosyć często zbywa przykładom podobnym, na istotnych cechach guzów zaotrzewnych, *któreto nazwisko należy się najwłaściwiéj nacieczeniom rakowatym gruczołów limfatycznych.*

Jakoż w rzeczy saméj, gruczoły limfatyczne téj okolicy, ulegają częściéj aniżeli gruczoły innych miejsc, *pierwotnemu* nacieczeniu rakowemu, chociaż wyznać trzeba, że i rak gruczołów nadmienionych, pojawia się najczęściéj *jednocześnie w powikłaniu z rakiem innych narzędzi*, albo jako następstwo wessania treści rakowéj przez naczynia limfatyczne od innych pobliskich organów. Ztądtéż pochodzi, że źródłem cierpienia rakowego gruczołów, bywa nierzadko rak części rodnych albo kiszki odchodowéj, rzadziéj nierównie sprowadza to rak jąder, chociaż niedawno mieliśmy chorego, u którego po odjęciu raka jądrowego wystąpiło nacieczenie rakowe zaotrzewne, które w bardzo krótkim czasie ogólném wyniszczeniem i śmiercią chorego zakończyło się.

Orzeczenie pierwotności nacieczenia rakowego jest trudném w wypadkach, gdzie rak zaotrzewny przedstawia się nam w powikłaniu z rakiem innych trzewiów brzusznych, jak np. żołądka, jelit, wątroby, śledziony i t. p. a to z przyczyny, że rzadko zdarza nam się obserwować chorego w początkowym okresie choroby, ale raczéj wtedy, kiedy już liczne i w różnych miejscach wystąpiły guzy rakowe.

W owychto razach nawet oględziny pośmiertne nierozświecają częstokroć wątpliwości z przyczyny, że rak w jednéj i téj saméj formie, a w różnych organach występujący, *w tym samym przeciągu czasu rozmaitym* ulegnąć może *przeobrażeniom*, i tak np. rak rdzeniowy gruczołów otrzewnych zachowa się przez dłuższy czas w stanie twardym i zbitym, gdy przeciwnie rak żołądka u tego samego chorego następowo powstały, rozległém pokryje się owrzodzeniem.

Rzadziéj od rakowatych, napytykamy *gruzełkowe* wyrodzenia gruczołów brzusznych. Wiadomo powszechnie, że cier-

pienie to, zajmując gruczoły przed i po boku części ledźwiowéj stosu kręgowego leżące, napastuje najczęściéj wiek dziecinny i wtedy przybiera nazwę *zołzów* (skrofułów), jakkolwiek nierzadkie są przykłady wyrodzenia gruzełkowego gruczołów lędźwiowych u osób dorosłych w powikłaniu z gruzełkami płuc, macicy i otrzewnéj, a także wedle naszego doświadczenia u mężczyzn po przebyłéj rzeżączce (Gonorrhoea).

Gruczoły tym sposobem wyrodzone przedstawiają podłużne, równolegle ze stosem kręgowym leżące obrzmienie w postaci bulwiastego, grubego powroza, które z łatwością wyśledzieć się daje, albolitеż dla obecności puchliny brusznéj wcale ręką badającego ująć się nie dozwoli.

Z rzędu guzów zaotrzewnych *łagodnych* wspomnieć tu wypada o *mięśniakach*; których kilka widzieć miałem sposobność, a pomiędzy któremi jeden dochodził wielkości głowy męzkiéj i rozsunąwszy pokrywające go jelita, powierzchownie jako znaczna wypukłość, przez ścianę brzuszną wystawał.

Odnośnie do istoty i treści tumorów zaotrzewnych, rozmaitą przedstawia się *wielkość* tychże. Rakowato przeobrażone gruczoły limfatyczne dochodzą niekiedy w krótkim czasie do bardzo znacznéj objętości, gdy tymczasem guzy z nacieczenia gruzełkowego powstałe, nieprzechodzą pospolicie wielkości kurzego jaja. Czasem znowu, zlewają się pojedyńcze, odosobnione guzy w jedno wielkie, guzkowate obrzmienie, a objętość jego nie jest małoznaczną, albowiem prócz szkodliwości, jaka wypłynąć może z kierunku, w którym obrzmienie to wzrasta, wywiera także wszelka guzowatość znaczniejsza przeważny wpływ na upośledzenie czynności organów okolicznych, niemniéj na ich względne położenie. Do następstw z potężnego rozrastania się guzów zaotrzewnych wynikających, zaliczamy przedewszystkiem: zdrożność (Dislocatio) śledziony, wątroby, macicy i zepchnięcie jelit cieńkich na jedną stronę.

Rozpoznanie guzów zaotrzewnych jak z jednéj strony bywa czasem bardzo łatwe, tak z drugiéj znowu, przy istniejących niekiedy przeszkodach badania, o czém w części ogólnéj była mowa, jak również przy powikłaniach z różnorodnemi chorobami innych trzewiów, przedstawia znowu niezwalczone trudności.

Jednym z najważniejszych znaków rozpoznawczych przy tumorach zaotrzewnych w ogólności, jest *nieruchomość* ich wynikająca z przyczepienia guzów do swéj podstawy nieruchoméj, któryto objaw cechujący opuszcza nas w wypadkach, gdzie guzowatość patologiczna obrała sobie miejsce na ruchoméj nerce, chociaż i wtedy jeszcze guzy te pomocą wysięków, sprawą zapalną w okolicy wywołanych, niekiedy do jednego miejsca przytwierdzonemi bywają, jakto już widzieć mieliśmy sposobność.

Obmacanie daje nam także ważną wskazówkę rozpoznawczą polegającą na tém, że *ściana brzuszna w chwili głębokiego wdechu, nieprzesuwa się po guzie zaotrzewnym*, jakto widzimy przy guzach w saméj ścianie brusznéj umieszczonych i w takich, które z przyczyny umiejscowienia swojego naśladować muszą ruchy przepony, ale przeciwnie, *oddala się od rzeczonego tumoru, w kierunku od tyłu ku przodowi*, ktoreto właśnie oddalenie się ściany brzusznéj, stanowi główną cechę różnicową guzów zaotrzewnych od innych chorób podobnego rodzaju.

Dla wyjaśnienia rzeczy, przytaczamy tu następujące przykłady:

1. *Rak zaotrzewny. Ucisk przewodów żółciowych. Żółtaczka.*

„F. M. 71 letnia posługaczka, poprzednio zawsze zdrowa, wyprowadza początek swéj choroby od bolu w okolicy żołądka, który pojawiwszy się przed 2 laty, z krótkiemi przerwami, trwał ciągle aż do przyjęcia choréj na klinikę w dniu 28 Października 1856 roku, a który po spożyciu potraw cięższych się wzmaga. Badanie kliniczne wykazało: ciało wątłe, wychudnienie, skórę bardzo suchą, dolną część żywota nieco wzdętą, a w linii środkowéj jego, pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mięczykowatym kości mostkowéj obrzękłość twardą, nierówną, guzowatą i przy ucisku nader bolesną. Obrzękłość ta pozostaje nieruchoma, nieobniża się przy wdechaniu, w którymto czasie ściana brzuszna oddala się od niéj ku przodowi.

Wymiary rzeczonego guza sięgają na lewo 1″ za linią środkową żywota, w dole do pępka; przy pukaniu znadujemy

nad obrzmiałością odgłos stłumiony bębenkowy, zaś pomiędzy pępkiem a guzem po stronie prawéj jawnie bębenkowy. W czasie cztéro-tygodniowego pobytu choréj w zakładzie wzmagała się objętość nowotworu, powstała żółtaczka szybko powiększająca się, wzrastał upadek sił i wychudnienie, w końcu umarła chora dnia 28 Listopada, śród objawów obrzęknienia płuc.

Przy *badaniu zwłok* wykryto: nacieczenie osłon mózgowych płynem żółtawym, treść mózgu miękką, płuca gdzieniegdzie do opłucnéj przyczepione, po brzegach wzdęte, a w tylnych częściach zrazikowato zwątrobiałe; za częścią odźwiernikową żołądka widzimy nowotwór wielkości dwóch pięści, dosyć zbity, na przecięciu gęstą, białawą ciecz sączący, po większéj części stłuszczony, ogarniający treścią swą przewód wątrobowy i pęcherzowy (Ductus hepaticus et cysticus) i część gruczołu zażołądkowego; ściany przewodów żółciowych zgrubiałe, objętość ich zwężona, pęcherz żółciowy wypełniony ciemną, gęstą żółcią.

Skurczony żołądek, przedstawia na odźwierniku nowotwór wielkości talara, blisko 3‴ wystający, pozbawiony pokrycia błony śluzowéj, którego otworki wysączają płyn lepki; poniżéj wypuklenia Vatera (Diverticulum Vat:) widzimy guz wielkości grochu, żółtawy.“

Opisany tu nowotwór, którego kliniczne rozpoznanie stwierdzone zostało oględzinami pośmiertnemi, — wychodził z przodowéj powierzchni stosu kręgowego, i dopiero w ostatnich chwilach życia choréj rozszerzył się do tkanki komorkowéj przewód wątrobowy i pęcherzowy otaczającéj; wywięzująca się w ostatnich dwóch tygodniach żółtaczka kazała się domyślać, że nowotwór uciska przewód żółciowy wspólny lub wątrobowy, albo takowe zwęża niezatykając ich wszakże zupełnie, czego dowód mieliśmy w zabarwieniu stolców, nawet w chwili najwybitniejszéj żółtaczki. Ściany przewodów żółciowych były pomimo znacznego zwężenia ich, wolne od nacieczenia rakowego, które jak wiemy z doświadczenia, niełatwo na same ściany przewodów rozciągać się zwykło. Jakoż wi-

dzieliśmy nieraz bardzo rozległe zniszczenie tkanki wątrobowéj, śród któréj przebiegały przewody żółciowe bynajmniéj nienaruszone. Dzieje się wszakże czasem przeciwnie, że rak występuje pierwotnie w ścianach przewodów żółciowych bez naruszenia treści wątroby. W naszym wypadku świadczyła dowodnie zachowana przy żółtaczce *ruchomość* wątroby przy miejscowém utwierdzeniu nowotworu, że żółtaczka nie była tu sprowadzona wyrodzeniem wątroby od nowotworu posuwającém się, wyjąwszy, co także z drugiéj strony przypuścić było można, że wyrodzenie to również rakowate, jednocześnie a samoistnie w treści wątroby rozwijając się, uciska naczynia żółciowe i staje się źródłem żółtaczki.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Trzykrotne zakręcenie jelita

Opisane przez Dr. **Wolfert**.

W jesieni roku 1859 wezwany zostałem do chorego 5 letniego chłopca, cierpiącego od 2 dni na wzdęcie żywota. Przy badaniu znalazłem: odgłos jawny przy pukaniu w całéj rozciągłości brzucha, wyparcie wątroby ku górze i tyłowi, zatrzymanie wypróżnień stolcowych od 2 dni bez żadnych bólów i wymiotów.

Zalecone lekarstwo rozwalniające, również jak kilka dawek kalomelu późniéj podane, pozostały bez skutku. Enemy z zimnéj wody wychodziły powoli na powrót, niesprowadzając skutku żadnego tak samo i okłady z terpentyny.

Po upływie 36 godzin nie zaszła w stanie chorego żadna zmiana, prócz bardzo małéj ilości stolca kalomelowego. Bolów chory niedoznaje najmniejszych, nawet przy silnym ucisku; wymiotów niema. Przez ścianę brzuszną do wysokiego stopnia naprężoną i ścieńczoną, przebija się zarys zakrętów jelito-

wych. Tętno uderza 110 w minucie, w sferze nerwowéj żadnego niema zboczenia, chory odpowiada rozumnie na zapytania, uderza nas tylko szczególniejsza obojętność dziecka.

Powtarzane lewatywy z zimnéj wody i okłady terpentynowe okazują się bezskuteczne, tak samo użycie wewnętrzne terpentyny; podany nazajutrz olejek rącznikowy został wywomitowany. Około południa tętno doszło liczby 150, żywot przeszło trzy razy większy jak w stanie prawidłowym, oddech bardzo ciężki, umysł nienaruszony, boleści żadnych. Usiłowane gniecenia żywota i przewracanie chorego na różne strony, żadnego nie przyniosły skutku. Zamierzyłem przystąpić do nakłócia żywota, wszakże przywołany do narady kolega niezgodził się na użycie tego środka.

O godzinie 6 wieczorem chory umarł.

Badanie zwłok dnia następnego uskutecznione, wykazało w jamie żywota dwa wyniosłe wzdęcia jelit w postaci dwóch pęcherzy, z których jeden począwszy od okolicy biodrowéj prawéj sięgał do wrzekomych żeber lewych i utworzony był przez część okrążnicy (Colon) od jelita ślepego do zagięcia lewego tejże, a drugi zajmujący całą dolną część żywota przedstawiało jelito zwane *S* rzymskie. Pęcherzy te wypełniały tak szczelnie całą przestrzeń, że jelita cienkie, dopiero przy gwałtownem wyparciu ich wynaleźć się dozwalały.

W zamiarze zniesienia wzdętych owych wyniosłości usiłowano sprostować kierunek przewodu jelitowego przez podniesienie okrążnicy zstępującéj i wyparcie powietrza z wyniosłości dolnéj przez jelito odchodowe, wszakże usiłowania te były daremne.

Dopiero po nacięciu ścian wzdętych i opadnięciu tychże przekonano się, że *przyczyną tego wzdęcia było zakręcenie jelita, i to w trzech punktach*, tak, że jedno okręcenie miało miejsce w okrążnicy zstępującéj około jéj osi poniżéj zagięcia lewego (flexura sinistra), drugie w dolnym końcu téj okrążnicy w dołku biodrowym lewym na przejściu w *S* rzymskie, a trzecie w przebiegu jelita prostego; każde okręcenie zaś było tak silne, że nawet po opadnięciu ścian jelita, przed odłożeniem zupełném, wody wcale nieprzepuszczało.

Powodem tego zakręcenia było jak się zdaje, zbyt krótkie środjelicie okrążnicy zstępującéj.

Na uwagę zasługuje w tym wypadku ta okoliczność, że chory ten przed rokiem podobnych, choć w małym stopniu doznawał przypadłości, a stryj jego skutkiem takiéj saméj choroby życie zakończył.

Z pomiędzy licznych wypadków zupełnego zatkania przewodu jelitowego przez okręcenie kiszek, nieprzypominam sobie ani jednego, w którymby trzykrotne okręcenie miało miejsce, a gdzie choroba ta z przyczyn anatomicznych (może wrodzonych?) koniecznie kiedyś wywiązać się musiała, gdzieby nadto przy wezbraniu gazów w okrążnicy poprzecznéj i następowéj zmianie położenia, okrążnica zstępująca nieprawidłowo krótko utwierdzona, a tém samém do poprzecznéj zniżyć się niemogąca spowodować musiała w górze i w dole zupełne około osi swéj okręcenie.

Przykład ten rzuca także światło na te przypadki, w których na podstawie rozpoznanego okręcenia jelit, po uskutecznionéj operacyi przetoki (fistula) lub sztucznego otworu stolcowego, zaraz po nacięciu ścian jelitowych zdrożność przewodu kiszkowego przywróconą zostaje, a w czém nie tyle wydalenie kału jak raczéj nagromadzonego tu gazu, pomagać zdaje się.

Co się mnie tyczy mam silne przekonanie na oględzinach pośmiertnych oparte, że *do przywrócenia zdrożności przewodu kiszkowego w tym wypadku byłoby wystarczyło samo naktócie jelita* za pomocą trójgrańca jeszcze w ostatnim dniu choroby, albowiem ściany jelita okazały się tu nienaruszone.

(Allg: m: Central Zeitung Nr. 14). Dr. Ł.

III.

Regurgitacya krwi do lewego przedsionka.

Opisał

Dr. Ad. Löffler.

W dniu 22 Stycznia b. r. przyjęto w oddziale chorób piersiowych Dr. *Kolisko*, chorego 41 lat liczącego parobka, którego

badanie wykryło: żółtaczkę i powiększenie żywota z opuchliną, pomniejszenie wątroby, obrzmienie śledziony, w płucach z tyłu nierówno pęcherzykowe rzężenie, wymiary serca poprzeczne nieco większe, w komórce lewéj w miejscu 1 głosu długi przeciągły szmer i wzmocnienie drugiego głosu tętnicy płucowéj.

Chory ten leczony przed 2 laty w tym oddziale na długotrwały zanik wątroby (Atrophia hepatis chronica) nieprzedstawiał żadnego szmeru sercowego.

Jakkolwiek zatem wzmocnienie 2 głosu tętnicy płucowéj i mierne rozszerzenie prawéj komórki serca wywołane być mogło obecnie przez wyparcie i ugniecenie płuc, byliśmy przecież zniewoleni, uwzględniwszy cały obraz choroby, ustanowić rozpoznanie na *niedomykalność zastawek dwukończystych* zastrzegając przytém możliwość wywołania tego szmeru sercowego przez samą chropowatość na zastawkach.

Chory umarł dnia 5 Lutego śród przypadów spiączki, obok wzmożenia się żółtaczki i opuchliny po obfitém kilkakrótném krwawieniu z nosa, a przy badaniu zwłok wykryto: ziarnkowate wyrodzenie wątroby, lekkie obrzęknienie płuc z wyjątkiem szczytu i prawych brzegów, które małą ilość krwi zawierały, obok *najzupełniéj prawidłowych zastawek*, *ujść serca w obu komórkach* i mięśnia sercowego.

Wypada zatem zastanowić się i zbadać, jaki był powód fizykalny owego szmeru tak wyraźnego i stałego, który stał się powodem pomyłki w rozpoznaniu? Wiadomém jest powszechnie, że krew lewéj komórki nawet bez żadnych wadliwych zmian w zastawkach może w chwili skurczu serca, *cofać się po części* ku lewemu przedsionkowi. Narzędzia bowiem przeznaczone do zatamowania wstecznego cofania się krwi z komórki do przedsionków, są mięśnie brodawkowate, które kurcząc się ku ścianie serca czynność tę odbywają. Przy znaczném więc *wyrodzeniu mięśni sercowych*, stać się niewątpliwie może, że przy niedostatecznem podówczas działaniu ich, napierająca ku zastawkom w chwili skurczu krew, do przedsionka przecisnąć się jest w stanie. W naszym wypadku atoli, przypuszczenie takie, równie jak domysł zbytecznéj szerokości ujścia sercowego, wcale przyjęte być nie może. Zachodzi przeto pytanie, czy podobne cofanie się krwi do przed-

sionka, może mieć miejsce bez żadnéj *widocznéj miejscowéj zmiany?*

Pospolicie naznaczamy mięśniom brodawkowatym główną i jedyną rolę przy powstrzymywaniu krwi do przedsionka wciskającéj się, jednakże zdaniem naszem, jest tu jeszcze drugi czynnik w téj sprawie niemniéj od tamtego ważny, a tym jest *nacisk krwi* pochodzący od fali napierającéj w chwili skurczu na zastawki, które jéj bronią wstępu do przedsionka. Nacisk ten, który w wypadkach niedomykalności bardzo ważną przynosi usługę ma naturalnie miejsce i przy zastawkach prawidłowych.

W niedomykalności zastawek dwukończystych, może czasem przy *słabszych* ruchach serca, szmer *zniknąć zupełnie* a to przez to, że *nacisk* krwi w komórce znajdującéj się, przy *słabszym* nacisku mięśni sercowych w skurczu, niema *tyle siły aby sprowadzić cofanie się krwi do przedsionka*, i wywołać właściwy szmer, co zawsze ma miejsce przy mocniejszym natłoku krwi do przedsionka w skutek silnego działania mięśni sercowych przy skurczu.

Gdy jednak jak w naszym wypadku, ilość krwi do lewéj komórki przypływającéj z powodu uciśnionych płuc, mało krwi w sobie zawierających, równie jest mniejszą, musi także i nacisk tejże fali krwi na zastawki dwukończyste, o wiele być *słabszym*. Jeżeli nadto, co łatwo przypuścić, siła innerwacyj serca, powodująca skurczenie mięśni sercowych, będzie niedostateczną (czego anatomia wykazać niezdoła), a tém samem i działanie mięśni brodawkowatych okaże się słabszém, stać się może w takim razie, że *niedostateczność obydwóch czynników*, które cofanie się krwi do przedsionka tamować mają, *ułatwia także cofanie się tejże i sprowadzić może, w obec nienaruszonych zastawek szmer skurczowy w komórce lewéj.*

Dr. Ł.

III.

Przykład zwężenia tchawicy.

Opisany przez Docenta Dra Türck, odczytany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu 7 Lutego.

Wypadek który tu ogłosić zamierzamy, zasługuje na uwagę kollegów z dwóch przyczyn, to jest raz ze względu na wysoki stopień choroby, powtóre dla tego, że cierpienie to po pierwszy raz dopiero za pomocą wziernika krtaniowego wykrytém zostało. Oto szczegółowy opis jego:

„Uczeń rzemiosła szewskiego 18 lat liczący, wysmukłéj budowy ciała, zapada od pół roku na duszność, która szczególnie w czasie szybszego ruchu występuje, a któréj przy wdechaniu towarzyszy szmer pochodzący oczywiście od utrudnionego przeciskania się powietrza przez tchawicę. W ostatnich tygodniach pogorszył się stan choroby do tego stopnia, że chory biegnąć wcale niemoże, częstokroć pracę swoję przerywać, a położywszy się, dla ulżenia na łóżku przesiadywać jest zmuszony.

Przed wstąpieniem do szpitala (26 Stycznia t. r.) miał chory głos zupełnie czysty i silny, niedoznawał żadnych dolegliwości, a dopiero w szpitalu pojawiła się przemijająca chrypka z bolami po obu stronach klatki piersiowéj i kaszel, któreto przypady z wyjątkiem rzadkiego kaszlu, znowu przed kilkoma dniami ustąpiły. Ani bolu w krtani lub tchawicy, ani przeszkód w połykaniu niedoznawał chory nigdy.

W czasie spokojnego *wdechania* zapada nieznacznie boczna część szyj i dołek nadmostkowy, zagłębia się bardzo widocznie okolica dołka podmostkowego wraz z chrząstkami dolnych żeber prawdziwych i górnych wrzekomych, kiedy jednocześnie rozszerza się górna część klatki piersiowéj ku przodowi, a dolna na boki, okolica zaś podpępkowa żywota, dla obniżenia się przepony znacznie wypuklejszą się staje. Przy *wydechaniu* wyrównywa się zapadła poprzednio okolica podmostkowa, pomimo zakląknienia dolnéj części mostka, rzemiosłem wywołanego.

Ten rodzaj zboczenia oddechowego napotykamy przy zwężeniu krtani (Laryngosthenosis) do wysokiego stopnia posuniętém, a także widziałem je raz przy zwężeniu tchawicy przed kilkoma laty, kiedy jeszcze badanie wziernikowe nie było znane.

Przyczyną tego zjawiska, które tylko u osób młodych widzieć mi się zdarzało, nie może być zdaniem moiém nic innego, jak, że przy silném podniesieniu żeber i zniżeniu przepony w czasie wdechania, powietrze w klatce piersiowéj, dla zatamowanego przejścia przez krtań lub tchawicę, bardzo znacznie rozrzedzoném zostaje, w skutek czego podajne jeszcze chrząstki żebrowe napierającemu powietrzu zewnętrznemu z potrzebną do tego mocą oprzeć się niezdołają.

Ztądteż pochodzi, że oddechanie staje się u takich chorych przeciągłe z towarzyszeniem chrapiącego, syczącego i głośnego szmeru, podobnego do tego, jaki słyszymy przy oddechaniu osób wolowatych (struma), co najwyraźniéj słyszeć się daje przy *wdechaniu*.

Badanie fizykalne płuc podaje odgłos jawny i pełny w daleko rozleglejszych rozmiarach obok bardzo cichego, przy najgłębszém nawet wdechaniu, szmeru oddechowego i niewyraźnego mruczenia na całéj przestrzeni klatki, co dowodzi, że w następstwie nadmienionych przeszkód w oddechaniu, wyrodziło się wzdęcie płuc (Emphysema pul.). Tony serca i tętnicy głównéj czyste, tętno 80—100, liczba oddechów 12—16, gruczoł tarczykowy bardzo nieznacznie powiększony, łatwo posuwać się dający; ucisk na krtań i tchawicę niewywołuje żadnéj dolegliwości; przypadów sinicy ani obrzmienia nóg niema.

Głos chorego jasny i czysty, staje się tylko słabszym w chwili, gdy chory chce krzyczéć.

Badanie wziernikowe krtani nieprzedstawia żadnéj nieprawidłowości ani w niéj ani w głośni, ani w częściach sąsiednich; śledząc zaś tchawicę dostrzegamy, że przewód jéj w miejscu niezbyt odległém, *zwęża się tak znacznie, że zamiast zwyczajnéj obszerności zaledwie wązką od tyłu ku przodowi przebiegającą przedstawia szczelinę.* Pomimo

obrzmienia i zaczerwienienia błony śluzowéj pokrywającéj część tchawicy przed zwężeniem leżącéj, możemy z łatwością rozpoznać kilka pokrytych przez nią obrączek chrząstkowych przewodu tchawicowego.

Brzegi szczeliny przez zwężenie powstałéj, okazują się nierówne; rozszerzają się one przy wydechaniu przyczem szczelina staje się szerszą jak przy wdechaniu, podczas którego zapewne szczelina pod naciskiem powietrza zmniejsza się, a zawarty w tchawicy przed zwężeniem śluz przy zetknięciu się z powietrzem, słyszany wydaje szelest wdechowy.

Szczególne zajęcie przedstawia badanie wziernikowe w chwili, gdy chory wydaje wrzaskliwy, wysoki i silny głos; wówczas(działo się to przy wydechu)dostrzegłem wyraźne drganie brzegów szczeliny w całéj długości jéj, kiedy przeciwnie więzadła głośni, szeroko rozwarte, w zupełnym znajdowały się spoczynku, z czego widzimy, że brzegi szczeliny tchawicowéj spełniały obowiązek więzadeł głośni.

Na chorym tym, miałem sposobność stwierdzenia jednéj dawno już uczynionéj obserwacyj, a która polega na tém, że przytrzymując głowę chorego przy badaniu wziernikowém w kierunku prostym, w któremto położeniu więzadło stożkowate (lig: conicum) wolnieje, że wtedy błona śluzowa pokrywająca to więzadełko, podczas wdechania wypukla się ku tyłowi, przez co się dzieje, że na przodowéj ścianie krtani występuje na pozór poprzecznie ułożony fałd wałeczkowaty.

Dr. Ł.

IV.

O zastosowaniu ciepłomierza do rozpoznawania chorób i rokowania w chorobach.

Wunderlich w bardzo uczonéj i godnéj uwagi rozprawie (Arch. d. Heilk. 5 Heft.) wykazuje pożytki, jakie przynosi zastosowanie ciepłomierza, czyli termometru do rozpoznawania chorób i rokowania w chorobach (Diagnosis et prognosis). Sądzimy, że nie od rzeczy będzie, przytoczyć tu, z téj wybornéj pracy, następujące elementarne zasady *patologicznéj thermonomii.*

1. Właściwa ciepłota ciała ludzkiego, na zupełnie zasłonionych miejscach jego powierzchni, wynosi w stanie prawidłowym mniéj więcéj około 29, 5° R. Wszelako obecność tego normalnego ciepła nie jest żadną rękojmią zdrowia.— Jednakże każde widoczne zboczenie od normy, to jest każde podwyższenie ciepła nad 30° R. i każde zmniejszenie niżéj 29° R. może być uważaném za znak chorobowy.

2. Zboczenia od stanu normalnego ciepła nie są bez przyczyny czyli bez znaczenia tak pod względem objawu, jak co do wielkości i formy odmian czyli fluktuacyi. Zboczenia te trzymają się pewnego ścisłego prawa. Są one z jednéj strony wynikiem pewnego przypadkowego wpływu na ciało, a z drugiéj strony rezultatem obecności zaszłych zmian chorobowych w ciele.

3. Normalne ciepło zdrowych indiwiduów jest stosunkowo *niezmienném.* Wieloliczne wpływy, które na zdrowe individuum działają, o ile tylko nie czynią je chorém, mogą jego ciepło zaledwie o pół stopnia podwyższyć lub zniżyć. Zacho-

wanie ciepła normalnego wśród rozmaitych wpływów, to jest niezmienność normalnego ciepła jest dowodem zdrowéj konstytucyi.

4. Ruchliwość czyli zmienność ciepłoty na wpływy zewnętrzne, jest oznaką pewnego zboczenia w ciele. Wpływy, które w żaden sposób nie zmieniają ciepłoty zdrowego człowieka, mają bardzo uderzające odwrotne działanie w chorobliwym jego stanie. Oznaczenie przypadkowych zmian temperatury u ludzi posiadających cieplik normalny, jest środkiem prowadzącym do rozpoznawania i określenia istniejących lub ukrytych chorobowych zboczeń.

5. Istotne czyli essencyalne zmiany temperatury, to jest takie, które powstały ze sprawy chorobowéj, są tém więcéj stałemi, im procesa chorobowe są więcéj typiczne i rozwinięte. Wszelako i tu mogą zachodzić przypadkowe zboczenia, to jest podwyższenie i zniżenie ciepłoty już zmodyfikowanéj sprawą chorobową w skutek przypadkowych wpływów. Ale zboczenia te są zawsze tylko przemijające i krótko trwałe.

6. Temperatura ciała nie jest jedyną, ale w wielu razach najpewniejszą miarą pod względem ogólnego postępowania w chorobach i ztąd nieodzowną dla dokładnéj obserwacyi chorych.

7. Ciepłota w chorobach może być normalną, podwyższoną lub obniżoną, albo nierównie rozdzieloną na różnych okolicach ciała.

8. Temperaturę normalną w chorobach, uważać należy tylko jako znak względny. Uważana sama w sobie wyłącza pewne formy choroby. Porównywana z poprzedniem podwyższeniem lub obniżeniem temperatury, oznacza, że ma miejsce niezwichniony przebieg lub że takowy nastąpił, albo że pochód choroby zbliża się do wyzdrowienia.

9. Przy nieprawidłowém podwyższeniu ciepłoty mamy do uważania i ocenienia:

a) Jednorazową wysokość i *b)* Postęp czyli zmianę temperatury.

10. Podwyższenie temperatury zwykło się łączyć ze zmianami poczucia chorych (z uczuciem osłabienia, dreszczem, poczuciem gorąca, z pragnieniem, bólem głowy, i z powiększe-

niem prędkości i szybkości tętna (frequentia et celeritas pulsus), wszelako znakomite podwyższenie ciepłoty o 2 lub więcéj stopni, może się trafiać przy pozornie dobrym zdrowiu i tętnie normalnym. Podwyższenie temperatury jest więcéj znakiem stanowczym, aniżeli poczucie dobrego mienia i normalność tętna.

11. Stopień podwyższenia temperatury zachowuje się często w proporcyi do stopnia prędkości tętna i do innych znaków ogólnego cierpienia. Wszelako daleko częściéj harmonia ta nie jest zupełną lub wcale nie istnieje. W wypadkach, w których zachodzi disproporcya pomiędzy podwyższeniem ciepłoty a innemi zjawiskami gorączkowemi, prawie bez wyjątku wysokość temperatury jest miarą gorączki.

12. Jednorazowa obserwacya nieprawidłowéj wysokości temperatury, jakkolwiekby ona nizką lub wysoką być mogła, nie daje żadnego pewnego wniosku co do rodzaju choroby. Oznacza ona, że individuum w ogóle jest chorém (przy każdém podwyższeniu temperatury); że indiwiduum gorączkuje (przy znakomitém podwyższeniu temperatury); że nakoniec ono zagrożone jest w wysokim stopniu niebezpieczeństwem (przy najwyższéj możebnéj wysokości temperatury).

13. Przy łącznem rozważaniu innych warunków chorego, z jednorazowéj obserwacyi chorobowo podwyższonéj temperatury, można niekiedy oznaczyć cierpienie co do jego rodzaju, lub ustanowić brak domniemanego gatunku choroby.

14. Przy łącznem rozważaniu inną drogą zrobionéj diagnozy co do gatunku choroby, z jednorazowéj obserwacyi wysokości temperatury, nieraz można zawnioskować o lekkości lub niebezpieczeństwie cierpienia.

15. Ciepłota ciała prawie we wszystkich chorobach, w których zwykle bywa podwyższoną, nie pozostaje jednakowo równą w biegu 24 godzin. Te zmiany dziennéj ciepłoty ciała czyli fluktuacye, zwykły zachowywać pewne reguły, które częścią ogólnie są ważne, częścią są tego rodzaju, że oznaczają okres i stopień choroby, albo że od nich zależy wzrost choroby lub polepszenie.

16. Przypadkowe zboczenia dniowéj temperatury mogą być spowodowane w gorączkowych chorobach przez niektóre oko-

liczności, a z tych najczęstszemi są: występujące powikłania i nagłe pogorszenia, zatrzymania stolca i obfite wypróżnienia stolcowe, wypróżnienie przepełnionego pęcherza, samowolna lub sztuczna utrata krwi, przenoszenie chorych, błędy w dyecie, działanie lekarstw, pomyślne rozdzielenie się choroby.

17. Ciągła regularna obserwacya postępu temperatury przez cały przebieg choroby, dostarcza najważniejszych danych dla ocenienia każdego gorączkowego przypadku chorobowego.

18. Ciągła obserwacya przypadków uczy nas poznania stosunkowych praw w biegu gorączkowych chorób, a przezto dostarcza najpewniejszéj zasady dla ocenienia szczegółowych przypadłości.

19. Ciągła obserwacya temperatury pewnego okresu chorobowego, może sama przez się stanowić o pewności diagnozy co do rodzaju choroby, a przynajmniéj uzupełnia materyały dla diagnozy w nader korzystny sposób i częstokroć dostarcza najważniejszy, a poniekąd jedyny środek do roztrzygnienia wątpliwéj diagnozy.

20. Odmiana temperatury w biegu choroby daje nam poznać jéj okresy i stanowiska (periodi et stadia) i oznacza punkt przejścia z jednego w drugi okres. Obserwacya wreście temperatury jest najpewniejszym i jedynym środkiem dla odróżnienia okresu rozwoju choroby, od okresu wyzdrowienia.

21. Ciągła obserwacya temperatury wskazuje najpewniéj stopień choroby, stopień jéj odmian, polepszeń, pogorszenia.

22. Śledzenie postępu temperatury poucza nas owych *nieregularności* przebiegu, które częścią zawisły od przypadkowych okoliczności, częścią mogą być spowodowane działaczami terapeutycznemi.

23. Obserwacya ciepłoty wskazuje chwilę, albo przedział czasu, w którym się kończy proces chorobowy i dozwala często zawnioskować o rodzaju choroby, jéj pojedyńczości i powikłaniu, oraz ocenić zupełność lub niezupełność wyzdrowienia. Procesa chorobowe nie są zupełnie skończone, jeżeli normalna temperatura nie powróciła, i jeśli się ta nie zachowuje w każdéj porze dnia.

24. W okresie wyzdrawiania czyli rekonwalescencyi, nowe podniesienie temperatury zwykle oznacza powrót choroby czyli recydywę albo zapowiada nową chorobę i poprzedza niekiedy inne symptomata na kilka dni. Utrzymywanie się nienormalnéj wysokości temperatury przy powracającém zdrowiu jest pewnym, a niekiedy jedynym znakiem niezupełnego ukończenia się choroby, lub jest zwiastunem następowéj choroby.

25. Obserwacya ciepłoty może sama przez się, lub w połączeniu z innemi symptomatami być wskazówką zbliżenia się śmiertelnego zejścia.

26. Zmniejszenie się temperatury poniżéj *normy*, trafia się tylko w niektórych warunkach, niekiedy przy pomyślnym ukończeniu się choroby, a wtedy obniżenie temperatury jest przemijające i zaraz przechodzi w normalną, także niekiedy w rannych remissyach przebiegu przepuszczającego (decursus remittens) i w apyrexyi przebiegu przestankowego (decursus intermittens), in acuto collapsu z gorączką i bez gorączki, w chronicznych wyniszczających stanach (Marasmi) niekiedy w konaniu.

27. Pewne nierówne, uderzające rozdzielenie się temperatury na równych okolicach ciała, trafia się w okresie zimna gorączkowego in Collapsu et in Agonia, niekiedy w ciężkich cierpieniach piersi i podbrzusza, niekiedy w miejscowych cierpieniach skóry w cząstkowych porażeniach.

Chodakowski.

Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Maja 1862 roku.

(Prezes Dr. Kulesza).

Po przeczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia.

Sekretarz stały (p. Szokalski), w związku z kwestyami hygieny szpitalnéj rozbieranemi na poprzedniem posiedzeniu, zwrócił uwagę kollegów na smutny stan czystości powietrza w klinice terapeutycznéj i w niektórych innych salach Szpitala Dzieciątka Jezus. Do źródeł zanieczyszczenia powietrza w naszych szpitalach zaliczył między innemi bieliznę niestosownie praną, wskutek oszczędności wody źle płukaną, a zatém nasyconą mydłem, które powoli rozkładając się, daje właściwe wyziewy smrodliwe. Na piętrach szpitalnych najwyższych zaleca kollega Szokalski przyrząd wentylacyjny tani, łatwy do zastósowania, składający się z kominków drewnianych wychodzących z sufitu aż do dachu, a o skuteczności którego miał kollega Szokalski sposobność przekonać się w Instytucie Oftalmicznym, gdzie przyrządy takie zaprowadził.

P. *Janikowski* (ojciec) nadmienił, że taka wentylacya podobnie jak wszelka tak zwana *naturalna wentylacya* w lecie musi być bezskuteczna; przytém przypomniał to, o czém była mowa na poprzedzającém posiedzeniu, a mianowicie, że

z porównania wentylacyi w szpitalach angielskich i francuzkich pokazuje się, iż przed innemi środkami sztucznie przewietrzającemi, tak z powodu ceny jakoteż skuteczności zasługują na pierwszeństwo kominki, na których bez ustanku utrzymuje się ogień.

P. *Narkiewicz Jodko* był zdania, że przy takiem przepełnieniu sali, jakie w Szpitalu Dzieciątka Jezus zwłaszcza w porze zimowéj ma miejsce, utrzymanie czystości powietrza będzie zawsze nader trudną rzeczą: tak, że chyba zbudowanie nowego Szpitala mogłoby w téj mierze przynieść ułatwienie.

P. *Janikowski* (syn) zwrócił uwagę na smrodliwość wychodków w naszych szpitalach, tudzież na szkodliwość wynikającą z użycia zbyt wielkich sal, zwłaszcza dla chorych chirurgicznych i tak zwanych gangrenowych, gdzie wielkość sal i zbyt mała może stosunkowo posługa stoi na przeszkodzie szybkiemu wynoszeniu z sal różnych materyi, które swym rozkładem zarażają powietrze.

P. *Sztumer* odczytał swe uwagi nad obserwacyą choroby mózgowéj, opisaną w jednym z dzienników lekarskich francuzkich przez p. *Mesnet*, w którymto przypadku najbardziéj uderzającym za życia objawem był popęd niepohamowany do biegnięcia po linii niemal prostéj, ale nie zupełnie przed siebie tylko nieco ukośnie na lewo, po śmierci zaś znaleziono wielki guz w przednim płacie półkuli mózgowéj tejże strony, cisnący na odnogi mózgu i wzgórki wzrokowe. W związku z tém opisał kollega Sztumer podobne przypady, które już od pewnego czasu spostrzega u jednego ze swych chorych, i zakończył uwagami nad przyczyną fizyologiczną tego rodzaju ruchów, które kollega uważa za ruchy kołowe czyli ujeżdżalnicwe (mouvements de manége) po kole mającém bardzo wielki promień.

P. *Szokalski* przypomniał doświadczenia *Magendie'go*, *Longeta* i innych, w których przecięcie wzgórków wzrokowych lub odnóg mózgu pociągało za sobą owe ruchy kołowe zwierzęcia, które sam miał sposobność spostrzegać przy doświadczeniach robionych na królikach w celu przecięcia nerwu trójdzielnego w mózgu, ilekroć przypadkiem igła uderzyła

o odnogi mózgu (pedunculi cerebi). Ruchy te zdaniem pana Szokolskiego nie polegają (jak to *Schiff* twierdził) na porażeniu pewnych mięśni, ale na niejakiem porażeniu poczucia ruchów, będącego tych ruchów kontrolą (Muskelsinn), a któreto porażenie pociąga za sobą pewne zboczenia w assocyacyi ruchów.

Co do téj okoliczności, że w przypadku Dr. Mesnet pomimo nader znacznego guza w przednim płacie mózgowym nie było wcale przypadłości ze strony władz umysłowych lub czucia, to tak samo rzecz się miała w przypadku wielkiego guza wychodzącego ze skrzyżowania nerwów wzrokowych, opisanego przez kollegę Szokalskiego w dwóch pierwszych tegorocznych poszytach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego.

W reście co się tyczy mimowolnego popędu do biegnięcia na przód, wspomniał p. Szokalski, że przypadłość ta zdarza się przy rozmiękczeniu mózgu, a nadto, że pojawia się także jako symptomat zupełnie przechodowy u osób przedtém i potém całkiem zdrowych na mózgu.

Co do ruchu ukośnie na przód skierowanego, p. *Jodko* nadmienił, że przy niższych stopniach bezwładu (paresis) mięśni prostych oka, często się zdarzają takie zboczenia z prostego kierunku w chodzie. Nerw mięśnia paretycznego musi się bardzo wytężać, to wytężenie czuć się daje w ośrodkach nerwowych i chory mimowolnie przez współruch w tymże kierunku skręca swój chód.

P. *Szokalski* w ten sposób starał się zjawisko to objaśnić, że jeśli jeden z mięśni prostych oka szczególniéj zewnętrzny lub wewnętrzny jest porażony, wtedy powstaje podwójne widzenie (diplopia), chory mimowolnie zwraca głowę ku stronie porażonego mięśnia i to przyczynia się do zbłąkania ruchów całego ciała, a mianowicie w chodzie dostaje się zawrotu, albowiem oko już nie jest w stanie ruchami swemi równoważyć ruchów ciała.

P. *Helbich* zna chorego, który przed laty dostawał od czasu do czasu diplopii na lewém oku i w tedy idąc bezustannie skręcał na lewo, tak, że chcąc iść prosto, musiał zawięzywać oko; równocześnie miał nieczułość skóry na lewéj dolnéj kończynie.

P. *Jodko* był zdania, że tłumaczenie p. Szokalskiego stosuje się do *zupełnych* porażeń mięśni prostych oka, jego zaś (kolegi Jodka) tłumaczenie, do porażeń *niezupełnych*. Wspomniał też przy téj sposobności o fizyjologiczném tłumaczeniu zawrotu powstającego u osób, które patrzą na dół ze znacznéj wysokości; zawrotu tego główną przyczyną ma być dysharmonja w działaniu między mięśniami powierzchownemi, a głębokiemi oka, te ostatnie bowiem przyzwycajone są do akomodowania wzroku na daleką odległość tylko w takich razach, gdy patrzymy przed siebie lub w górę, nie zaś gdy patrzymy na dół.

P. *Szokalski* sądził, że w tych razach ważniejszy jest element umysłowy, to jest przypuszczenie grożącego niebezpieczeństwa.

P. *Bącewicz* z chorób epidemicznych spostrzegał odrę z bardzo łagodnemi przypadłościami; — gorączkę śluzową (febris mucosa) po większéj części z nader wolnym przebiegiem, w któréj emetyk niepomagał, ale pogorszał stan; wreście w ostatnich czasach gorączkę tyfiodalną. Szczegółowo opisał kollega Bącewicz wypadek nader ciężkiego tyfusu przywiezionego z zagranicy, a mianowicie u chorego, którego brat umarł był w Liége na tyfus. Chory, którego tutaj leczył p. Bącewicz zapadł już w drodze we Wrocławiu i zaledwo dojechał do Warszawy. Bredzenie trwało u niego przez 5 tygodni, chwilowo tylko przerywane przez użycie piżma; znaczne krwotoki kiszek powodowały użycie roztworu chlorniku żelaza. Obecnie chory już przychodzi do siebie, a nadzwyczaj rozległe zgorzeliny na karku, krzyżu i na pośladkach, zagajają się stopniowo.

W końcu posiedzenia p. *Weinberg* opowiedział przypadek nader obfitego krwotoku kiszek z niepomyślném zakończeniem.

Do Redakcyi Tygodnika Lekarskiego

w odpowiedzi na artykuł wstępny w Nrze Tygodnika z dnia 22 Maja b. r.

Redaktor Tygodnika zamieszczając w pismie swojem z dnia 1 Maja ogłoszenie o wydanym pierwszym poszycie Pamiętnika wspomina o wstępnym artykule naszym: *ścisłe badanie, proste leczenie*, zbywając go jedném słowem *wybornie napisany.*

W trzy tygodnie potém, przeczytawszy Przegląd Krakowski, gdzie szczególnym zbiegiem okoliczności położono to samo godło jakie my położyliśmy na Pamiętniku, rozwodzi się szeroko nad niém, usiłując przekonać Prof. *Dietla*, że właściwiéj byłoby zaznaczyć postępowanie dzisiejszego Lekarza wyrazem: *trafne leczenie*, w miejsce użytego przymiotnika *proste.*

Dlaczego p. Natanson zaniedbał krytycznego rozbioru tego mówiąc o naszym artykule téj saméj treści, nazwanym przez niego „wyznaniem wiary redaktora? niewiemy; czy się to stało z grzeczności (?) dla bliższego z nami koleżeństwa, czy z lekceważenia?—odgadnąć trudno; ale to pewna, że doradzana temu godłu przez p. Natansona poprawka okazała się niewczesną i niczem nieusprawiedliwioną. Ponieważ w artykule powyżéj nadmienionym staraliśmy się ile możności obszernie i zrozumiale wyłożyć powody zniewalające nas do nacechowania Pamiętnika rzeczonym godłem, gdzie także podaliśmy dokładne tych słów wyjaśnienie, odsełamy przeto dla uniknienia straty czasu i miejsca, czytelnika i redaktora Tygodnika do Styczniowego poszytu Pamiętnika.

W numerze Tygodnika z dnia 22 Maja powstaje daléj Redaktor owego pisma w obronie zasady *możności i potrzeby tworzenia szkoły lekarskiéj*, a w szczególności narzuca kollegom z Uniwersytetu Krakowskiego wychodzącym znamiona odrębności i nazwę osobnéj szkoły Krakowskiéj.

Dużoby pisać się dało o tém, jaka zachodzi różnica pomiędzy dawniejszém, do nas w historycznym spadku przeniesióném pojęciem odrębności szkół lekarskich, a dzisiejszym sposobem widzenia rzeczy; niemniéj o potrzebie i pożytku takiego rozróżnienia w naszym czasie, gdzie medycyna stała się nierozdzielną i uzupełniającą częścią wielkiéj rodziny nauk przyrodzonych, mającéj jedną i jedyną cechę: badania zjawisk natury i organizmu na drodze rozumowego doświadczenia, z odniesieniem się do szczegółowego założenia każdéj z osobna gałęzi,—my w naszym wyłącznym zakresie redaktora czasopisma lekarskiego wyznajemy, że dowody przez p. Natansona przytaczane nieprzekonały nas bynajmniéj o potrzebie tego rozdziału. Cechy z resztą wskazane w tym artykule Profesorowi Dietl mające służyć do założenia osobnéj szkoły, są tego rodzaju, że żadnéj szkoły tworzyć niemogą i niepowinny. Wié o tem Prof. Dietl bardzo dobrze, dlategoteż nie chce zaszczytu twórcy osobnéj szkoły i nieznęcą go nawet do tego pochlebnie ułożone pobudki redaktora Tygodnika.

Co się wreszcie tyczy samych znaków odrębności szkoły zwanéj Krakowską, podawanych przez Redaktora Tygodnika, to wyszukanie ich może być raczéj ubliżającém aniżeli pochlebném a co bardziéj, że charakterystyka ta więcéj ubliża innym właśnie Lekarzom jak Krakowskim. Głównem znamieniem téj szkoły ma być wedle p. Natansona *niewolniczość chińska*, do któréj dla złagodzenia wrażenia, dodaje p. Natanson inne cechy do charakterystyki *lekarskiéj* wcale nieodnoszące się, jak „zacność zasad, zamiłowanie języka rodzinnego, takt koleżeński,“ a nawet: „dokładna znajomość nauki.“ Zaprawdę mikstura ta kojąca, dosyć niezręcznie nawet ocukrowana.

Jak pierwsza cecha „chińczykostwa“ (którą Redaktor Tygodnika niby od kogoś innego wypożycza (!) kładąc mimoto na nią należyty przycisk) nie jest dostateczną do utworzenia

szkoły, a jako wyszukana nawet na wspomnienie zasługiwaćby nie powinna, tak znowu druga strona charakterystyki, nadto wiele pożądanych przymiotów *ujmuje* lekarzom Warszawskim *w innych Uniwersytetach kształconym* (i samemu Szanownemu Redaktorowi Tygodnika), aby ją Lekarze Krakowscy wyłącznie dla siebie przywłaszczać chcieli i mieli do tego prawo.

Historya uczy, że bardzo znakomici mężowie, jak: *Sydenham*, *Dessault*, *Corvisart*, *Laenec*, *Schönlein* (będąc w Zurich), nie oglądając się na zaszczyt tworzenia odrębnéj szkoły i niemyśląc wcale o tém, wywarli najważniejszy i rozstrzygający wpływ na zwrot i kierunek całéj medycyny, jedynie przez *wskazanie metody klinicznéj* pośredniczące właśnie pomiędzy Lekarzami wyłącznie praktycznymi (żadnéj odrębności nigdy nie ulegającymi), a systematykami i twórcami *szkoły*, którzy jak historya przekonywa prawie nigdy prawdziwego dla nauki nie przynieśli pożytku.

W końcu oświadczamy, że słowa nasze nie zmierzają b y najmniéj do bezpożytecznéj polemiki słownéj, ani też do przechwalania Lekarzy Krakowskich, ale wypowiedzieliśmy je dla wyjaśnienia prawdziwego stanowiska tych Kollegów i ocalenia charakterystyki Lekarzy w innych Uniwersytetach kształconych, którą Redaktor Tygodnika, zapewne w myśli wręcz przeciwnéj, naruszył.

Treść Tomu XLVII^go

składającego się z sześciu poszytów miesięcznych b. r.

A. Prace oryginalne.

Str.

1. Ścisłe badanie, proste leczenie. Od Redakcyi 3
2. Zgorzel kości fosforowa. Całkowite wypiłowanie obydwóch szczęk górnych. Skreślił Prof. *Girsztowt* 12
3. Guz rakowaty nerwu wzrokowego. Prof. *Szokalski* 20, 91
4. Sprawozdanie Szpitalne. Dr. W. *Lubelski* . 25
   — — Dr. *Grabowski* . . 95
   — — Dr. L. *Chwat* . . . 158
   — — Dr. *Langowski* . . 249
5. Przypadek rozdarcia się środkrocza u rodzącéj dotkniętéj zrostem warg sromnych większych, etc. Dr. *Neugebauer* 69
6. Tryszczyca czerwona ogólna. Kand. Med. *Husarski* 133
7. O akomodacyi prawidłowéj, przestrzeni akomodacyjnéj i jéj wymierzeniu. Dr. *Narkiewicz Jodko* 145, 205

Str.

8. Rzecz o rozmiękczeniu mózgu. Dr. *Markusfeld* 133
9. Wstępna lekcya do wykładu anatomii patologicznéj. Dr. *Brodowski* 181
10. Spostrzeżenia lekarskie w Szpitalu Willanowskim zbierane. Dr. *Sciborowski* 277
11. Przypadek pasożytów wodunkowych w wątrobie. Kand. Med. Dr. *Sommer* 290

B. Literatura zagraniczna.

12. Nacieczenie rakowe ostre. Dr. *Łuczkiewicz* 38
13. O zmianach temperatury ciała w zapaleniu płuc. Dr. *Ł.* 46
14. O guzach w jamie brzusznéj z przeważném uwzględnieniem części dyagnostycznéj. Wykład Prof. *Oppolzera* 51, 110, 325
15. O wdechaniu wód mineralnych. Dr. *Stummer* 56
16. Ciekawy przykład zatoru mózgowego. Dr *Ł.* 124
17. Idiotyzm, jego granice i podział. Dr. *Ł.* 174
18. O kołtunie. Dr. *Ł.* 255
19. Trzykrotne zakręcenie jelit. Dr. *Ł.* . . 336
20. Regurgitacya krwi do lewego przedsionka. Dr. *Ł.* 338
21. Przykład zwężenia tchawicy. Dr. *Ł.* . . 341
22. O zastosowaniu ciepłomierza do rozpoznawania i rokowania w chorobach. Dr. *Chodakowski* 344

C. Czynności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

23. Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego z dnia 7 i 21 Stycznia, d. 4 i 18 Lutego, d. 1 i 15 Kwietnia, d. 6 Maja. 63, 129, 186, 201, 349

Str.

24. Odezwa komitetu z łona Towarzystwa wyznaczonego dla zbadania uszkodzeń przy użyciu machin rolniczych, do pp. Lekarzy w Królestwie Polskiém 267

25. Sprawozdanie komitetu z łona Towarzystwa lekarskiego wyznaczonego do zbadania kąpieli publicznych Warszawskich 298

26. *Kronika.* Korrespondencya z Kamieńca Podolskiego, 67. Uroczystość jubileuszu Dra Cheliusa. Traumaticina, 131. † Dr. Stanisław Łuszczkiewicz, 132. Odezwa Towarzystwa lekarskiego Wołyńskiego do Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, 194. Wyjaśnienie, Dr, Morgenstern, 269. Sprostowanie Dr. Karwowski, 214. Do Redakcyj Tygodnika Lekarskiego, 253.

BIBLIOTEKA AKAD. MEDYCZ. LUBLIN

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 419
BG 90588/1862/47/1-6