

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. A. Rosenthal. O zmianach anatomicznych w mózgu przy chorobach zakaźnych. — II. A. Sokółowski. Przyczynki do miejscowego leczenia jam suchotniczych. — III. J. Minkiewicz. Sposzczenia chirurgiczne. — *Dział sprawozdawczy:* 70. Lany. O leczeniu łuszczycy. — Posiedzenia Tow. Lek. Warsz. z d. 15-go Marca, 29 Marca i 5-go Kwietnia. — Wiadomości miejscowe. — Wystawa przyrodnicza Lekarska w Krakowie. — Od Redakcyi. — Odpowiedź. — Ogłoszenia.

## I. O ZMIANACH ANATOMICZNYCH W MÓZGU PRZY CHOROBACH ZAKAŹNYCH.

Przez D-ra **Alberta Rosenthala.**

Jakkolwiek w N-rze 16-tym „Gazety Lekarskiej“ r. b. zamieszczone było streszczenie prac, dotyczących powyższej kwestyi, jednakże dla jasności przedmiotu zmuszony jestem przypomnieć główne wyniki owych badań. P o p o w przypuszcza że przy tyfusie brzuszny<sup>1)</sup> i wysypkowym<sup>2)</sup> występują ostre zmiany zapalne w istocie korowej mózgu, polegające na nacieczeniu drobnokomórkowem w warstwie komórek piramidalnych w przestrzeniach, znajdujących się naokoło naczyń i komórek nerwowych (*perivasculäre u. -ganglionäre Räume*); drobne te ciała mają wnikać w komórki nerwowe i wywoływać podział ich jąder i protoplazmy. Ks. Karol Bawarski<sup>3)</sup> nie widzi w nacieczeniu drobnokomórkowem nic charakterystycznego dla tyfusu, czyni je jedynie zależnem od utrudnionego krążenia krwi, oraz zwiększonej ilości wody w mięszu mózgu. Zaprzecza zaś twierdzeniu Popowa, jakoby ciała limfatyczne wnikać miały w komórki nerwowe i wywoływać jakiegokolwiek zmiany w tych ostatnich.

Bla schko<sup>4)</sup> na zasadzie swych badań utrzymuje, iż ilość ciałek limfatycznych w mózgach tyfusowych nie jest większą od ilości ciałek, napotykaných w prawidłowym mózgu, że zresztą ilość ta jest zmienną i zależną od okolicy lub głębokości warstwy badanej kory mózgowej. W mózgach osób, dotkniętych pocsznicą (*septicaemia*), zarówno jak i w mózgach zwierząt, u których sztucznie wy-

<sup>1)</sup> Popoff. Ueber die Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumatischer Entzündung. Virchow's Archiv. Bd. 63.

<sup>2)</sup> Popoff. Ueber die Veränderungen im Gehirn beim Flecktyphus. Centralblatt für die medicin. Wissenschaft. 1875. Nr. 36.

<sup>3)</sup> Herzog Carl D-r. Untersuchungen über die Anhäufung weisser Blutkörper in der Gehirnrinde. Virchow's Archiv. Bd. 69. H. 1.

<sup>4)</sup> Blaschko. Ueber die Veränderungen im Gehirn bei fieberhaften Krankheiten. Virchow's Archiv. Bd. 83. H. 3.



wolywał zakażenie septyczne, B. nie wynalazł żadnej stałej zmiany anatomicznej<sup>1)</sup>.

Badania moje wykonałem na 30 mózgach, pochodzących od chorych, zmarłych w skutek rozmaitych chorób zakaźnych, jakoto: tyfus brzuszny i powrotny, posocznica (*septicaemia*), gorączka połogowa (*febr. puerp.*), ropnica (*pyaemia*), szkarlatyna, zapalenie płuc krupowe. Jednocześnie zbadałem takąż liczbę mózgów ludzi, zmarłych z rozmaitych chorób, przeważnie przewlekłych. Badane były zawsze jednoimienne części mózgu, przeważnie zwój czołowy wstępujący (*gyrus frontalis ascendens v. centralis anterior*), stale też rdzeń przedłużony. Po stwardnieniu kawałków mózgu w 2% roztworze dwuchromianu potassu, skrawki barwiłem karminem lub pikro-karminem i badałem je głównie w glicerynie; niekiedy tylko przeprowadzałem przez alkohol absolutny i t. d. dla zachowania ich w lakierze sandarakowym.

Wyniki moich badań przy chorobach zakaźnych są następujące:

A. K o r a m ó z g o w a. W błonie wewnętrznej (*intima*) naczyń, znajdowałem niejednokrotnie złogi ziarek tłuszczu i barwnika, jakoteż obrzmienie komórek endotelijalnych. Naokoło naczyń znajdowałem w kilku przypadkach tyfusu i posocznicy nierównomierne błyszczące, żółto-zabarwione lub przezroczyste (klejowate) bryły. Nagromadzenie ciałek limfatycznych zarówno naokoło naczyń i wśród neuroglii, jakoteż naokoło komórek nerwowych, znajdowałem wprawdzie w większej liczbie mózgów ludzi, zmarłych z chorób zakaźnych, nie może ono jednak być uważanem za zjawisko stałe, ponieważ w niektórych przypadkach nie dało się spostrześć, z drugiej zaś strony skonstatowaniem zostało w mózgach rozmaitego pochodzenia. Co zaś do przenikania tych ciałek do wnętrza komórek nerwowych, nie mogę się zgodzić z P o p o w e m, aby miało to być tak częstym zjawiskiem: bardzo rzadko znajdowałem takie komórki nerwowe, w których prócz jądra leżały drobne ciała. — Komórki nerwowe przedstawiają zmiany przeważnie w warstwie dużych komórek piramidalnych (3-a M e y n e r t'a). Rozpatrując skrawki mikroskopowy od powierzchni aż do głębszej warstwy kory mózgowej, widzimy tu obrzmienie i zmetnienie protoplazmy komórek; ostatnie, tracąc swe wyrostki zmieniają swój kształt i z piramidalnych stają się okrągłemi, lub bardziej nieforemnymi, poczem, idąc głębiej, spostrzegamy zwyrodnienie tłuszczowo ziarniste i mniej lub więcej wyraźny ziarnisty rozpad protoplazmy komórek, w skutek czego ostatnie przedstawiają się jakby nadżarte; przy większem nateżeniu znajdujemy w rozszerzonej przestrzeni komórkowej powiększone jądro, otoczone ziarnistą masą rozpadową. W niektórych przypadkach tyfusu brzuszego i posocznicy, odznaczających się silnem nateżeniem objawów mózgowych za życia, skonstatowałem obecność znacznie większej — aniżeli normalnie — ilości komó-

1) Dziwnem wydaje się to, iż B. nie wspomina nie o stanie komórek nerwowych. Metoda jego badań wskazuje, iż głównym celem ich było przekonać się, która z postawionych teoryj o nacieczeniu drobnokomórkowym (P o p o w a czy też ks. K a r o l a) jest słuszną. W tym też celu wszystkie skrawki po zabarwieniu ich aniliną przeprowadzane były przez alkohol absolutny, zprzezroczyszczone w oleju goździkowym i zachowane w balsamie kanadyjskim. Natomiast nie wspomina autor o skrawkach w glicerynie badanych, z których przecież najlepiej przekonać się można o stanie komórek nerwowych.



rek: są one mniejsze aniżeli komórki piramidalne w stanie prawidłowym, okrągłe lub owalne, częstokroć po 2 lub 3 leżą w jednej wspólnej przestrzeni. Przy użyciu systemu immersyjnego przekonać się mogłem, iż są to komórki o dużym pęcherzowatym jądrze i delikatnej ziarnistej protoplazmie, bądź nienaruszonej, bądź też rozpadającej się. Zdaje się więc, iż zachodzi tu sprawa dzielenia się komórek nerwowych, gdyż oprócz zwiększonej ich liczby znajdowałem niektóre z nich o podwójnym jądrze; jednakże nie spostrzegałem samej sprawy dzielenia się jądra, tworzenia się t. z. *Kernfiguren*, które jedynie uważane być mogą na niezbite dowody dzielenia się komórek.

B. Rdzeń przedłużony. Przy wszystkich chorobach zakaźnych znajdowałem stale zmiany w rdzeniu przedłużonym. Komórki jąder nerwowych (na dnie komórki 4-tej), w miejsce prawidłowych wielokątnych, bywają rozmaitego kształtu: okrągłe, owalne lub nieforemne, protoplazma ich mocno zmętniała, jądra ich często niejasne, wyrostki krótkie, po większej części ich nie ma. Zmiany te dotyczą wprawdzie wszystkich jąder nerwowych, są jednak najwybitniejsze w jądrze nerwu błędnego i przydatkowego (*Vagoaccessoriuskern*). Na dnie komórki 4-tej, bezpośrednio pod wyścielającym ją nabłonkiem, znajdujemy stale dość znaczne nagromadzenie ciałek limfatycznych. Porównawcze badanie rdzenia przedłużonego przy rozmaitych chorobach przekonało mnie, iż opisane zmiany właściwe są li tylko chorobom zakaźnym.

Wyniki moich badań pozwalają mi wyprowadzić wniosek, iż zaburzenia w mózgu przy chorobach zakaźnych polegają na zmianach *parenchymatycznych*. Ostatnie przejawiają się jako obrzmienie i zmętnienie komórek nerwowych (jak to widzieliśmy w rdzeniu przedłużonym, a w mniejszym stopniu w korze mózgowej), częściej zaś protoplazma komórek ulega zwyrodnieniu ziarnisto-tłuszczowemu, za którym idzie rozpad komórki. W niektórych cięższych przypadkach komórki kory mózgowej, o ile się zdaje, mnożą się, poczem dopiero następują zmiany wsteczne. Opisane zmiany spotykamy w warstwie komórek piramidalnych kory mózgowej.

Znalezione więc zmiany parenchymatyczne w korze mózgowej przedstawiają zupełne podobieństwo ze zmianami analogicznymi, spostrzeganymi w innych narządach mięszkowych przy chorobach zakaźnych.

Zmiany owe wytłumaczyć nam mogą zaburzenia mózgowe, spostrzegane podczas choroby, zarówno jak i usposobienie do zbroceń umysłowych, pozostające po przebytej chorobie.

---

## II. Przyczynek do miejscowego leczenia jam suchotniczych.

Podał D-r **Alfred Sokołowski**.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 5 Kwietnia r. b.)

---

Jeśli mieliśmy sposobność w ciągu dłuższego przeciągu czasu obserwować znaczną liczbę suchotników, zwłaszcza takich, u których sprawa chorobowa w płucach jest bardzo przewlekłej natury, uderzyć nas musi fakt, że niektórzy



z nich, z objawami fizykalnymi znacznych nieraz zniszczeń tkanki płucnej, t. j. z objawami jam, z zawartością na wpół płynną, na pytanie nasze co do ilości plwociny dają nam zupełnie ujemną odpowiedź; chorzy tacy opowiadają, że wcale nie odpluwają, a niektórzy twierdzą nawet stanowczo, że wcale nie kaszlą. Nadmienić tu zaraz winienem, że są suchotnicy, którzy tak mało zwracają na siebie uwagi, iż utrzymują, że wcale nie odpluwają, chociaż przy bliższem zbadaniu po kazuje się, że plwocina się wydziela, lecz zostaje bezwiednie połkniętą.

U tego rodzaju chorych właściwy kaszel występuje rzadko, a natomiast od czasu do czasu powstaje rodzaj odchrząkiwania, podczas którego plwocina zostaje połkniętą. O tym fakcie miałem sposobność przekonać się niejednokrotnie, i jeśli takim chorym zwróciłem uwagę na szkodliwość takiego postępowania, powoli odwykali od swego przyzwyczajenia i po pewnym czasie okazywało się, że zaczęli odpluwać bardzo obficie plwocinę, którą przedtem zwykle połykali. Nawiasem mówiąc, bardzo często przyzwyczajenie to wywołuje uparte objawy dyspepsy, z tego też względu lekarz-praktyk winien zwracać na tę okoliczność baczną uwagę, często bowiem po usunięciu tego nałogu ustają szybko uparte dyspepsyje.

Otóż wracając do właściwego przedmiotu, powtarzam, że są suchotnicy którzy wcale nie kaszlą, lub też wypluwają bardzo mało, chociaż przy badaniu fizykalnem znajdujemy objawy znacznych jam z zawartością nawpół płynną. Takie przypadki zdarzało mi się spotykać, i to u ludzi intelligentnych, u których po dłuższem spostrzeganiu stanowczo można było wykluczyć bezwiedne połykanie plwociny. Przypadki takie ułożyć można w dwie grupy; w jednych i to stosunkowo bardzo nielicznych, plwocina rzeczywiście co do ilości spada niemal do zera; ludzie ci pokasłują, najczęściej kaszel ich jest suchy, nie męczący, przychodzi rzadka, a wypluta skąpa masa składa się głównie ze śliny i wydzieliny górnego odcinka dróg oddechowych: krtani i tchawicy.

Przy badaniu fizykalnem znajdujemy najczęściej pod jednym z obojczyków objawy jamy suchotniczej (*caverna*); nie znajdujemy tu atoli właściwych klasycznych objawów jamy, a natomiast znajdujemy stopień lub odgłos bębenny nieraz z odcieniem oddźwięku stłuczonego garnka (*bruit de pôt fêlé*). Przy wysłuchiwaniu jednakże klatki piersiowej nie słyszymy żadnego szmeru oddechowego, dopiero gdy każemy choremu zakaszać, słyszymy nieco rzeżeń grubych wilgotnych, dzwięcznego, a nieraz nawet metalicznego charakteru, najczęściej jednakże słyszy się podczas kaszlu t. z. *gargouillement* średniego natężenia.

W przypadkach, o których mowa, ostatni ten objaw rzadko słyszeć się daje przy głębokim wdechu, nie tak zatem jak to bywa przy zwykłych jamach suchotniczych; tu objaw powyższy występuje przy kaszlu nieraz dopiero po kilkakrotnem zakaszeniu. Na tę ostatnią okoliczność zwracam szczególniejszą uwagę, praktyk bowiem niewprawny może być wprowadzony w błąd z wielką łatwością co do istoty danego objawu, znajduje bowiem odgłos tympaniczny, obok braku szmeru oddechowego i rzeżeń; może zatem znaleźć się w istotnym kłopotie rozpoznawczym, a nawet może objawy owe przypisać, między innymi, i obecności jamy zupełnie pustej, suchej, przedstawiającej już tylko następstwą sprawy suchotni-



czej, już ukończonej w zupełności. Winienem tu jeszcze dodać, że zdarza się bardzo często i przy zwykłych jamach, iż od czasu do czasu przez chwilowe zatkanie oskrzela doprowadzającego, na miejscu odpowiadającym jamie nie słyszymy żadnego szmeru oddechowego, lecz jedynie masę rzeżeń przy kaszlu; to jednakże chory opowiada, że wypływał wiele płwociny, z drugiej zaś strony kilkakrotne zbadanie chorego w różnych porach dnia, uchroni nas łatwo od błędu rozpoznawczego. Suchotnicy wyżej wzmiankowani przedstawiają zmiany jednostronne, stan ich ogólny przedstawia się nieźle, gorączka nie istnieje. Bywa nawet niejednokrotnie, że chorzy tego rodzaju przedstawiają wygląd wyborny i że nieraz lekarz przypadkiem tylko wynajduje jamę suchotniczą, jak to zdarzyło mi się widzieć w dwóch przypadkach.

W jednym przypadku u mężczyzny, mającego około 50 lat, który z wyjątkiem przypadłości kamieni żółciowych, czuł się wybornie, nie kaszlał wcale i nie odpluwał prawie nic, przy dokładnem badaniu płuc, znalazłem w jednym szczytcie znaczną jamę. Drugi przypadek dotyczył młodej osoby, cieszącej się również wybornym stanem ogólnym, u której, przy badaniu z powodu jakiegoś przejściowego lekkiego cierpienia, wynalazłem, ku mojemu wielkiemu zdziwieniu, znaczną jamę w wierzchołku płuc. Chora nie kaszlała i wcale nie odpluwała. Dalszy przebieg tego rodzaju jam suchotniczych jest rozmaity; niekiedy bardzo długo pozostają *in statu quo*, a stan ogólny również się nie pogarsza. W innych przypadkach powoli sprawa rozwija się dalej, występuje kaszel z płwociną, a przy badaniu fizykalnem znajdujemy objawy zwykłej kawerny w odpowiednim miejscu, oraz postępujące zniszczenie naokoło, lub też w drugim płucu. Wreszcie zdarza się, że przy przebiegu bardzo przewlekłym od czasu do czasu u tego rodzaju osobników występuje gorączka, suchy kaszel, nieco płwociny, chudnienie, poty nocne; trwa to jakiś czas i nieraz dopiero po kilku dniach lub tygodniach objawy owe hektyczne ustępują, chory poprawia się szybko, powracając do dawnego stanu; podczas tego pogorzenia jakoteż i po ustąpieniu tego okresu znajdujemy objawy fizykalne nie zmienione.

Opisana tylko co kategoryja chorych, jak to już wspomniałem, napotyka się stosunkowo bardzo rzadko, za to już częściej napotykamy drugą odmianę tego rodzaju suchotników. Chory przedstawia wszystkie wyżej przytoczone objawy jamy obszernej z zawartością nawpół płynną, kaszle niewiele i odpluwa mało. Ilość jednakże i jakość płwociny bynajmniej nie odpowiada owemu obszernemu zniszczeniu tkanki płucnej. Płwocina bowiem przedstawia jedynie cechy płwociny kataralnej, powstającej w przebiegu nieżyty przewlekłego oskrzeli. Płwocina taka nie zawiera wcale włókien sprężystych, a makroskopijnie nie przedstawia najmniejszych cech płwociny właściwej jamom płucnym; przeciwnie, przedstawia się ona najeczęściej pod postacią masy jednolitej, białej lub żółto-białawej, pływającej na wodzie. W płwocinie tej, jak to zwykle bywa przy przewlekłych nieżytych oskrzeli, zachodzą od czasu do czasu różne zmiany, przedewszystkiem pod względem ilości; często bowiem z pogorszeniem stanu ilość płwociny znacznie się powiększa, przedstawia się ona znowu nieraz mniej lub więcej pienistą, w miarę tego jak nieżyt szerzy się więcej lub mniej w najdrobniejszej oskrzela i t. p. W płwocinie jednakże takiej nie spoty-



kamy nigdy owych charakterystycznych kul (*sputa globosa*), opadających na dno naczyń, lub owej drobnej masy rozpadowej, przypominającej rozdrobniony ser, którą tak stale napotykałyśmy przy zwykłych sprawach niszczących miąższu płucnego. Co się tyczy stanu ogólnego tego rodzaju chorych, to i tutaj, podobnie jak i w pierwszej kategorii, stan ogólny przedstawia się stosunkowo niezłe, chociaż tego rodzaju chorzy nigdy nie przedstawiają wyglądu kwitnącego, jak to się zdarza widzieć w pierwszej kategorii. Kaszel bowiem silny, męczący, obfita wydzielina płucna, wpływa znacznie na upadek ogólnego odżywiania, chociaż dodać należy, że najczęściej stan taki trwa bardzo długo, a chorzy, aczkolwiek kaszłą, mimo to wszystko pozostają *in statu quo*, nie przedstawiając żadnych oznak okresu trawiącego suchot płucnych. Jednak i tutaj, i to jeszcze częściej niż w pierwszej formie, objawy hektyczne, t. j. gorączka, poty nocne, wychudnienie i t. p. zwykły wreszcie występować, pogarszając znacznie stan chorego. Takie nasilenia sprawy nieraz przechodzą szybko, gorączka mija i chory znowu powraca do stanu dawnego. Częściej jednak okres hektyczny trwa dłużej, pozostawiając po sobie wyraźne ślady tak w ogólnym jak i miejscowym stanie chorego; kaszel staje się częstym, plwocina obfitsza, a w niej więcej spostrzegać się daje wyraźnej masy rozpadowej, z początku drobnej, później bardziej zbitej, w końcu przedstawiającej wyraźne cechy plwociny kulistej. Badanie fizykalne wykazuje nam wówczas, że wydrążenie w płucu, posiada nawet wyraźną komunikację z oskrzelem, a mianowicie: oddech oskrzelowy wyraźny, bronchofonija, i liczne rżenia (*gargouillement*) dają się stale i wyraźnie słyszeć na miejscu, gdzie przedtem oprócz nielicznych rżeń dźwięcznych, stale oddechu niebyło słyhać. Taki stan chorego niekiedy powoli zaczyna się poprawiać, okres hektyczny przechodzi zupełnie, następuje nawet polepszenie miejscowe, słowem chory wstępuje w okres stacyjonarny suchot płucnych, trwający nieraz znaczny przeciąg czasu, dopóki nowe pogorszenie nie zmieni dalej części tkanki płucnej, lub wreszcie nie rozwinie się sprawa postępującego zniszczenia z zejściem fatalnem. Taki jest mniej więcej przebieg owej postaci suchot płucnych, którego różnorodne okresy spostrzegałem wielokrotnie. W postaci tej, samej przez się bardzo przewlekłej i względnie, że tak powiem, łagodnej, groźnemi są owe powikłania, przychodzące od czasu do czasu pod postacią okresu hektycznego, pociągające za sobą cały szereg poważnych następstw wyżej opisanych.

Zachodzi teraz pytanie, jaką drogą przychodzą do skutku owe pogorszenia jakim sposobem można je sobie objaśnić?

Jamy tego rodzaju, jak to obraz kliniczny wyżej naszkicowany pokazuje, znajdują się w płucu mniej więcej zdrowem i nie posiadają zupełnie komunikacji na zewnątrz za pośrednictwem oskrzela. Zawartość ich składa się z masy rozpadowej, na wpół płynnej, gęstawej, powstałej z rozmiękczenia mass serowatych.

Zawartość ta nieraz bardzo długi przeciąg czasu pozostaje bez zmiany, niemal jako ciało obojętne, nie wywołując żadnych zmian w stanie ogólnym; pochodzi te zapewne stąd, że ścianki ich twarde, niepodatne, pozbawione naczyń, nie posiadają warunków, sprzyjających wysaniu owych mass rozpadowych. Musi się jednak zdarzać, że od czasu do czasu, wskutek przyczyn nie dających się bliżej określić, część ścianki jamy ulega sprawie rozpadowej, natenczas wytwarza się nowa



powierzchnia wrzodziejąca. a zarazem powstają warunki, sprzyjające wysaniu, poczem masy rozpadowe, wchłonięte w obieg krwi, wywołują objawy hektyczne, które nie są niczem innym, jak tylko sprawą natury ropniczej (pyemicznej), tem snadniej przychodzącej do skutku, że masy owe nie mogą być wydalone na zewnątrz, ponieważ jama nie łączy się swobodnie z oskrzelem. Zresztą widzimy często, jak to wyżej opisałem, że z chwilą wytworzenia się komunikacji, okres hektyczny zaczyna powoli ustępować. Czy tłumaczenie tylko co podane jest słusznem — nie wiem, sądzę jednak, iż za pomocą niego można objaśnić określony wyżej obraz kliniczny przebiegu owej postaci suchot. Że tego rodzaju jamy płucne istnieją w rzeczywistości, przekonywa nas badanie pośmiertne; spotykamy bowiem na stole sekcyjnym wyżej opisane jamy, o ściankach twardych, niepodatnych, z zawartością na wpół zgęstniałą, w których niepodobna odnaleźć łączności z oskrzelem, chociaż z drugiej strony jamy tego rodzaju przechodzą ostatecznie w jamy, łączące się na zewnątrz, tak, że badanie pośmiertne samo przez się nie jest nam w stanie dać jasnego wyobrażenia o istocie i przebiegu danej jamy suchotniczej, jeżeliśmy przedtem dokładnie nie znali przebiegu klinicznego danego suchotnika.

\* \* \*

Rozpatrując się w skreślonym tylko co obrazie, nasuwa nam się pytanie, czy nie byłoby usprawiedliwionem postarać się w jakibądź sposób, aby w cierpieniu tego rodzaju przewlekłym i przedstawiającym tak wielką dążność do zejścia względnie pomyślnego, zapobiedz powstawaniu owego częściowego rozpadu, wywołującego fatalne następstwa. Pytanie to zajmowało mnie bardzo długo, widziałem bowiem jak w tego rodzaju suchotach, najracjonalniejsze leczenie dyjetetyczne, klimatyczne, odciągające (*revulsio*) i t. d., mało przynosi korzyści, jak tego rodzaju chorzy wśród najpiękniejszej poprawy, wśród zdrowia niemal, wśród najlepszych warunków higieniczno-dyjetetycznych, ba nawet w najlepszych stacyjach klimatycznych, nagle—bez żadnego powodu podlegali wyżej opisanemu zaostrzeniu sprawy chorobowej, które, w najlepszym razie kończąc się pomyślnie, znacznie pogarszało stan chorego miejscowy i ogólny, a nieraz nawet kończyło się zejściem fatalnem.

\* \* \*

W 1873 r. prof. Mossler z Greifswaldu ogłosił dwa przypadki (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43.*) suchot płucnych, daleko posuniętych, w których wstrzykiwał do jamy suchotniczej słaby roztwór nadmanganianu potassu, w jednym zaś zostawił nawet na jakiś czas w jamie cienką rurkę srebrną, w celu ułatwienia odpływu. Oba przypadki zakończyły się niepomysłnie, chociaż autor widział jakoby znaczne przez jakiś czas polepszenie. Przypadki te jednak bynajmniej, zdaniem naszym, nie nadawały się do leczenia miejscowego, byli to bowiem suchotnicy w ostatnim okresie choroby, w okresie hektycznym, z rozległymi zmianami w obu płucach; jeden z nich dotknięty był zwyrodnieniem mączkowatym nerek; jakież więc mógł być nawet cel leczenia miejscowego jednej części płuca w obec rozległej sprawy suchotniczej obu organów, a nawet rozpostarcia się choroby po całym



ustroju. Jamy u obu chorych były obszerne, płwocina ropiasta w ogromnej ilości. Od tej pory *Mossler* nie ogłosił więcej tego rodzaju spostrzeżeń, natomiast *D-r Pepper* drukował kilkakrotnie w gazetach amerykańskich różnorodne swe spostrzeżenia i jakoby świetne wyniki takiego leczenia miejscowego. Oryginalne prace tego autora były mi niedostępne, sądząc atoli ze sprawozdań i krytyk poważnych autorów angielskich, między innymi np. *Douglass'a Powell'a* (*On Consumption, at London 1878.*), zdaje się, że należy przyjmować wyniki *Pepper'a* z wielką ostrożnością.

Wznowionej metody *Mossler'a* (mówię wznowionej, gdyż właściwie mówiąc była ona nie nową, ponieważ jeszcze w r. 1726 poraz pierwszy stosował ją *Barry*, a potem kilku innych autorów), o ile mi wiadomo, nie stosowano u nas na łądzie stałym; skrytykowano ją i złożono *ad acta*. Sądzę jednakże, że niesłusznie, niepomysłne bowiem wyniki w przypadkach *Mossler'a*, jak to już wyżej nadmienilem, polegały wyłącznie na niewłaściwym doborze chorych. Z licznych odmian suchot płucnych sądzą, że forma suchot, a właściwie mówiąc jam płucnych, opisana powyżej przezemnie, najprędzej nadawałaby się do tego rodzaju leczenia miejscowego, a to z następujących powodów:

1) Sprawa powstaje na drodze zapalnej, ogranicza się ściśle do pewnej części płuca, reszta zaś organu jest od niej wolną.

2) Powstała ztąd jama, zapewne w skutek zapalenia zlepnego, przestaje łączyć się z oskrzelem, chociaż zawiera jeszcze na wpół płynną zawartość, która od czasu do czasu daje powód do szerzenia się sprawy niszczącej tkankę płucną najbliższą, powoduje groźne objawy hektyczne i wciąga w bieg sprawy chorobnej resztę płuca.

Z tych względów sądzą, że uzasadnionem byłoby: starać się, za pomocą wstrzykiwania płynów drażniących (roztworów jodowych), wywołać rozrost tkanki łącznej (*pneumonia interstitialis*), następstwem którego byłoby powolne ściąganie, a wreszcie zabliznienie danej jamy.

W końcu roku zeszłego miałem sposobność w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie obserwować przypadek suchot płucnych, przedstawiający mniej więcej cechy, jakie opisałem wyżej w drugiej kategorii. Po dłuższej obserwacji chorej i za zgodą Naczelnego Lekarza *D-ra Zaleskiego* postanowiłem przystąpić do leczenia miejscowego.

**Historija choroby.** Chora N., lat 50 licząca, przybyła do szpitala 20 Listopada r. z. Opowiada nam, że zawsze czuła się zupełnie zdrową, dopiero pół roku temu, po silnem zaziębieniu dostała dreszczy, gorączki, kaszlu, przyczem znacznie wychudła. Po kilku tygodniach takiego stanu, objawy gorączkowe ustąpiły, chora zaczęła się poprawiać, czuła się zupełnie dobrze, pozostał tylko nieznaczny kaszel, który zresztą dolegał jej niewiele. Po upływie kilku miesięcy znowu pojawiła się gorączka, dreszcze i wzmógł się kaszel, lecz i tym razem znowu nastąpiła poprawa; wreszcie przed trzema miesiącami wystąpiło krwioplucie, gorączka, wychudnienie, a chociaż objawy hektyczne znowu ustąpiły, jednak pozostało znaczne osłabienie, poty nocne, silny kaszel, które to objawy zmusiły chorą do wstąpienia do szpitala.



Stan obecny chorej przedstawiał się jak następuje: wychudnienie znaczne, kaszel dość silny, przeważnie suchy, w ciągu dnia jednak jakoteż rano chora wyrzuca stosunkowo nie wielką ilość, może 2—3 łyżek plwociny, biało-zielonawej, pływającej po wodzie i przedstawiającej wszystkie cechy właściwe plwocinie towarzyszącej przewlekłym nieżytom oskrzeli (*bronchitis chronica*); brak gorączki. Badanie klatki piersiowej wykazało: budowa klatki prawidłowa, granice płuc nieco obniżone, między drugim a trzecim żebrzem z przodu z prawej strony odgłos tympanityczny, z lekkim odcieniem stłuczonego garnka (*bruit de pôt fêlé*), brak zupełny szmeru oddechowego; przy kaszlu słychać wyraźne rżenia dźwięczne wierzchołkowe, robiące wrażenie słabego *gargouillement*. Poniżej tego miejsca na całej przestrzeni płuca prawego znajdujemy odgłos opukowy prawidłowy, a przy wysłuchiowaniu—oddech pęcherzykowy zaostrzony. Z tyłu, z prawej strony, nad grzebieniem łopatki, odgłos opukowy nieco stłumiony, wydech silnie zaostrzony; poniżej objawy opukowe prawidłowe; oddech zaś pęcherzykowy nieco zaostrzony, w dolnych częściach osłabiony.

Lewe płuco przedstawia objawy opukowe prawidłowe, przy wysłuchiowaniu zaś znalazłem oddech pęcherzykowy zaostrzony, i tu i owdzie porozrzucane suche rżenia i świsty.

Narządy krążenia i trawienia nie przedstawiały żadnych zboczeń, moczu białka nie zawierał. Poty nocne obfite, głównie występują nad ranem.

Chorej zalecono dyjetę mleczną, odciążnięcia, pod postacią smarowania nalewką jodową na okolicę podobojczykową prawą, na noc  $\frac{1}{60}$  grana atropiny. Po upływie kilku dni stan się poprawił o tyle, że poty nocne zaczęły się zmniejszać, następnie i siły chorej zaczęły się podnosić. W kilka dni potem kaszel wzmógł się znacznie. plwocina się zwiększyła i stała się nieco cuchnącą. Zalecono chorej olejek terpentynowy.

Przez dni 17, t. j. do dnia 6 Grudnia stan chorej się poprawił, poty ustąpiły niemal zupełnie, plwocina się zmniejszyła straciwszy zapach nieprzyjemny; łaknienie się wzmogło. Co się tyczy stanu miejscowego, to takowy pozostał bez zmiany, przedstawiając objawy fizykalne wyżej przytoczone. (D. n.)

### III. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez D-ra **Jana Minkiewicza** z Tyflisu.

#### Narządy trawienia

W tomie XI-tym Gazety Lekarskiej <sup>1)</sup> podałem opis przypadków, w których dokonywałem operacyj na organach trawienia, od Sierpnia roku 1862 do 1870 włącznie. Teraz znowu podaję opis nowego szeregu podobnych przypadków cierpień narządów trawienia i operacyj na nich dokonanych. W opisie tym

<sup>1)</sup> N-r 9, 12, 15, 21, 22, 23, 24.



zachowujemy ten sam porządek, jaki w pierwszym. Podając liczbę operacyj w ostatnim okresie (1871—1879 włącznie), dołączymy w nawiasie znakami rzymskimi liczbę wszystkich operacyj podobnych, od r. 1862 do 1880 dokonanych. W pierwszym sprawozdaniu robiliśmy uwagi epikrytyczne, jeśli nowsze spostrzeżenia potwierdzają dawniejsze wyniki, to zostawimy te przypadki bez odpowiednich uwag.

## I. Jama ustna.

### A. Wargi i podniebienia.

A. Wady wrodzone. Wargę zajączą w tym okresie operowalem 9 razy (XVI). Oto te przypadki.

1. Chłopczyk, zrodzony z ojca Guryjca i matki Ormijanki, jednoroczny, miał całkowicie rozszczepioną górną wargę prawą, obok jednoczesnego rozdzielenia wyrostka zębo-dolowego i części podniebienia twardego (*cheilo-gnatho-schisis*); przytem kość między-szczękowa (*os intermaxillare*) bardzo znacznie wystawała ku przodowi. Oddzieliwszy wargę górną od wyrostka zębo-dolowego, zrobiłem nacięcie pod skrzydłami nosa, równoległe do wolnego brzegu i połączyłem je szwami metalicznymi węzełkowatemi. Dziecię nie było dość spokojne po operacyi; szwy wszystkie przecięły, wyjąwszy jednego dolnego. Skutkiem czego spojenie bezpośrednie powiodło się jedynie w tym jednym punkcie, na dole, na przestrzeni 3 milimetrów. Zdawało się, że operacyja się nie powiodła; ale powoli, stopniowo od owego punktu sklejenia poczęło się zbliżenie i zrośnięcie brzegów, które nareszcie najzupełniej z sobą się połączyły i zrosły na całej prawie przestrzeni okrwawienia, tak, że pozostał niezrośnięty bardzo mały otvorek między górnym brzegiem wargi i wyrostkiem zębo-dolowym. Nie pierwszy to raz widzieliśmy przy operacyjach plastycznych, że dość bywa, aby brzegi rany spoiły się pierwotnie w jednym punkcie, na małej przestrzeni, aby to spojenie następnie przeszło i na całą ranę. Pod wpływem zrośnięcia brzegów wargi, szczelina (*incisura*) w wyrostku zębo-dolowym stopniowo tak się zacięśniła, że po roku pozostała li-tylko mała szpara. Nie my jedni uważaliśmy, jaki zbawienny wpływ wywiera zrośnięcie się wargi na zmniejszenie rozszczepienia podniebienia twardego.

2. Podobnyż przypadek wargi zajączej z lewej strony, z rozdzieleniem wyrostka zębowego, obserwowaliśmy u dziecięcia starozakonnego. Dziecko było doroślejsze. Kość między-szczękowa wystawała daleko więcej. Bojąc się niepowodzenia operacyi, w skutek mocnego nateżenia płatów, i nie chcąc robić dużych nacięć, postanowiłem dokonać operacyi w dwóch posiedzeniach. W tym celu okrwawiłem lewą stronę wargi i odpowiednią część skóry, pokrywającej wystającą kość międzyszczękową i następnie połączyłem je szwami metalicznymi węzełkowatemi i skręconemi. Zejście tej operacyi nie jest mi znane, gdyż rodzice z dzieckiem musieli zaraz odjechać do Poti, gdzie lekarz miejski miał dokonać operacyi.

3. Dwa przypadki wargi zajączej z rozszczepieniem wyrostka zębo-dolowego i części podniebienia twardego.

4. Trzy zwyczajne wargi zające na lewej stronie, z których jeden przypadek u górala Tuszyńca, 5 lat mającego. Dwa przypadki podobnej wargi zajączej z prawej strony.



Zważywszy, że w ciągu ostatnich 19-stu lat operowałem zaledwo 26 przypadków i to nie tylko w Tyflisie, gdzie operuję w szpitalu wojskowym, w lecznicy dla chorych przychodzących, u chorych prywatnych i 7 lat operowałem w szpitalu miejskim, ale i w corocznych prawie moich podróżach po Kaukazie, dochodzę do wniosku, że wrodzona ta wada ustrojowa ust nie należy do częstych niedokształceń na Kaukazie. Czy którakolwiek narodowość dostarcza szczególnie obfitego materiału, twierdzić nie mogę, z powodu małej ilości danych. Z temi wadami ustrojowemi tak się zdarza, jak i z innymi cierpieniami, t. j. że w przeciągu kilku lat nie widzi się ani jednego chorego, gdy zaś nagle od razu jeden po drugim kilka przypadków daje się spostrzegać.

B. Do liczby nabytych *nie dokształceń i nieforemności* jakie leczyłem, należy nieforemna blizna wargi dolnej, pozostała po uderzeniu, w skutek czego warga była pośrodku pionowo, na przestrzeni kilku centymetrów, na dwoje rozdzielona. Okrwawiwszy brzegi zszyłem je z dobrym skutkiem.

O nowotworach warg i operacjach, jakie dla ich usunięcia wykonałem zrobię wzmiankę później, mówiąc o operacjach plastycznych.

C. Z liczby chorób dziąseł i brzegu zębo-dolowego wspomniemy o tak zwanych *epulis*. Mieliliśmy 5 podobnych przypadków, z których 3 były włókniakami. U dwóch chorych, żołnierzy, nie przechodziły one objętości laskowego orzecha; u Ormijanki zaś podeszłego wieku *epulis*, powstały na lewej stronie szczęki dolnej, po stronie przedniej, odpowiednio zębom trzonowym, przewyższał wielkością duży orzech włoski. We wszystkich tych trzech przypadkach użyliśmy nożyce zwyczajnych lub też *Listo'n'a*. Ciekawsze były inne dwa przypadki. Ormijanka, panna 16—17 lat, z miasta Gory, nieodpowiednio co do lat rozwinięta, miała na tylnej powierzchni szczęki dolnej, po za siekaczami, guz, formy grzyba, siedzący na dość wąskiej szypule. Guz ten, objętości orzecha włoskiego, był miękki, krwawiący, i przeciskał się między zębami, które się chwiały, słabo trzymały i były naprzód pochylone. Odciawszy tę narośl grzybowatą, pozostałą ranę krwawiącą przypaliłem. Mocnym roztworem półtorochlorku żelaza; nazajutrz powtórzyłem przypalenie; Narośl się nie odrodziła. Podobnyż drugi przypadek operowałem również u Ormijanki w tenże sposób, i również pomyślnie.

O chorobach szczęki dolnej i operacjach przy nich robionych podam później.

D. Nieraz spotykaliśmy chorych z zapaleniem podniebienia twardego i miękkiego, które wymagało przecięcia ropni ztąd powstałych. Widzieliśmy kilka przypadków zgorzeli kości podniebienia, czy to w skutek przymiotu, czy też żołądów. Po usunięciu niewielkich martwiaków, pozostałe przetoki same przez się zablizniały się. Nie mieliśmy ani jednego przypadku, wymagającego operacji plastycznej. Podobnego przyrośnięcia podniebienia miękkiego do tylnej powierzchni gardzieli, jakśmy to opisali w Nr. 12 i 15, T. XI. Gaz. Lek. — w ciągu ostatniego czasu nie mieliśmy.

Polipy miękkie na podniebieniu widziałem u dwóch chorych oddzieliłem je w obu razach szczypczykami. Były to narośle, siedzące na cienkich szypułkach na łuku podniebieniowym przednim prawym; objętością swoją dorównywały one orzechom laskowym.



E. Co do wad wrodzonych języka, to najczęściej spotykałem nieprawidłowe rozwinięcie się jego wędzidełka (*frenulum linguae*), które wymagało podcięcia lub rozerwania 32 razy (LXVII), u dzieci 1 — 12 lat życia mających. W ostatnich latach zamiast przecinania nożycami rozrywam wędzidełko. W tym celu dość jest, wprowadziwszy palec wskazujący pod język, mocniej nacisnąć na nieprawidłowo wykształcone wędzidełko, które natychmiast się rozrywa; dziecko przytem daleko mniej krzyczy, krwotok bywa mały, a czasami i zupełnie go nie ma, gdy tymczasem, wiadome są przypadki, przy których, po rozcięciu nożycami, dzieci podlegały mocnym krwotokom. Najczęściej nieprawidłowe ssanie noworodków, a później jąkanie się, lub zła wymowa dzieci, zmuszają rodziców do udawania się po tę operację do chirurga. Nie zauważyliśmy jednakże, aby płęć i narodowość wpływały na większą lub mniejszą ilość zgłaszających się do nas z podobną prośbą, sprawdzaliśmy jednakże nieraz pewne usposobienie dziedziczne. Tak naprzykład, operowaliśmy krótkie wędzidełka języka u dzieci dwóch rodzonych siostr. Wada ta spotyka się daleko częściej niż warga zajęcza.

Co do narośli, to a) raz widzieliśmy *papillomat* na samym końcu języka siedzący; oddzielił go, podwiązawszy ligaturą; b) r a k o w a t e z w y r o d n i e n i e j ę z y k a obserwowałem w ciągu 25-letniego pobytu w Tyflisie tylko u jednego chorego, Guryjca, generała, ojca dziecka mającego zajęczą wargę, opisaną wyżej pod 4. Chory 70 lat, miał, szczególnie z prawej strony, mocno zaostrome i starte zęby, a także cokolwiek pochylone do jamy ustnej, w czasie jedzenia lub przy rozmowie, ostrym końcem drażniły one i nawet raniły prawy brzeg języka, od czego czasami powstawał mały krwotok. Ranka z początku zagajała się, ale później zamieniła się na owrzodzenie powierzchowne, płaskie, bez stwardnienia brzegów. Stopniowo wrzód ów przybrał wszystkie cechy wrzodu rakowatego (*epithelioma*), a rozrastając się zniszczył całą prawą połowę języka, aż do jego podstawy i nagłośni (*epiglottis*). Do tego dołączyło się obrzmienie gruczołów limfatycznych, po środku i po prawej stronie szyi położonych. Często pojawiająca się zgorzel dna wrzodu przyczyniła się głównie do jego powiększenia się, przyczem po odpadnięciu strupów powstawał 3 lub 4 razy krwotok, nie zawsze łatwy do zatamowania. Chory pod żadnym pozorem nie chciał się zgodzić na wycięcie. Z początku parę razy wypaliłem dno wrzodu małym rozpalonym żelazem, wyciągnąwszy mocno język naprzód z jamy ustnej, wkrótce jednak chory umarł z wyniszczenia, do czego przyczyniła się i biegunka.

C. Również raz, w ciągu przeszło 30-stu lat na Kaukazie, widziałem n a c z y n i a k j a m i s t y (*angioma cavernosum*) języka, u 18-letniego młodziana, przybyłego z Kutaisu do Tyflisu, w celu poradzenia się co do swojego języka. Cała lewa połowa języka, poczynając od wierzchołka aż do podstawy, była zmienioną; części zmiany te zaczęły przechodzić i na stronę prawą. Lewa połowa była grubsza, większa, wystawała po nad prawą, barwa jej była fioletowa, niejednostajna, miejscami więcej nateżona; powierzchnia języka nierówna, pagórkowata, miejsca wynioślejsze bardziej pagórkowate. Naczynia tkanki słuzowej i podskórnej rozszerzone, zygzakowate. Ścisnąc między palcami, guz ten można było zmniejszyć bardzo znacznie. Mowa chorego utrudniona, niewyraźna, z powodu utrudnionych ruchów języka. Chory czuje, że ma dużo w ustach śliny i opowiada, że już w dzieciństwie zauważono mały guz sinawy bliżej wierzchołka języka,



który stopniowo powoli się rozwinął. Postanowiłem spróbować obliteracji rozszerzonych naczyń, zastrzykując do mięszu naczyńniaka, począwszy od obwodu, rozczyn ergotyny. W tym celu, ujawszy część guza za pomocą cążek Desmarrera'sa, odgraniczałem pewną część guza i do niej zastrzykiwałem rozczyn ergotyny, poczynając od 10 do 30 kropli, (*Rp. Ergotini drach. unam. glycerini puri, spir. vini aa ʒj*), przyczem chory skarżył się na silne bóle klujące w lewym uchu, chwil kilka trwające. Przy zastrzyknięciu większej ilości kropli, ból bywał tak silny, że chory dostawał mdłości. Po kilku zastrzyknięciach zauważyłem, że guz w tem miejscu, gdzie były robione zastrzykiwania, zmniejszał się, a i chory sam zauważył, że w jamie ustnej więcej było pustego miejsca, i że ruchy języka stały się swobodniejsze. Polecilem choremu i w domu dalej stosować ten sposób leczenia, ale czy usłuchał — nie wiem.

F. Migdałki. Wycięcia migdałów dokonałem w oznaczonym czasie 33 razy u 25 osób (XCI u 60 chorych). Z tych u 25 osób powiększony migdałek znajdował się z prawej strony — u 9-ciu, z lewej u 6-ciu osoba z obu stron. Nieraz robiłem tę operację u kilku osób tejże samej rodziny, tak męskiej jak i żeńskiej płci. Główną przyczynę rozrostu migdałków stanowi często powtarzające się ich zapalenie, w skutek zaziębienia, u osób zołzowatych, anemicznych i na przymiot nabyty lub dziedziczny cierpiących. Mieliśmy taki przypadek, że z jednej strony dokonałem wycięcia migdału, a z drugiej otworzyłem ropień migdałka. Do operacji tej zwykle posługuję się narzędziem Fahnestock'a. Po dokonanej operacji zalecam stale płukanie gardła mieszaniną wody zimnej i hemostatycznej Nelubina, z dodatkiem kilku kropli rozczynu półtorochlorku żelaza. Dotychczas nie miałem ani jednego przypadku niepomyślnego. Pomimo łatwości wykonania tej operacji, może ona przynieść chirurgowi niemało przykrości, jeżeli jesteśmy zmuszeni operować dzieci rozpieszczone, bojaźliwe. Nigdy nie chloroformowałem przy tej operacji, bojąc się wylania krwi do krtani, ale w jednym przypadku, u dziecka 3 lata mającego, gdy niepodobna było operować pomimo naglącej potrzeby, zdecydowałem się na lekkie niezupełne uspienie. Doświadczenie powiodło się, operacja była zrobiona jaknajdokładniej. Nieraz otwieraliśmy ropnie migdałków.

G. Narządy dodatkowe jamy ustnej. Gruczoły ślinne. a) Tu należą żabki (*ranulae*). Do ośmiu przypadków, podanych w pierwszym sprawozdaniu, należy dołączyć nowych sześć (XIV). Tak te jak i tamte zależały od rozszerzenia przewodu gruczołu podjęzykowego. Przypadki te, jak i dawniej, operowałem w ten sposób, że odcinałem górną ściankę torbieli, do jamy ustnej skierowaną i smarowałem wewnętrzną powierzchnię torbieli mocną nalewką jodową. Wszystkie te operacje, wyjąwszy jednej, powiodły się jaknajlepiej. Tym więc sposobem u 5-ciu chorych operowałem sześć razy. U jednej chorej próbowałem najpierw nakłuć żabkę, a potem zastosowałem zawłokę, operacje te jednak pozostały bez skutku, i zostawiły po sobie niekształtne blizny górnej ścianki torbieli. Podobnyż skutek widziałem u chorego, w tenże sposób operowanego przez innego chirurga i u Gruzyjanki, panny, która sądząc, że ma ropień pod językiem, sama od czasu do czasu igłą przekłuwała sobie żabkę, i wypuszczała ciecz. W skutek podobnych nakłuć, potworzyły się w rozmaitych miejscach na górnej ściance torbieli wystające blizny, co widząc chora, poddała się opera-



ty, którą wykonałem z dobrym skutkiem. Pomyślne zejście po tej operacji zależy od tego, aby koniecznie wszystkie zagłębienia i zakłębłości należycie były posmarowane mocną nalewką jodową, tem bardziej, że żabka tem się odznacza, że jama torbieli podzieloną jest na wiele oddzielnych, mniejszych jam z sobą się łączących, zależnych od wdrażenia się torebki, pomiędzy mięśnie języka. Zawartość żabki zwykle bywa barwy żółtawej z lekkim odcieniem zielonawym; parę razy widziałem, że ciecz wypływająca była mocno-zieloną. W ostatnich latach żabki należą do rzadkich chorób, jakoż od roku 1875 — 1879 widziałem i operowałem ją tylko raz jeden. Częściej spotykałem ją u kobiet.

b) Kamienie i złoży ślinne (*calculi salivales, sialithi*) w ciągu przeszło 30-stu lat, obserwowałem tylko cztery razy: u trzech kobiet (2 Gruzinki, 1 Rossyjanka) i u jednego żołnierza (Żmudzina). Trzy kamyki rozwinęły się w przewodzie lewego gruczołu podszczękowego, jeden zaś w przewodzie gruczołu podjęzykowego. W tym ostatnim razie była to kobieta, cierpiąca na merkuryjalizm jamy ustnej, skutkiem którego zapewne otwór wejścia przewodu zarosł i tem przyczynił się do uformowania kamienia, który zostawał tam przez 7 lat, i narazie przy objawach zapalnych przedziurawił przewód, z kąd był wyjęty przez kolegę S. i demonstrowany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego. Aczkolwiek kamień objętością swą nie przewyższał małej fasoli, był jednak największym ze wszystkich przezemnie widzianych, bo ważył 0,483 gr. Forma jego była podłużna, powierzchnia gładka, płaszczyzna świeżego rozcięcia barwy białej; sam kamień był złożony z wielu warstw, otaczających jądro. Po zostały po spaleniu i zwęgleniu części kamienia białe proszki, reagował słabo alkalicznie, rozpuszczał się zupełnie w słabym kwasie solnym, nie wydzielając przy tem kwasu węglanego. Druga część kamienia była traktowana wiadomym sposobem kwasem azotnym, a pozostałość zbadana na kwas moczowy, którego jednak nie wykryto.

Rozbiór chemiczny wykrył następujące części składowe tego kamienia:

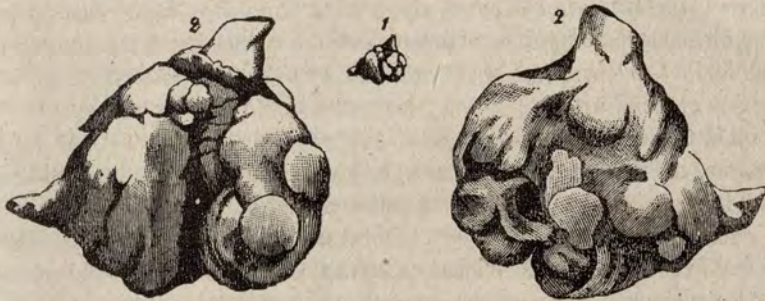
|                     |         |
|---------------------|---------|
| Części organicznych | 18,94.  |
| Wapna . . . . .     | 40,27.  |
| Kwasu fosforowego . | 38,67.  |
| Fosforanów sodu .   | 2,12.   |
|                     | <hr/>   |
|                     | 100,00. |

Skład ten kamienia odznacza się brakiem węglanów wapnia i obecnością fosforanów sodu. Rozbiór ten zawdzięczamy P. magistrowi chemii Henrykowi S t r u v e.

Osobiście poraz pierwszy obserwowałem przypadek kamienia ślinnego u Gruzinki, stanu średniego, blisko 60 lat mającej, wyniszczonej, chudej. Chora od dawna już cierpi na próchnienie zębów. W 1873 r. zauważyła pod lewym kątem szczęki dolnej obrzmiałość bolesną, wystającą głównie tuż obok lewego brzegu podstawy (*basis*) języka, na równi z tylnym zębem trzonowym. Wkrótce potem ślinienie stało się nadzwyczaj obfitem, przyczem ślina czasami była zmieszana z ropą. Mowa i połykanie utrudnione. Badając chorą poraz pierwszy zauważyłem obrzmiałość lewego gruczołu podszczękowego, w jamie zaś ustnej dało się widzieć podłużną obrzmiałość w postaci wałka, poczynającego się od



ostatniego dolnego zęba trzonowego i kierującego się do wędzidelka języka (*fre-nulum linguae*). W kilka dni potem widząc chorą, pośrodku owej podłużnej wyniosłości wyczułem palcem ostry, wystający koniec kamienia. Rozszerzywszy otwór, wyjąłem przez podważenie kamyk, objętości małego grochu, białawy, postaci mniej więcej ostrosłupa. Powierzchnia jego nie była gładka, ale przypominała owoc morwy, co świadczyło, że osady różnocześnie się tworzyły; na jednej zaś jego powierzchni istniał rowek, powstały skutkiem tego, że kamyk w czasie przejścia przez przewód, przez pewien czas był uciśnięty. Wystający koniec kamienia mocno drażnił brzeg języka, którego żyły po lewej stronie były rozszerzone i potworzyły się *varices capillares*. Chora skarżyła się na bóle w lewej stronie języka. Kamień ten był zbadany przez magistra farmacyi E h r e n'a, i oto te wyniki: Waga kamienia 0,1414; w przybliżeniu zawiera on na 100 części: węglanu wapnia 79,6; fosforanów wapnia 8,3; fosforanów magnezyi 6,7; moczanów wapnia (?) 3,4; części organicznych 2,0. Dołączam rysunek naturalnej<sup>1)</sup> i powiększonej (2.) obję-



tości kamienia. Przypadek ten jest bardzo ciekawy z powodu składu chemicznego kamienia, a mianowicie obecności w nim moczanów wapnia. U G o r u p-B e s a n e z a<sup>1)</sup> znajdujemy wzmiankę, że do stałych części składowych śliny należy mocznik (R i c a r d, R a b u t e a u); podług zaś G o b l e y'a i P o i s s e u i l l e'a jest on stałą częścią składową śliny gruczołu przyusznego, zaś nie bywa go w innych gruczołach. O kwasie moczowym u żadnego z tych autorów niema wzmianki. Opatrując lazaret w Łagodechach znalazłem żołnierza Żmudzina, 27 lat mającego, u którego przewód gruczołu podszczękowego był przebity, na wysokości ostatniego zęba trzonowego lewego, przez kamień ślinny, objętości orzecha laskowego. Wyjąłem go, rozszerzywszy przewód. Chory powiada, że już po raz drugi formuje się tu podobny kamień. Chemiczna analiza tego kamienia nie była zrobiona. Gruzinka, Ks. M., od kilku lat zauważyła, że lewy gruczoł podszczękowy od czasu do czasu nabrzmiewa, staje się bolesny, co trwa dni kilka, a czasami i dłużej; poczem bóle te same przez się ustają. W początku r. 1879 chora uczuła ból kolący pod językiem i wyczuła w tem miejscu palcem coś twardego, ostrego. Za lekkim pociśnięciem sama wyjęła kamień, co do objętości i formy podobny do pierwszego, również u Gruzinki widzianego. Kamień ten,

1) Lehrbuch der physiologischen Chemie. Wyd. 4. pag. 464.



o barwie słabo-żółtej, powierzchni chropawej, ważył 0.053 gr. analiza zaś chemiczna pokazała, że rozpuszczał się w kwasie solnym z wydzieleniem kwasu węglanego, przyczem pozostało niewiele nierozpuszczalnych części organicznych; tak więc kamień był złożony z części organicznych, kwasu węglanego, fosfornego (*ac. phosphoricum*), wapna, śladów magnezyi (H. S t r u v e). Oprócz tych trzech przypadków, D-r G o r a l e w i c z demonstrował raz jeden na posiedzeniu Cesarzkiego Towarzystwa Lekarskiego Kaukaskiego podobny kamień ślinny, wyjęty z przewodu gruczołu podjęzykowego lewego. Tym więc sposobem z 4 przypadków 3 razy złoży ślinne znajdowały się w przewodzie lewego gruczołu podszczękowego, a raz w lewym gruczole podjęzykowym. Czy istnieją jakie powody szczególniejsze, dla których widzieliśmy kamienie ślinne tylko po stronie lewej, czy też był to tylko traf?

W „Rysie chirurgii teoretycznej“ D-ra H e i t z m a n n'a znajdujemy tylko krótką wzmiankę: że kamienie ślinne są rzadkie i po większej części składają się z węglanów i fosforanów wapnia. Prof. E m m e r t <sup>1)</sup> nie podaje chemicznego składu złożeń, znajdujących w przewodzie S t e n o n'a. Co się zaś tyczy podobnych kamieni, znajdujących w przewodzie gruczołu podszczękowego, to prof. E m m e r t przytacza analizę D e m o r e y'a, który wykazał na 100 części: fosforanów wapnia 66,70, węglanów wapnia 11,30, materij organicznych 20,00, obok śladów magnezyi, tlenu żelaza, chlorku sodu, siarczanu sodu i siarkocyjanku sodu. N e l a t o n mówi głównie o złożeń ślinnych przewodu S t e n o n'a, ale nie podaje ich składu chemicznego <sup>2)</sup>. V i d a l d e C à s s i s <sup>3)</sup> także nie podaje szczegółowego składu chemicznego kamieni ślinnych. V i r c h o w <sup>4)</sup> mówi, że składają się one głównie z soli ziemnych, szczególnie wapiennych. Wydzielina gruczołów ślinnych podszczękowych jest albuminatem ziemnym, który, rozkładając się, tworzy złoży soli ziemnych (R i n d f l e i s c h). Co się tyczy powstania tych kamieni, to początek ich nie dość jest jeszcze wyjaśniony (F ö r s t e r <sup>5)</sup>). Czasami są one zależne od osadów w około ciał obcych z jamy ust do przewodów ślinnych przenikających, częściej jednak skrzepy śluzu i produkty nieżyłowego zapalenia przewodów stanowią podstawę dla ich rozwoju. Być może, że strącenie to soli może pochodzić ztąd, że śluz więcej zawiera soli niż może ich rozpuścić jak to bywa z moczem, zresztą mogą istnieć i inne jakieś warunki, właściwe gruczolom podszczękowym, gdzie złoży ślinne częściej się napotykają. W patologii ogólnej S a m u e l'a <sup>6)</sup> znajdujemy, że M a n s i W a l d e y e r wykazali obecność gęstych kupek bakterij, jako organiczną podstawę kamieni ślinnych. W patologii ogólnej W a g n e r'a - H a r t m a n'n'a (tłum. Łuczkiwicza), pag. 74, znajdujemy trzy następne analizy chemiczne kamieni ślinnych:

- 
- 1) Wykład chirurgii szczegółowej. T. I. pag. 344. 395.
  - 2) Elements de pathologie chirurgie. T. I. pag. 715.
  - 3) Traité de Pathol. ext. T. IV. pag. 77.
  - 4) Die krankhaft. Geschw. T. I. pag. 277.
  - 5) Handbuch der speciel. Pathologie.
  - 6) Rukowodstwo K'obszezej Patologii. pag. 551.



- |  |   |
|--|---|
| <p>1) Analiza v. B i b r a :<br/>                 węglanu wapnia . . . . . 13,9.<br/>                 fosforanu wapnia . . . . . 38,2.<br/>                 „ magnezyi . . . . . 5,1.<br/>                 istoty zwierzęcej i w wo-<br/>                 dzie rozpuszczalnej . 38, 1.<br/>                 wody . . . . . 6, 3.</p> | <p>2) Badania L e c a n'a wykazały:<br/>                 węglanu wapnia ziemnego 20,<br/>                 fosforanu wapnia . . . . . 75,<br/>                 materji zwierzęcej . . . . . 5.</p> |
| <p>3) Podobnie obliczył G r a s s i :<br/>                 węglanu wapnia . . . . . 15.<br/>                 fosforanów wapnia . . . . . 80.<br/>                 materji zwierzęcej . . . . . 5.</p>  |   |

H e n r i c h spotkał kamień złożony, głównie z fosforanu wapnia. W u r z e r wykrył w jednym kamieniu gruczołu podszczękowego ślady żelaza i manganu.

Kamienie ślinne, spotykane u osłów i koni, zawierają w sobie nierównie więcej węglanów wapnia (80—90%), aniżeli fosforanów (4—4%). Co się tyczy miejsca powstawania kamieni, to zdaniem B r u n s'a <sup>1)</sup> mogą one powstawać już to w samym gruczole, już w jego przewodzie. W naszym trzecim przypadku poczęło się od tego, że gruczoł podszczękowy od czasu do czasu obrzmiewał, i wtedy stawał się bolesnym, co trwało przez kilka lat. Potem odrazu zauważono kamień w przewodzie, z kąd po kilku dniach przez samą chorą był wyjęty. Gładkość powierzchni przemawia za tem, że kamień powstał w przewodzie; ziarnistość zaś i chropowatość—za pochodzeniem gruczolowem. Zdaniem O. W e b e r'a, kamienie te częściej spotykają się u mężczyzn, my zaś częściej widzieliśmy u kobiet <sup>2)</sup>. W buletynach Towarzystwa chirurgicznego paryzkiego znajdujemy opisy oddzielnych przypadków kamieni ślinnych. (C. d. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 70. Lang. O Leczeniu łuszczycy (psoriasis).

*Ueber Behandlung der Psoriasis von Prof. Eduard Lang in Innsbruck.  
 Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph. 1880. 4 Heft.*

Dwa lata mija, jak profesor L a n g, badając łuski łuszczycowe pod drobno-  
 widzem, znalazł w pośród nich grzybek, któremu dał miano *epidermidophyton* i od  
 tego czasu uważa łuszczycę jako chorobę zawisłą od pasorzytów. Utrzymuje on  
 bowiem, iż zarodki tych grzybków, obficie zawieszane w powietrzu, spadając  
 częstokroć na skórę, zatrzymują się w okolicach mniej gładkich, zlekka pofałdo-  
 wanych i pokrytych znaczną ilością drobniotklich łuszczyk naskórka (co spotyka-  
 my zazwyczaj na skórze powierzchni wyprostnych stawu łokciowego i kolanowe-  
 go, grzbietu, piszczeli i czaszki pokrytej włosami). Tysiące owych grzybków,  
 w powyższych warunkach, przepada bez wywołania jakichkolwiek zmian miej-  
 scowych, lecz jeżeli jeden ze szczęśliwych zarodników znajdzie odpowiednią dla

<sup>1)</sup> B r u n s. Handbuch d. prakt. Chir. I. Bd. pag. 997.

<sup>2)</sup> Handbuch der allgem. u. spec. Chir. von P i t h, u. B i l l r o t h. Bd. II. 1 Abth. pag. 313.



swego rozwoju glebę, wówczas występują zmiany, właściwe łuszczycy, a przede wszystkim łukowate odgraniczenie danego miejsca rozwoju grzybka od zdrowej, sąsiedniej skóry. Na tem polega, według autora, przyczyna, dlaczego łuszczycy najczęściej powstaje na skórze kolan, piszczeli, łokci i głowy pokrytej włosami.

Z tą teorią w ręku, L a n g stawia pytanie, dotyczące leczenia łuszczycy, a mianowicie, na jak długo przy danem leczeniu choroby, zabezpieczamy chorego od jej powrotu. W odpowiedzi znajdujemy: iż zupełne lub przynajmniej długotrwałe wyleczenie polega nie na zastosowaniu jednego z środków przeciwłuszczycowych (którym autor nie odmawia skuteczności), lecz na metodycznym leczeniu przeciwparazytowym, konsenkwentnie przeprowadzonym. Przytoczona metoda zasadza się na stosowaniu ciepłych kąpieli prostych, lub też z wątrobą siarczaną, w których chory starannie usuwa łuski nacieraniem szarego mydła. Po skończonej kąpieli smarujemy skórę, zajęta sprawą chorobową, 2% maścią karbolową, a następnie stosujemy koce, lub obwijamy chorego flanelowymi kołdrami. W przypadkach, gdzie łuszczycy upiera się powyższemu leczeniu, autor pomaga sobie powszechnie używanym kwasem chryzofanowym, pyrogallusowym lub też rupigallusowym i znowu powraca do swej metody. W celu odpowiedniego krytycznego sądu o wartości danego sposobu, L a n g podaje za konieczny warunek leczenie długotrwałe, t. j. aż do zniknięcia objawów łuszczycy, i następne, w pewnych odstępach czasu badanie chorego, a to dla przeświadczenia się o stanie choroby. Wyniki podanych 9-ciu doświadczeń są następujące: po powyższym leczeniu w 4-rech przypadkach nie spostrzegano powrotu choroby zupełnie, pomimo czynionych obserwacji przez czas od 1½ do 5 lat; w jednym przypadku wystąpiła recydywa po 1 roku; w dwóch nieco później niż po 3 latach; a rezultat dwóch spostrzeżeń jeszcze dotychczas niewiadomy. Tylko na tej drodze lecząc, możemy, według autora, uważać łuszczycę jako chorobę uleczalną. T. Anders.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

**Posiedzenie kliniczne d. 15 Marca.** N u s s b a u m odczytał sprawozdanie z pracy inauguralnej D-ra Chrostowskiego: „O działaniu wodnika bromalowego na krążenie krwi“, przedstawionej jako kwalifikację na członka czynnego Towarzystwa. Sprawozdawca popiera kandydaturę. L e b i e d z i ń s k i odczytał sprawozdanie delegacji, wyznaczonej do rewizji rachunków kassy Towarzystwa za rok 1880.

**Posiedzenie bijologiczne d. 29 Marca.** K r a m s z t y k J u l i j a n odczytał pracę: „O nowych środkach sztucznego karmienia niemowląt“, z której treścią zapoznają się Czytelnicy w jednym z najbliższych numerów. B o g u s k i obznał Towarzystwo z wynikami poszukiwań, jakie czynił nad wpływem ciepłoty na przebieg reakcyi między kwasem solnym i węglanem wapniowym.

**Posiedzenie kliniczne d. 5 Kwietnia.** H o y e r przedstawia na członka-korrespondenta Towarzystwa D-ra Domańskiego z Krakowa, który jako kwalifikację przedstawił pracę swą „Wykład elektroterapii“ i „O kile układu nerwowego“, kandydaturę poparł: Szokalski i Gajkiewicz. J a s i ń s k i odczytał pracę „O róży zbawiennej“ (drukowaną w N-rze 18-tym naszego pisma). Z dyskusyi, jaką ta praca wywołała, pokazało się, że leczniczy wpływ róży, jaki Jasiński widział dla limfadenomatów, Stankiewicz Wład. obserwował dla gruczołów limfatycznych oddawna ropniejących, a Klink dla zapaleń przewlekłych, natury syfilitycznej.

D u n i n odczytał pracę „O rzadkim sposobie następowania śmierci w przebiegu suchot płucnych“, która będzie *in extenso* drukowaną w łamach naszego pisma.

D o b i e s z e w s k i odczytał pochlebne sprawozdanie z prac D-ra Friedmann'a z Vöslau, który jako kwalifikację na członka korespondenta nadesłał trzy prace: 1) Vöslau et ses sources thermales 2) Die Hydrotherapie bei Geisteskrankheiten i 3) Ueber Einwirkung thermischer Reize auf Sensibilität bei der Körperhällen.

P r z y s t a ń s k i odczytał sprawozdanie z pracy D-ra Radziszewskiego, nadesłanej jako kwalifikację na członka czynnego Towarzystwa, a zatytułowanej: „O szczepieniu krowianki osobom, które w dzieciństwie miały ospę naturalną.“ Sprawozdawca polecił kandydaturę R.



Lubelski odczytał sprawozdanie z następujących prac D-ra Drouineau z Roszelli, przysłanych jako kwalifikacja na członka-korrespondenta: 1) Notice sur l'importance de l'hygiène scolaire. 2) Observation d'anévrisme de l'artère poplitée. 3) Des bains, projet et plans. 4) De l'observation météorologique au point de vue de l'étude du climat en France. 5) Examen de la lithotritie périnéale. 6) Contribution à l'histoire des ruptures artérielles et des anévrismes diffus. 7) De l'institution des régistres de vaccinations.

## WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— Na ostatniem posiedzeniu bijologicznem z d. 26 Kwietnia D-r Stankiewicz z Henryk miał odczyt o obecnym stanie prostytucyi w Warszawie, który ściągął tak znaczną liczbę słuchaczy, jak dawno już w Towarzystwie nie pamiętamy. I niema w tem nic dziwnego, bo kiedy zagranicą kwestyja prostytucyi poruszana bywa niejednokrotnie w tak wyczerpujący i ściśle naukowy sposób, u nas dotychczas w tym przedmiecie prawie nie pisano i nie pracowano. Sądziłszy więc, że po raz pierwszy nasze urządzenia prostytucyjne spotkają się z wyczerpującą i naukową krytyką, że dowiemy się o ile one odpowiadają obecnym potrzebom i stanowi nauki o chorobach wenerycznych. Niestety, oczekiwania nasze zostały w zupełności zawiedzione. Odczyt D-ra Stankiewicza był krytyką poliecyi i nic więcej; autor nie zadał sobie ani na chwilę pytania, czy istniejące urządzenia są dobre czy złe, co należałoby zrobić dla ich poprawy i co gdzieindziej na tym polu zrobiono, i ograniczył się tylko na wykazaniu, że istnieje kilka domów publicznych tam, gdzie według prawa istnieć nie powinny, oraz że kobiety publiczne uchylają się od rewizyi. Większa część odczytu przepełniona była dawno znanymi i zupełnie nieinteresującymi anegdotkami o życiu prostytutek. Podczas czytania z wielu stron dawały się słyszeć protestacje przeciwko takiej profanacyi i lekceważeniu katedry Towarzystwa, a przewodniczący wiceprezes bardzo słusznie postąpił, robiąc uwagę, że praca ta w Pamiętniku Towarzystwa miejsca znaleźć nie powinna.

### Wystawa przyrodniczo lekarska w Krakowie.

W myśl uchwały Wydziału Gospodarczego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich równocześnie ze Zjazdem ma mieć miejsce wystawa przedmiotów, mających styczność ze sztuką lekarską i naukami przyrodniczymi.

Celem wystawy jest przedstawić zebranych lekarzom i przyrodnikom ruch naukowy na polu badań z prac umiędzynarodowionych, środki naukowe pomocnicze, w najnowszych czasach używane, tudzież co w gałęziach przemysłu i rękodziel, najbliższych im dotyczących, wyrabia się w kraju, a zatem nie potrzebuje być sprowadzane z zagranicy, jakie są tych wyrobów zalety lub niedostatki i czego zgoła brakuje.

Przedmioty, kwalifikujące się do wzmiankowanej wystawy, są następującego rodzaju:

I. Wystawa prac badawczych w okazach z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technologii, dla wykazania ruchu naukowego, jaki się objawił w kraju naszym w ostatnich latach. (Dział wyłączony od ubiegania się o nagrody).

II. Środki naukowe pomocnicze, rzadkie lub pouczające okazy flory, fauny, rozmaitych pokładów, skamielin, zwłaszcza cechujących fizyografję krajową, antropologję i etnologję krajową, wyroby anatomiczne i anatomopatologiczne sztucznie przechowywane, zbiory preparatów drobnowidzowych, okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materiałów (np. z masy papierowej, wosku, gipsu i t. p., a także rzeźbione, galwanoplastyczne i t. d.). Nakoniec należą tu okazy lub modele z zakresu techniki naukowej różnych gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higieny i technologii.

III. Diagrammy, kartogrammy i mapy z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej i zdrojowej, plany szkół, łazienek, rzeźni, szpitalów, rozmaitych zakładów dobroczynnych, higienicznych urządzeń w fabrykach i pracowniach rękodzielniczych. Drzeworyty, litografje czarne i barwiste, sztychy, fotografje i inne sposoby odwzorowywania rysunkiem przedmiotów, mających związek z naukami lekarskimi i przyrodniczymi. Dzieła ilustrowane i nieilustrowane polskie z dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich, w ostatnich 12 latach wydane.

IV. Przetwory chemiczne i okazy wyrobów chemiczno-technologicznych, o ile mają związek z naukami przyrodniczo-lekarskimi i rozwojem tej gałęzi przemysłu fabrycznego krajowego.



V. Okazy leków surowych krajowych i przetwory farmaceutyczne; wyroby aptekarskie fabryczne różnego rodzaju, jako to : czekolady lekarskie, kołaczyki i t. p. wyroby wchodzące w zakres tak zwanej „*Pharmacopoea elegans*“ i przemysłu aptekarskiego. Kosmetyki wyrabiane na większe rozmiary, o ile skład ich znany jest ciałom lekarskim i urzędowi zdrowia; wreszcie wyroby przemysłu zdrowego, wody mineralne polskie, ługi, sole i inne przetwory z takowych wyrabiane.

VI. Okazy pokarmów i napojów w stanie świeżym. Porównawcze zestawienie ich sfalszowania, konserwy pożywek. Środki dezynfekcyjne i odwanianiające i t. p. artykuły higieniczne, przyrządy gimnastyczne i t. p.

VII. Narzędzia i przyrządy anatomiczne, chirurgiczne, opaski, narzędzia i przyrządy okulistyczne, położnicze i semiotyczne. Sztuczne zęby, oczy i członki, przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneo-techniczne, higieniczne (sączki i t. p.), weterynaryjne, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne. Zbiory tanie podręczne okazów przyrodniczych, mogących służyć do wykładów w zakładach naukowych.

VIII. Przyrządy i materyjały, służące do pielęgnowania i opatrywania chorych i rannych, przyrządy do przenoszenia i przewożenia chorych; namioty, baraki, wagony, wozy szpitalne i rozmaite przedmioty dotyczące służby lekarskiej; wreszcie przyrządy i materyjały z zakresu ratownictwa publicznego (*sauvetage*).

IX. Niektóre inne przedmioty, które nie dały się pomieścić w powyższych działach, a mające styczność z naukami przyrodniczo-lekarskimi.

Z uwagi, że Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej nie rozporządza żadnym na ten cel funduszem, koszta przesyłek ponosić muszą właściciele przedmiotów nadsyłanych; Komitet zaś ma niepłonną nadzieję, że wydatki te wrócą się nadsyłającym przemysłowcom i rękodzielnikom w skutek zwiększonego obrotu, wynikającego zazwyczaj z wystaw przemysłowych. PP. przemysłowcy i rękodzielnicy mają nadto składać za miejsce, zajmowane przez wystawione przez nich przedmioty, opłatę, której wysokość, o ile możności najniższa, później zostanie ogłoszona.

Tylko takie przesyłki będą przyjęte na wystawę, które nadejdą do Krakowa przed dniem 10 Lipca b. r.; pożądanem jest jednak jaknajrychlejsze ich przesyłanie w celu zamieszczenia przedmiotów w katalogu wystawy. Adresować je należy *franco*: Do Komitetu wystawy przyrodniczo-lekarskiej w Sukiennicach w Krakowie.

Wszelkie zaś zgłoszenia co do przedmiotów wystawowych należy przysłać najdalej do 20 Czerwca b. r. z oznaczeniem przestrzeni zajmą się mającej, pod adresem: „Muzeum techniczno-przemysłowe w Krakowie.“

Kraków, dnia 14 Kwietnia 1881 r.

W imieniu Komitetu wystawowego,

Sekretarz: D-r *Schramm*.

Przewodniczący: D-r *Adryjan Baraniecki*.

### OD REDAKCYI.

Ponieważ składki na pomnik Mickiewicza płyną nader niesporo i sądząc z dotychczas zebranej summy, trudnoby było uczcić czemś godnem pamięć twórcy „Pana Tadeusza,“ przeto Redakcja Gazety Lekarskiej życząc poprzeć sprawę, która żywo zająćby powinna nasz ogół, uważa sobie za obowiązek zwrócić się do Szanownych Kollegów z oświadczeniem, iż chętnie przyjmuje składki na cel pomieniony, a na początek ze swej strony składa 25 rubli.

Na powyższy cel D-r H. Krasieński złożył w naszej redakcyi rs. 20.

### ODPOWIEŹ REDAKCYI.

*D-romi D. w Kolz.* Możemy Sz. Kolledze polecić dzieło Hoffmann'a, tłumaczone na język rosyjski i wydane w Kazaniu. Cena rs. 4.

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz**.

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz**.

Дозволено Цензурою. Варшава 23 Апрелья 1881 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 23