

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . .	Rs. 5 kop. —	Na Stacyach pocztowych w Królestwie:	
„ półrocznie „	2 „ 50	„ „ rocznie . . .	Rs. 6.
„ kwartalnie „	1 „ 25	„ „ półrocznie „	3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.			

TRESC. O oddechu krtaniowym Dr. Br. Chojnowski. — Postrzeżenia dotyczące nauki o mięsaku czyli sarkomacie warg sromnych. (Ciąg dalszy). Dr. L. A. Neugebauer. — K o r r e s p o n d e n c y a z Paryża Dr. Sommer. — Kronika Zagraniczna. O glikogenie. S. Portner. — Kronika psychiatryczna S. Chomętowski. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące. — Sprostowania.

## O oddechu krtaniowym (Respiratio laryngealis).

Napisał Dr. B. Chojnowski, Docent Patologii i Terapii specjalnej.

### VIII <sup>1)</sup>.

Myśl, iż stężale parechyma płucne lepiej od normalnego, powietrze zawierającego, przepuszcza dźwięki, i że ta własność stanowi ważny warunek utworzenia się krtaniowego oddechu w płucach, była wypowiedzianą najpierw przez L a e n n e c ' a, i rzec można, urodziła się razem z odkryciem samego zjawiska, t. j. krtaniowego oddechu (V). S k o d a, szukając wszędzie fizycznych podstaw dla wyjaśnienia zjawisk auskultacyjnych zwrócił uwagę na to tłumaczenie L a e n n e c ' a, i zaprzeczył mu stanowczo, a natomiast starał się uzasadnić teorię swoją współdźwięczenia. Przekonaliśmy się jednak wyżej (VI), iż teoria ta mająca półtyśk tylko złudny ścisłości fizycznej, jest w gruncie fałszywą, i to nas tém mocniej zwraca ku rozpatrzeniu krytycznemu spornej kwestyi. Rzecz sama z siebie jest nadzwyczajnie jasną i dostępną, rzec można, dla obserwacyi każdego. Któż

<sup>1)</sup> Zamieszczony tu ustęp stanowi część obszerniejszej pracy „O oddechu krtaniowym pospolicie oddechem oskrzelowym (respiratio bronchialis) nazywanym“. Autor zaczyna od określenia tego symptomu, następnie zastanawia się nad możebnością okazania się jego w płucach u ludzi zupełnie zdrowych i nad odróżnieniem od patologicznego oddechu krtaniowego (II), objaśnia to zjawisko u zdrowych (III), wylicza te stany patologiczne, w których daje się słyszeć oddech krtaniowy (IV); wykazuje możebność i nawet konieczność ruchu powietrza w przestrzeniach ten szmer wydających (V); lecz zarazem odrzuca myśl przypisywania temu ruchowi powstawania szmeru; analizuje teorię współdźwięczenia proponowaną przez S k o d e, i teorię tę potępia (VI), nakoniec w rozdziale VII, poprzedzającym ostatnie tu ogłaszające się rozdziały, zastanawia się nad teorią Winterich ' a i znajduje ją niedostateczną. Całkowita rozprawa wyjdzie wkrótce z druku; Gazeta lekarska zamieszcza ostatnie 3 rozdziały zawierające ostateczne rezultata tych poszukiwań. (Przypisek Redakcyi).

nie uważał naprzykład, iż przy nasięku gruźliczym (*infiltratio tuberculosa*) w szczycie płuc, słyszymy tam przy auskultacyi tak doskonale tony arteriae subclaviae (a może arteriae pulmonalis?), jak to nigdy nie bywało u tego człowieka przed chorobą? a więc płuco stężałe w skutek infiltracyi gruźliczój, musi z większą łatwością przepuszczać dźwięki. Podobnież, któż nie obserwował przy zapaleniu płuc, zajmującym np. zraz prawy dolny i średni, rozejście się tonów serca w stronę prawą klatki piersiowój i w tył, niekiedy do samój łopatki? Kogo nie zastanawiało, iż guzy w jamie brzusznej na aorcie spoczywające, mogą być wielkiej objętości, a pomimo to doskonale przepuszczają tony aorty wówczas, gdy cieńsza warstwa kiszki napełnionych gazem i płynną materją sprawia zmniejszenie całkowite lub częściowe mocy tych tonów? Jak tu, tak i tam warunki są jednakowe: stężałe płuco lub gaz w brzuchu przedstawiają ciała zbite, jednorodne i jako takie muszą lepiej przepuszczać dźwięki, kiedy w płucu normalnym lub w brzuchu kiszki napełnionym, dźwięki muszą przechodzić przez warstwy niejednostajne, wciąż zmiennój konsystencyi: to przez warstwę powietrzną (pęcherzyki płucne, gaz w kiszkach), to przez warstwę stałą (parenchyma płuc, ścianki kiszki), to przez warstwę płynną (chymus w kiszkach), to znowu przez warstwę powietrzną (nowe pęcherzyki płucne, gaz w następnej kiszce), i t. d. bez końca i miary. Wiadomo zaś, iż nie tak bardzo nie tamuje drogi dźwiękom, jak to przechodzenie z ciał płynnych lub gazowych do stałych i odwrotnie. Przy każdym takim przejściu utracą się niezmiernie wiele na mocy dźwięków i dla tego dochodzą one niekompletnie lub nawet wcale nie dochodzą <sup>1)</sup>. A więc nie twardość tkanek jest przyczyną lepszego przepuszczania dźwięków w pomienionych patologicznych przypadkach, lecz *większa jednostajność, jednorodność ich składu*. Z tego stanowiska zapatrując się na kwestyę lepszego przepuszczania dźwięków przez stężałą tkankę płuc, usuwamy razem wiele zarzutów Skody przeciwko teoryi Laennec'a, gdyż zarzuty te są skierowane przeciwko roli, jaką odegrywa jakoby twardość tkanek. Czy Laennec miał jednak na względzie *twardość* czy *jednorodność*, jako warunek lepszego przepuszczania dźwięków przez *tkankę stężałą*, o tém my nie możemy wiedzieć, a prawdopodobnie i sam Laennec nie wiedział, gdyż jak widzieliśmy, nie wchodził on w szczegółowe tłumaczenie zjawiska, a powiedział tylko ogólnie, że *stężałe płuco* staje się lepszym przewo-

<sup>1)</sup> Wieleby można przytoczyć dowodów z fizyki na poparcie tego twierdzenia. Tak słyszymy bardzo słabo lub wcale nawet nie słyszymy dźwięków w 2m pokoju oddzielonym od nas ścianą. Jak tylko otworzymy drzwi i damy możność bezpośredniego przejścia do nas dźwięków przez powietrze, natychmiast słyszymy lepiej, choć przestrzeń oddzielająca nas od źródła dźwięków została ta sama, a to dla tego że dźwięki nie przechodzą już od powietrza (ciała gazowego) do ściany (ciała stałego) i następnie znowu do powietrza. Tak samo, gdy jesteśmy pogrążeni w wodzie nie słyszymy szmerów w powietrzu nad nami rozlegających się; gdy się zaś dwa kamienie w wodzie scierają, słyszymy szmer ten wyraźnie, a nie będziemy go słyszeć wylazszy z wody. Wszystko to dowodzi, że dźwięki z wielką trudnością z ciał stałych przechodzą do gazowych lub płynnych i odwrotnie z płynnych do gazowych lub stałych, a fizyka nas uczy, iż to jest bardzo naturalnym następstwem częściowego odbicia fal głosowych przy każdym takim przejściu z jednego ciała do drugiego, odbicia, przy którym odbite fale głosowe mogą być uważane za stracone dla naszego ucha.

dnikiem dźwięków (Laennec, l. c. p. 73) Narzucenie więc L a e n n e c ' o w i myśli o tém, iż ciała *twarde* lepiej przepuszczają dźwięki <sup>1)</sup> jest nieusprawiedliwioném. Mógł mieć L a e n n e c myśl podobną, mógł jej nie mieć, w każdym razie są to pojęcia które zaczęły się wykluwać daleko później w naszych czasach, i żadnego z tych zdań przypisywać mu nie można, gdyż to z nauki jego bezpośrednio nie wypływa. Chcąc bardziej uwidocznic ten swój zarzut rzuca kwestyę S k o d a: dla czego do auskultacyi używamy stetoskopu, t. j. cylindra wydrążonego, a nie wałka drewnianego? Tém pytaniem wciąż narzuca S k o d a L a e n n e c ' o w i myśl o lepszym przeprowadzaniu dźwięków przez ciała stałe i porównywa niejako stetoskop do płuca zdrowego a wałek do płuca zwątrobiałego. Porównanie atoli takie nie jest słuszném, bo jeżelibyśmy jeszcze znajdowali jakie odległe podobieństwo między wałkiem a płucem zwątrobiałym, to dla znalezienia czegoś analogicznego podobnego do płuca normalnego, powinniśmy zrobić taki stetoskop, w którymby za warstwą powietrzną następowała warstwa drzewa, następnie znów warstwa powietrza i t. d., to jest, stetoskop z wewnętrznymi przegródkami. Taki stetoskop niezawodnie przeprowadzałby gorzej jeszcze dźwięki, aniżeli wałek drewniany, i dla tego nie dziw, iż nikomu nie przyszło do głowy coś podobnego urządzić, gdyż nie odpowiadałoby to wcale swemu celowi.

Przykłady powyższe patologiczne dostępne spostrzeżeniu każdego niezależnie od teoretycznego nawet rozpamiętywania, przekonają nas o lepszym przeprowadzaniu dźwięków przez ciała stałe, jednorodne, aniżeli przez ciała lub organa, złożone z ciał gazowych i stałych lub płynnych zarazem i przedstawiające przeto wielką różnorodność składu pod względem fizycznym. Poprzestalibyśmy na tych dowodach wziętych z spostrzeżenia niemal codziennego, na tych rzecz można, przez naturę samą wykonanych doświadczeniach, gdyby nie uwaga na wielkie znaczenie i rozpowszechnienie opinii S k o d y. Autor ten używa jeszcze dziś tak wielkiej powagi, szczególnie w południowych Niemczech i u nas, zarzuty jego przeciwko zdaniom L a e n n e c ' a wymierzone tak są dziś jeszcze wysoko stawione i w podręcznikach perkussyi i auskultacyi powtarzane, iż nie mogliśmy się na jednem spostrzeżeniu zatrzymać i celem usunięcia wszelkich wątpliwości robiliśmy doświadczenia z kawałkami płuc, wyjętych z trupa. S k o d a robił w tym celu także doświadczenia, lecz rezultata jakie on otrzymał, po dokładném zbadaniu rzeczy, utraciły dla nas wszelkie znaczenie z powodu niedokładności w samym sposobie eksperymentowania. Rzecz dziwna, iż do dziś dnia żaden z autorów powtarzających literalnie prawie jego wyrazy w kwestyi nas interesującej, nie zadał sobie pracy rozpatrzyć, wśród jakich warunków były dokonane doświadczenia S k o d y; ledwie nie każdy z nich niewolniczo za S k o d a powtarzał jego wniosek, iż „zwątrobiałe płuco gorszym jest przewodnikiem dźwię-

<sup>1)</sup> Co się tyczy téj kwestyi: czy ciała twarde stałe *lepiej* t. j. z mniejszą utratą mocy przepuszczają dźwięki czy ciała gazowe, to słuszenie zauważył S k o d a, że fizyka eksperymentalna nie dosć nad nią się zastanowiła i w tym względzie pewnych wiadomości nie dała. Nie ma tu mowy, ma się rozumieć o *szybkości* rozchodzenia się dźwięków w ciałach stałych lub płynnych i gazowych, gdyż to zadanie rozstrzygnęła już fizyka na korzyść pierwszych, a przynajmniej niektórych z nich.

ków od normalnego”<sup>1)</sup>. Rozpatrzmyż więc, jakie doświadczenia upoważniały Skodę do tego wniosku. Doświadczenia swoje robił on w ten sposób, iż do płuca z trupa wyjętego, ktokolwiek przykładał stetoskop i weń mówił; drugi zaś badacz w tym samym czasie auskultował za pomocą stetoskopu, przykładanego do drugich miejsc tego samego płuca w pewnych odstępach od pierwszego. Jeżeli brać płuco zdrowe i następnie zaraz płuco zwątrobiałe dla porównawczych doświadczeń, to według Skody okazuje się, iż na płucu zwątrobiałym zawsze stetoskopy powinny być bardziej zbliżone, dla tego aby głos z jednego stetoskopu dochodził do drugiego; w normalnym płucu przeciwnie, odległość między stetoskopami może być większą, t. j. głos dochodzi na większej przestrzeni, a więc normalne płuco jest lepszym przewodnikiem. Nie mówiąc już o tém, że Skoda nie oznacza w pewnych cyfrach, jak wielka była odległość w jednym i drugim razie—co podaje w wątpliwość dokładne zmierzenie, nie zwracając uwagi na inne pewniejsze usterki (jako np. niewymienienie dokładnej liczby podobnych doświadczeń i t. p.) nie możemy się jednak nie zastanowić nad jedną okolicznością, która cały rezultat doświadczenia podaje w wątpliwość; mianowicie, źródłem głosu jest człowiek mówiący w stetoskop, głos zaś ludzki może ulegać pewnym zmianom w mocy tym bardziej nieuniknionym, gdy się mówi tak niewygodnie (w ciasny otwór stetoskopu); pomimo więc najlepszych chęci, musiał być to silniejszym, to słabszym, w pewnych, wprawdzie ciasnych granicach, dostatecznych jednakże dla wprawienia w błąd auskultującego, który mógł chwilowo słabszy głos mówiącego przypisać gorszemu przeprowadzeniu dźwięków przez organa, z którymi robiono doświadczenia. Z drugiej strony, kto robił podobne doświadczenia, przekonał się, jak dalece płuca, czy zdrowe, czy chorobą zmienione są złymi przewodnikami dźwięków w porównaniu z powietrzem lub wodą; przekonał się, iż otwory obydwóch stetoskopów musiały w doświadczeniach takich być bardzo blisko siebie (jak blisko, nie wiemy, gdyż Skoda nie podaje odległości w żadnym doświadczeniu), a więc źródło głosu musiało być bardzo blisko ucha auskultującego — co mogło dawać częstokroć powód do usłyszenia głosu inną drogą, jak przez płuca, t. j. bezpośrednio przez powietrze, i ztąd udaremnić lub zrobić niepewnym rezultat doświadczeń.

Uważając z tych względów doświadczenia Skody za niedostateczne dla rozstrzygnięcia stanowczego kwestyi, i starając się usunąć te warunki, które w wątpliwość podały w umyśle moim rezultat tych doświadczeń, zastąpiłem w moich doświadczeniach głos człowieka żywego, ulegający mimowolnym zmianom, chodem (*gangiem*) zegarka, nadto starałem się umieścić ten zegarek jak można dalej od ucha auskultującego i otoczyć go złymi przewodnikami, aby bezpośrednio przez powietrze najmniej dźwięków dochodzić mogło. Kładłem więc zegarek na stół marmurowy (marmur jest daleko gorszym przewodnikiem od drzewa) sekcyjny<sup>2)</sup>, otaczałem go watą po bokach, a na zegarek z wierzchu watą niepokrytą, kładłem talerz z kawałem zwątrobiałego lub też (następnie dla porównania) po-

<sup>1)</sup> Skoda, l. c. pag. 53.

<sup>2)</sup> Doświadczenia te robiłem w Wiedniu.

wietrze zawierającego płuca. Oba kawały miały zawsze jednakową grubość. Nie mogę się pochwalić zbyt wielką liczbą podobnych doświadczeń, tak jak S k o d a <sup>1)</sup> i materyał i czas po temu skąpo tylko mogłem zużytkować; sądzą jednak, że z doświadczenia, wśród warunków ściśle określonych, dają mi prawo robić pewne wnioski, tén bardziej gdy rezultata ich były zgodne:

W 1 doświadczeniu użyte kawałki płuc miały po 3 cent. grubości,

w 2 „ „ „ „ „ „ „ 2½ „ „

w 3 „ „ „ „ „ „ „ 3½ „ „

W każdym z tych doświadczeń dźwięki gangu zegarkowego przechodziły przez talerz i płuca do stetoskopu, za pośrednictwem którego dostawały się do ucha. Gdy talerz zawsze jeden i ten sam pozostawał, równie tóż jak i stetoskop, gdy nadto w każdym doświadczeniu użyte jeden po drugim kawałki płuca miały jednakową grubość, (którą przed położeniem na talerz zawsze starałem się zrównać przez zerżnięcie warstw grubszego, t. j. zwątrobiatego płuca), różnica więc mocy dźwięków zegarka, które przez stetoskop słyshałem, nie mogła od niczego innego zależeć, jak tylko od składu płuc raz jednorodnego (płuco zwątrobiałe), drugi raz niejednakowego, różnorodnego (płuco powietrze zawierające). Przez pierwsze kawałki zawsze lepiej, wyraźniej, mocniej słyshałem chód zegarka, jak przez drugie. Dodać jednak muszę, iż różnica nie jest bardzo znaczna, i że jak chorobliwe, tak i zdrowe płuca powinny być w ogólności zaliczone do rzędu złych przewodników głosu, a przynajmniej są daleko gorszymi od atmosferycznego powietrza, gdyż po zdjęciu płuc, chód zegarka słyshać było bez porównania lepiej, gdy dźwięki dochodziły przez jedno tylko powietrze, chociaż odległość od ucha była bez porównania znaczniejszą (40—30 cent.). (Dokończenie n.)

---

### Postrzeżenia dotyczące nauki o mięsaku czyli sarkomacie warg sromowych,

przez Dra Ludwika Adolfa Neugebauer'a,

*Docenta akuszeryi i gynecologii w Szkole Głównej Warszawskiej.*

(Ciąg dalszy).

Samo odjęcie skuteczniliśmy w dniu 22gim października, przy asystencyi kolegów: K o s i ń s k i e g o, P o d o w s k i e g o i T y r c h o w s k i e g o, w sposób następujący:

Ułożywszy chorą na stole operacyjnym jak do litotomii, odurziliśmy ją chloroformem; następnie sam, jako operujący, stanąwszy naprzeciwko kroku chorój, odsunąłem narośl ku jej lewemu udu, i gdy w tén miejscu przez jednego z asystujących kolegów była nieruchomo utrzymywana, nożykiem wypukłym przeciąłem skórę pokrywającą wewnętrzną stronę narośli pół cala poniżej wolnego brzegu odpowiedniej wargi sromowej mniejszej i wzdłuż niej łukiem od przedniego do tylnego brzegu szypuły narośli.

Po przecięciu skóry wystąpiła na jaw powięź zwierzchnia wargi sromowej większej; którą przeciąłem lekkim cięciem w kierunku odpowiednim cięciu skórnemu,

<sup>1)</sup> „Sehr oft wiederholte Versuche der Art“ i t. d.

skutkiem czego strzyknęła krew z kilku przeciętych tętnic, które podwiązaliśmy. Przeciawszy następnie powięź, oddzieliłem ją wraz z przyległą skórą i całą odpowiednią wargą sromową mniejszą w kierunku ku górze częścią za pomocą nożyka, częścią za pomocą palców, od samej masy narośli tak wysoko, że dostać się mogłem ponad górny koniec ciała narośli i do powrózka więzistego idącego od górnego jej końca do odpowiedniej odnogi łuku łonowego. Przy tej sposobności przekonać się mogłem, że rzeczony powróżek był znacznie grubszy, niż być się zdawał przy zewnętrznym badaniu narośli; pokazało się bowiem, że grubość jego wynosiła  $\frac{3}{4}$  cala jeśli nie więcej. Powróżek ten składał się z tkanki włóknistej, bardzo wytrzymałej, ściśle połączonej z powięzią zwierzchnią wargi sromowej. Przeciłem go w poprzek do połowy jego grubości, i znowu trysnęło parę tętnic, które natychmiast podwiązaliśmy. W końcu, uniósłszy nieco narośl lewą ręką i odwróciwszy ją ku nodze prawej chorzej, przecięłem na zewnętrznej czyli lewej stronie jej szypuły skórę i powięź zwierzchnią cięciem łukowatym, wypukłą swą stroną zwróconą ku ciału narośli a poczynającem się i kończącem w tychże miejscach, co i cięcie wykonane na stronie wewnętrznej szypuły narośli. W końcu kilkoma dalszemi cięciami przecięłem jeszcze i część pozostałą rzeczonego wyżej powrózka więzistego.

Po oddaleniu narośli znowu miało miejsce mocne krwawienie, które dopiero ustało po podwiązaniu kilku małych tętnic i jednej żyły.

Po uspokojeniu krwawienia, oczyszczeniu rany i wyprowadzeniu najwyżej leżącej z założonych podwiązek przez kąt jej górny, a reszty tychże podwiązek przez kąt jej dolny na zewnątrz, połączyłem samą ranę szwem krwawym, złożonym z sześciu jedwabnych ściegów czyli podwiązek, pozostawiając jednak górny i dolny koniec rany otwartym.

Tak zamkniętą ranę opatrzyłem warstwą skubanki i kompresem i przytwierdziłem opaskę postaci litery T w taki sposób, że tak opaska jak i skubanka wraz z kompresem pokrywały wyłącznie tylko wargę sromową operowaną, aby chora mogła oddawać mocz bez zaciekania pod opatrunek.

Odjęta narośl ważyła dziewięćdziesiąt dwie uncje czyli 7 funtów i 8 uncyj wagi aptekarskiej, a  $6\frac{9}{16}$  funt. wagi cywilnej polskiej. Pan Prof. B r o d o w s k i, któremu ją przesłałem, poddał ją bliższemu badaniu. Według jego poszukiwań składała się ona z niewielkiej stosunkowo ilości komórek dużych, po większej części gwiazdowatych, które komunikując z sobą szerokimi wypustkami, tworzyły rodzaj sieci o dużych oczkach; w tych znajdowała się znaczna ilość substancji międzykomórkowej, drobnoziarnistej. W pośród tej substancji dały się miejscami spostrzegać komórki od poprzednich mniejsze, jużto kuliste, już jajowate, już nakoniec wrzecionowate, tudzież sieć o mniejszych oczkach, która nie zdawała się komunikować z siecią poprzednio wspomnianą.

Mięszk narośli, opatrzonej znaczną liczbą naczyń krwionośnych umiarkowanej grubości, na przecięciu posiadał barwę białawą i był bardzo pulchny, tak, że pozornie przedstawiał postać tłuszczaka, czem jednak ze względu na powyższe histologiczne dane nie był. Owszem z danych tych możnaby było z razu wnioskować, że mieliśmy do czynienia z nowotworem znanym pod nazwą *śluzaka* czyli

*narośli myksomatycznej* (Myxoma). Brakło jednak w substancji jego międzykórkowej mucyny, i dla tego właśnie nie można było uważać go za śluzaka, lecz jedynie za właściwego *mięsa* czyli *narośl sarkomatyczną* (Sarcoma).

Chora po operacji miała się dobrze i w dniach następnych mało gorączkowała.

W dniu 3. i 4. po operacji usunięto ścięgi szwu krwawego. Rana okazała się po większej części za pomocą *pierwszego zlepienia* spojona, reszta jej zaś przeszła w ropienie.

W dniu 30tym października odpadły pierwsze podwiązki od podwiązanych naczyń, w dniach następnych odpadła reszta tychże podwiązek, ostatnia zaś dopiero w dniu 7ym listopada. Od téj chwili proces zabliznienia w dobrze granulującej ranie szedł już należycie, i w połowie grudnia rana na całej rozciągłości była zagojona.

Po jej zagojeniu lewa warga sromowa większa co do objętości i postaci, prawie zupełnie była odpowiednia prawej, z tą różnicą, że znajdowała się na niej blizna smugowata, ciągnąca się po stronie jej dolnej i wewnętrznej od końca przedniego do tylnego, wzdłuż której skóra ułożoną była w liczne, drobne marszczki, zbiegające się z blizną pod kątem prostym. Co zaś do odpowiedniej wargi sromowej mniejszej, ta, mimo mocne ściągnięcie się po operacji, nie zupełnie wróciła do prawidłowych rozmiarów i pozostawała nieco szerszą i grubszą od odpowiedniej wargi strony prawej.

W dniu 6tym grudnia chora w stanie zupełnego zdrowia opuściła szpital.

#### UWAGI EPIKRYTYCZNE.

W literaturze gyniatrycznej napotykamy opisane przypadki już to większych, już mniejszych narośli warg sromowych. Niektóre z nich nie tylko pod względem ogólnej budowy i postaci, ale i pod względem sposobu powstania i stopniowego rozwoju, jak również pod względem nawet miejsca usadowienia tyle przedstawiają podobieństwa do narośli mięsakowych w naszych dwóch przypadkach postrzeganych, że uważać je wypada za identyczne z niemi, pomimo to, że niektóre z nich przez opisujących je autorów inną nazwą oznaczone zostały.

Ze wszystkich znanych przypadków narośli warg sromowych z naszymi dwoma przypadkami, najwięcej według mego zdania zgadzają się te, które ogłoszone zostały przez Amata Lusitanusa, Palmę, Abrahama Vatera, Greyera, Fahnnera, Fréteau'a, Bartłomieja Siebolda, Haasego, Steinbergera, Kocha, Rapatela i Churchilla. Przypadki te w ważniejszych swych szczegółach były następujące:

1. Najprzód co się tyczy przypadku ogłoszonego przez Amata Lusitana<sup>1)</sup>, ten zdarzył się w szpitalu miasta *Pesaro* w *Umbryi* we Włoszech.

<sup>1)</sup> *Amati Lusitani curationum medicinalium centuriae septem. Venetiis, 1566. 8vo.* (Burdigalii, 1620. 4to). Centuria 5, curatio 88. — Zobacz: *Observationum medicarum, rararum, novarum, admirabilium et monstrosarum liber quartus, de partibus genitalibus utriusque sexus; studio atque opera Joannis Schenckii a Grafenberg.* (Basileae, 1584). Friburgi Brisgoiae. 1596. 8vo. Liber 4, observatio 86. Pag. (144—147) 145—146.

Dotkniętą nią była kobieta 45-letnia. Narośl blisko 25 funtów ważyła, i osadzoną będąc w okolicy pachwinowej (raczej łonowej), wolno między udami wisiała. Kobieta ta w kilka dni po przybyciu do szpitala umarła. *L u s i t a n u s* celem zbadania anatomicznego składu narośli rozciął też narośl przez środek i znalazł całą złożoną z substancji białej, podobnej do mięszu wymieniowego („*caro erat alba, pituitosa, uberis carnem prae se ferens*“). W górnej jej części umieszczony był otwór sromowy.

2. Przypadek *P a l m y* był następujący: lekarz ten operował wieśniaczkę dziewczę dotkniętą naroślą mięsną, powstałą ze skóry sromu, która w taki sposób w jej kroku była osadzona, że otwór sromowy przez nią ku stronie prawej był odsunięty. Była ona w części swjej osadowej szeroka na 5 palcy, ku dołowi zaś stawała się coraz szerszą. Po odjęciu ważyła 18 funtów cywilnych: co do mięszu swego podobną była do wymienia krowiego i była, jak *P a l m a* mówi, napełniona gruczołami (?) i tłuszczem. Chora wyzdrowiała <sup>2)</sup>.

3. Narośl postrzegana przez *V a t e r ' a* <sup>3)</sup> była naroślą sarkomatyczną wargi sromowej prawej wielkich rozmiarów, i po szczęśliwem jej odjęciu ważyła 12 funtów cywilnych.

4. Przypadek *G r e y e r ' a* <sup>4)</sup> odnosi się do narośli wargi sromowej prawej, która mając 16 cali długości, w najgrubszym swem miejscu była 9 cali gruba. Narośl ta z małego guziczka w rzezoniej wardze powstała, po odjęciu ważyła 15 funtów. (*G r e y e r* twierdzi, że była utkania gruczołowego).

5. Narośl chorój, o której *F a h n e r* <sup>5)</sup> zdał sprawę, wyrosła również z prawej wargi sromowej większej i powstała po upadnięciu chorój na pień drzewa. Wzrosła zaś zwolna do takiej wielkości, że w końcu wisiała aż po kolana. Podwiązano ją i odjęto potém. Ważyła 12 funtów, była wewnątrz zupełnie biała i wyglądała jakby bryła tłuszczu, otoczona grubą powłoką skórną.

6. Narośl wargi sromowej, którą odjął *F r é t e a u* <sup>6)</sup>, miała w swjej podstawie przeszło połowę téj grubości, którą posiadała w swem ciele, a samo jej ciało miało objętości 4 stopy. Ważyła zaś 30 funtów i okazywała budowę komórkową. W jej mięszu znajdować się miały surowica, płyn białkowy i tłuszcz.

<sup>2)</sup> Spostrzeżenie opowiedziane przez *Jerzego Palmę* ogłoszone zostało przez *Joachima Camerariusza* w dziele: *Observationum medicarum etc. lib. 4 etc. Studio atque opera Joan Schenckii a Grafenberg. Friburgi Brisgoviae 1596. 8vo. Observatio 86. Pag. (144—147) 146—147.*

<sup>3)</sup> *Abrah. Vater: Historia et cura sarcomatis monstruosi et canerosi. Vitembergae, 1693. 4to. Halleri Bibliotheca chirurgica. Vol. 5, pag. 62.—Porównaj: Handbuch der pathologischen Anatomie von F. G. Voigtel. Band 3. Halle, 1805. 8vo. S. 422—423.*

<sup>4)</sup> Zobacz: *Vollständige Auszüge aus den besten chirurgischen Disputen aller Akademien, herausgegeben von F. A. Weitz. 5ter Band. Leipzig und Budissin, 1777. 8vo. — Porównaj: Die Frauenkrankheiten etc. von Friedrich Ludwig Meissner, 1ter Band, 1te Abtheilung. Leipzig, 1842. 8vo. S. 231.*

<sup>5)</sup> *Fahner: Beiträge zur praktischen Arzneykunde. Stendal, 1799. 1ter Band, Bemerkung 1. — F. G. Voigtel w miejscu przytoczoném, stronnica 423.*

<sup>6)</sup> *Fréteau* w czasopiśmie: *Journal général de médecine. Vol. 47. 1813, Juillet. — F. L. Meissner w miejscu przytoczoném, stronnica 230.*



7. Narośl operowana przez B a r t ł o m i e j a S i e b o l d ' a <sup>7)</sup> powstała po upadnięciu chorój na kupę wiorów, przy którym taż chora tak sobie skaleczyła części rodne, że nastąpił krwotok, skutkiem którego dużo krwi utraciła. W dziesięć lat później spostrzegła na wardze sromowej lewej małą brodawkę, na którą jednak nie zwróciła uwagi. Doszedłszy do 30go roku życia, zaszła w ciążę, i od téj chwili wspomniona brodawka tak się powiększyła, że po upływie sześć miesięcy przedstawiała się w wielkości głowy dziecięcia donoszonego. S i e b o l d, podczas ciąży jeszcze, odjął narośl z pomyślnym skutkiem. Ważyła ona trzy funty wagi cywilnej. Operujący uważał ją za *steatoma*.

8. Chora H a a s e ' g o <sup>8)</sup> była kachektyczna i po raz pierwszy ciężarna. Z prawej jéj wargi sromowej większej wisiała narośl sarkomatyczna. 12 cali długa i w dolnej swéj części grubość dwóch pięści mająca. H a a s e narośli téj nie operował. Chora na 6 tygodni przed prawidłowym końcem ciąży wydała na świat płód zgniły. Po porodzie zaś wpadła w gorączkę, której w 5. dniu połogu padła ofiarą. I w tym także przypadku narośl powstała w następstwie zgniecenia sromu przez upadnięcie.

9. Co do przypadku S t e i n b e r g e r ' a <sup>9)</sup>, to chora leczona przez tego lekarza miała 36 lat wieku i była matką trojga dzieci. Po drugim porodzie, który miał miejsce w 28ym roku jéj życia, powstał w wardze sromowej większej lewej guzik mały, twardy, niebojący. Guzik ten, bez wiadomej przyczyny, wzrastał zwolna coraz więcej i w końcu zamienił się na narośl kulistą, 3<sup>1</sup>/<sub>4</sub> cali grubą, osadzoną na szypule pół cala grubój i półtora cala długiej. S t e i n b e r g e r podwiązał szypułę guza, a gdy chora w skutek podwiązania doświadczała mownego bólu, w dwa dni później przeciął szypułę nożem tuż przy wardze sromowej. Nie było przy téj operacyi żadnego znaczniejszego krwawienia, i rana operacyjna szybko się zagoiła. Odjęty guz ważył <sup>3</sup>/<sub>4</sub> funta i według poszukiwania S t e i n b e r g e r ' a miał się składać z substancyi jednostajnej, słoninowatój, twardej, barwy żółtawój.

10. Postrzeżenie K o c h ' a <sup>10)</sup> było następujące: kobieta dotknięta naroślą 12—14 funtów ważącą, wiszącą z prawej jéj wargi sromowej a sięgającą ko-

<sup>7)</sup> *Bartholomaeus v. Siebold* w czasopiśmie: *Journal für die Chirurgie, Geburtshülfe etc. herausgegeben von Loder*. 5ter Band, 4tes Stück. Jena, 1800. 8vo. S. 607. Taf. IX. — *F. G. Voigtel* w miejscu przytoczoném, stronnica 423. — *F. L. Meissner* w miejscu przytoczoném, stronnica 231.

<sup>8)</sup> *Haase*: Fünfzehnter Jahresbericht über die Vorfälle in dem Entbindungs - Institute bei der Königlich Sächsischen chirurgisch - medicinischen Akademie im Jahre 1839; w czasopiśmie: *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde*, herausgegeben durch *Busch, Mende, Ritgen* etc. 5ter Band. Weimar, 1830. 8vo. 4tes Heft, S. (627—639) 630.

<sup>9)</sup> *Steinberger*: Erfahrungen im Felde der Geburtshülfe, Frauen-und Kinderkrankheiten; w czasopiśmie: *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, herausgegeben von *Busch, d'Outrepoint* und *Ritgen*. 2ter Band. Berlin, 1835. 8vo. S. (96—113) 100—102: „Speekiges Gewächs an den Geschlechtstheilen einer Frau.“

<sup>10)</sup> *L. Koch* w czasopiśmie: *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, herausgegeben von *v. Gräfe* und *v. Walther*. 24ter Band. Berlin, 1836. 8vo. 23. Heft. — *F. L. Meissner* w miejscu przytoczoném, stronnica 232.

lan, obłożyła sama szypułę téjże narośli podwiązką i usiłowała narośl odciąć brzytwą. Gdy jednak odcięła ją do połowy, z rany powstał tak mocny krwotok, że zniewoloną była do powstrzymania dalszej operacyi. Doktor K o e h, nazajutrz dopiero wezwany, odcięcie narośli dokończył. Rana operacyjna w drodze ropienia w krótkim czasie się zagoiła. Odjęta narośl według K o e h'a miała być *lipomatem*.  
(Dokończenie n.)

## K O R R E S P O N D E N C Y A.

*Paryż, 23 października 1866 r.*

Jedną z najważniejszych kwestyj zajmujących dzisiaj umysły wielu francuzkich klinicyków, jest zastosowanie chorobnych objawów spotykanych w narządzie wzrokowym do rozpoznawania chorób układu nerwowego.

Liczne obserwacye wykazały, że częstokroć sprawy chorobne osrodków nerwowych, komplikują się ze zmianami w narządzie wzrokowym. Zacierpywanie objawów z tego narządu głównie jest niezbędne w razach, gdy grupa objawów ze strony układu nerwowego nie wystarcza do stanowczego oznaczenia rodzaju choroby a raczej do wyprowadzenia rozpoznania różniczkowego.

Wziernik oczny dzisiaj staje się przeto ważnym, pomocniczym narzędziem dla każdego lekarza, jakim był dotąd prawie wyłącznie dla okulisty.

Z wynalezieniem jego przez Helmholtz'a poczęła się nowa dla okulistyki era; nie wahamy się wyrzec, że z zastosowaniem jego do rozpoznawania chorób układu nerwowego spodziewać się należy stanowczego rozpoznania rodzaju choroby w pewnych wypadkach, w innych rzucenia jaśniejszego światła na dość ciemne pole, jakie nam przedstawia patologia układu nerwowego wedle jęj dzisiejszego naukowego stanowiska.

Ten sposób badania osrodków nerwowych przez pośrednictwo narządu wzrokowego nazywano „Cerebroskopia” (Cerebroscopia, Cerebroscopie).

Pierwszą myśl jęj rzucili niemieccy okuliści. Stellwag v. Carion zwrócił pierwszy uwagę na zapalenie nerwu wzrokowego w zapaleniu gruzelkowym opon mózgowych i na pewne zmiany zachodzące na dnie oka w przebiegu gorączek tyfoidalnych. Graefe zaś spostrzegł podobne zmiany wywołane obecnością nowotworu w mózgu. Później liczne ogłaszano prace w osobnych broszurach, dziennikach, oraz kwestya dziś żywo nas obchodząca była często przedmiotem rozpraw na posiedzeniach uczonych lekarskich towarzystw. Wspomnieni okuliści niemieccy więcęć ogłaszali na tém polu spostrzeżeń, znalazło się téż więcęć badaczy, którzy pracami swojemi przyczyniali się do postępu nowęj semiotyki.

Tu zasługują na wspomnienie:

Liebreich, Rayer, Bérard, Hutin, Schön, Carron de Villards, Godin, Andral, Durand Fardel, Charpentier, Valleix, Parise, Jobert de Lamballe, Longet, Schmidt Herard, Stuart Cooper, Nota, Treviranus, Temputi, Todd, Gloniger, Ried, Coccinus który pierwszy powziął myśl do zastosowania wziernika ocznego do rozpoznawania chorób umysłowych; Türk, Ersemann, Gubler, Lelut, Calmeil, Ludwig, Lecorche, Dumas, Cruveilhier, Troussseau, Follin, Sperino, Duchenne de Boulogne, Wordsworth, Magendi, Lallemand, Droux, Delasiauve, Imbert, Nelaton, Sichel, Menier, Jacobson, Virchow, Gayet, Beck, Mackenzie, Bouchut, którzy przytaczali swoje spostrzeżenia dotyczące udziału narządu wzrokowego, przy sprawach chorobnych zachodzących w układzie nerwowym lub w narządach innych układów; niektórzy z nich uzupełniali obserwacye badaniami drobnowidzowemi.

Cały wyliezony szereg pracowników zbierał tylko materiał, że się tak wyrażę, do nowego budynku, którego węgielny kamień dopiero położył nasz rodak Dr Nawery G a l ę z o w s k i, który poczynając od 1860 roku, od czasu do czasu ogłaszał w dziennikach lekarskich swoje obserwacje w tej kwestyi czynione, a obecnie wydał pierwszą zupełniejszą pracę pod tytułem „Etude ophthalmoscopique sur les alterations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent. Leclerc. Paris 1866. Dzieło ozdobione tablicą chromolitografowaną i 3 figurami w tekście. Jest to praca obznajmająca nas z dzisiejszym stanowiskiem cerebroskopii, słusznie też w krótkim czasie w piśmiennictwie francuzkiem ważne zajęła miejsce i uznana została przez tutejszych uczonych.

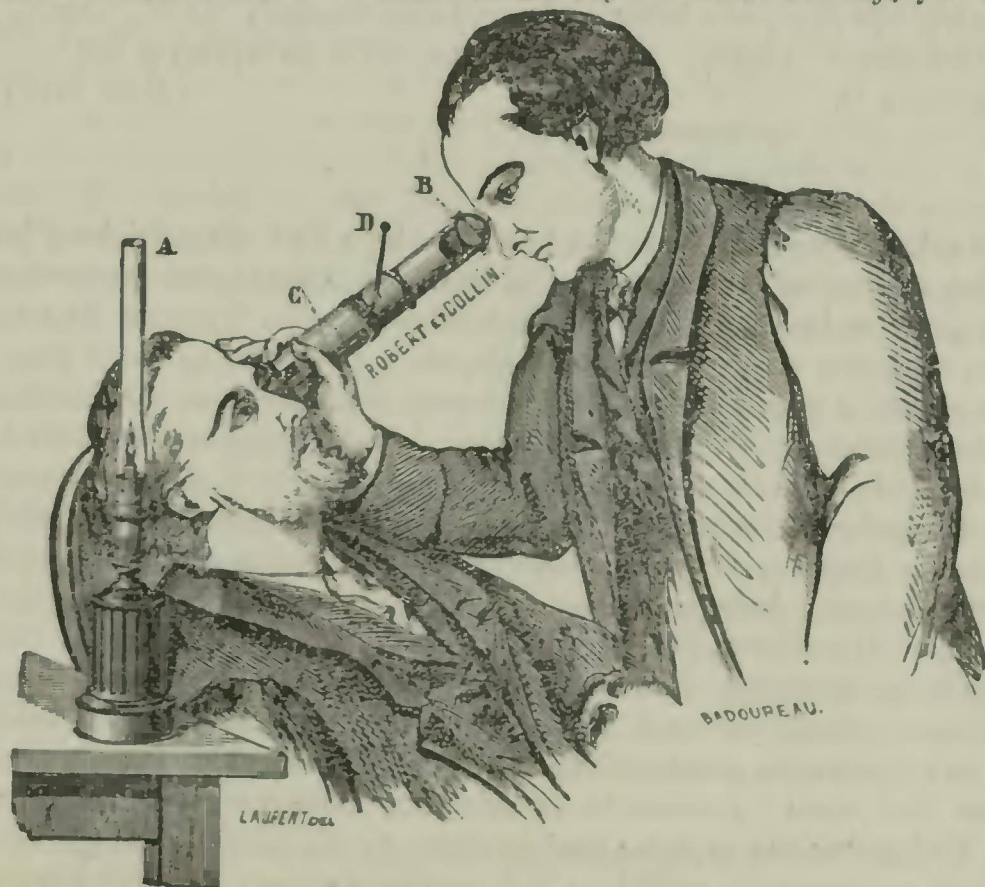
Prawie jednocześnie ukazało się wprawdzie drugie dzieło P. B o u c h u t pod tytułem „Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie“ z 14 figurami w tekście i atlasem z 24 figur złożonym; jednakże pierwszą myśl cerebroskopii przyznać należy Drowi X. G a l ę z o w s k i e m u, który w 1860 roku zwrócił uwagę B o u c h u t na niniejszą kwestyę a w poszukiwaniach po szpitalach i klinikach okulistycznych głównie u Desmarrés (ojca) i w szpitalu Sainte Eugénie za przewodnika mu służył.

Badanie oczów wziernikiem na salach szpitalnych, gdzie właśnie najwięcej mamy sposobności do czynienia spostrzeżeń, przedstawiało wiele trudności. Miejscowe warunki nie zawsze pozwalają mieć do dyspozycyi ciemny pokój, nieodzownie potrzebny do badania wziernikami ocznymi, dotąd używanymi. Przenoszenie chorych bezwładnych lub obłożnemi chorobami dotkniętych, do pokoju ciemnego, jest bardzo męczącym chorych i utrudzającym służbę szpitalną.

Oprócz tego wszystkie dotąd używane wzierniki przedstawiały tę niedogodność, że przestrzeń pomiędzy soczewką wypukło-wypukłą i okiem badanym nie była stałą ani oznaczoną, co także nie mało utrudnia badanie.

Dr. X. G a l ę z o w s k i chcąc usunąć wspomniane niedogodności i dowóllszy wbrew przeciwnie ogólnej opinii, że różnica odległości potrzebna dla oka krótko i daleko widzącego jest tak mała że nie zasługuje na uwagę, urządził wziernik zasadzający się na ustaleniu odległości pomiędzy okiem badanym i soczewką wypukło-wypukłą, umieszczoną w rurze zastępującej ciemny pokój.

Oto załączamy niżej rysunek wziernika i pozycyi badacza i badanego, który autor był laskaw nam udzielić. Wziernik składa się z 3 rurek wsuwających się jedna w drugą, jak w lu-



netach. Jeden koniec wziernika ukośnie ścięty obwieziony jest kauczukiem, irchą, lub inną materją elastyczną, celem zapobieżenia od ucisku przy opieraniu tego końca na brzegu oczodołu; prócz tego przedstawia podłużne prostokątne wycięcie, przez które widzieć można pozycyę i oświetlenie gałki ocznej podczas badania. Na pewnej odległości wewnątrz rury umieszczona jest stała soczewka wypukło-wypukła (przedmiotowa) C. Drugi koniec jest owalnie wycięty. Na końcach wycięcia jest umieszczone wklęsłe lustro B, obracające się około swój osi. Za pomocą te-

go lusterka sprowadza się światło z ogniska lampy *A* na soczewkę w rurze umieszczonej *C*, a tym sposobem na oko. Ażeby oko daleko widzące obserwatora mogło dokładnie widzieć wnętrze oka badanego, umieszczone jest za lusterkiem szkło obustronnie wypukłe *N*. 12 w metalicznym rowkowanym łuku, w tym celu urządzone. Jeżeli badającego oko jest krótko widzące, dostatecznym jest zsunąć nieco rurkę.

Zewnątrz wziernika mniej więcej na połowie długości znajduje się przymocowany i kulka zakończony pręcik *D*, na który wzrok badanego winien być skierowany. Jednakże we wziernikach obecnie przez *R o b e r t ' a* i *C o l l i n ' a* wyrabianych zamiechano tego szczegółu, gdyż swobodniej można kierować oczami chorego w różne strony za pomocą palca obserwatora.

Celem dokładnego widzenia za pomocą tego wziernika, autor zachowuje pewne warunki: źrenicę rozszerza przez wkropienie roztworu obojętnego siarczanu atropiny.

Chorego bada w pozycyi siedzącej z głową przechyloną nieco w tył, opartą o krawędź fotelu lub o ścianę; w pozycyi leżącej przysuwając chorego na brzeg lewy łóżka dla zbadania oka prawego i przeciwnie. Ten sposób badania jest nieoceniony u bezwładnych i bezprzytomnych chorych.

Dla badania oka lewego ujmuje się wziernik ręką prawą i przeciwnie; koniec obwiedziony elastyczną materią lekko przykłada się do brzegu oczodołu, naturalnie z uwagą aby wycięcie eliptyczne drugiego końca zwrócone było ku drugiemu oku, czyli na stronie światła lampy. W ten sposób łatwo przez poruszenia lusterka, można promienie na niego padające skierować na rogówkę a oświetlone duo oka obserwator spostrzeże przez dziurkę w lusterku wyrzniętą. Autor radzi, aby podczas badania, pomocnik patrzył przez dolne wycięcie prostokątne w rurze wziernika będące, czy ognisko światła pada na rogówkę i źrenicę. Dla dokładnego widzenia wzgórka nerwu wzrokowego w badanym oku, to winno być skierowane ku nosowi lub patrzeć na naprzemian-ległe ucho obserwatora: warunek wymagany także przy badaniu innymi wziernikami.

Za pomocą tego wziernika mieliśmy sposobność często w rozmaitych szpitalach paryzkich obserwować i przekonałiśmy się, że przy małej wprawie najdokładniej można widzieć wnętrze oka nie utrudzając chorych i siebie, w sali najbardziej oświetconej i w pozycyi leżącej chorego.

Sposób badania jest prędszy i przedstawiający szczególnie tę dogodność, że wziernik raz stosownie nastawiony i przytrzymywany przez jedną osobę, pozwala znacznej liczbie słuchaczy kolejno obserwować zachodzące zmiany. Ostatnia zaleta czyni go wyższym nad inne wzierniki, szczególnie w klinikach <sup>1)</sup>. (Dok. nast.)

---

<sup>1)</sup> Oceniając rzeczywiste zalety wziernika *Dra G a l ę z o w s k i e g o*, nie podzielamy jednak wszystkich zdań autora w tym względzie; w istocie brakowało nam wziernika, z pomocą którego mogłoby badanie w biały dzień być dokonywanym: wziernik *Dra G.* potrzeby nasze w tym względzie w zupełności zaspakaja, ale wypełniając to swoje główne zadanie doskonale, musiał w pewnych względach pozostać niedokładnym. Niezmieniona odległość soczewki przedmiotowej od oka badanego, której zalety we wziernikach stałych już w roku 1860 *Liebreich* wykazał (*Arch. f. Opht.* Bd. VII-2. p. 134) stanowi jedną z małych niedogodności wziernika *Dra G.* Wiadomo każdemu z okulistów, iż przy badaniu w rysunku odwrotnym od przedniej i tylnej powierzchni soczewki przedmiotowej powstają dwa odblaski, które gdy soczewka pionowo do osi oka badanego jest trzymana, zasłaniają część środkową pola badania i dla niewprawnych w badaniu stanowią wielką przeszkodę; przekręcając nieco soczewkę w jedną lub drugą stronę usuwamy odblaski te w strony, skutkiem czego środek soczewki, a więc i środek części oświetlonej wnętrza oka badanego, zostaje niezastłonięty. We wzierniku *Dra G.* soczewka przedmiotowa jest stale i pionowo do osi wziernika umieszczona, przekręcana więc być nie może. Niedostatek ten zapewne ztąd powstał, że dla przekręcania soczewki w rurze wewnętrznej umieszczonej, musiałyby być porobione otwory w rurze zewnętrznej.

## KRONIKA ŻAGRANICZNA.

Prof. M. Schiff. Nouvelles recherches sur la glycogenie animale. Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, publié par Ch. Robin. — 1866 Juillet et Août. Paris.

W roku 1857 Cl. Bernard i M. Schiff prawie jednocześnie odkryli w wątrobie substancją do krochmalu zbliżoną (glykogen), która pod wpływem pewnego fermentu przechodzi na cukier, i wykazali że substancja ta jest źródłem ciągłego powstawania w wątrobie cukru <sup>1)</sup>. Doświadczenia przekonały, że układ nerwowy wywiera wpływ na funkcję glykogeniczną wątroby; przecięcie bowiem rdzenia powyżej lub poniżej obrzmienia szyjowego i przecięcie nerwów błędnych powyżej odejścia gałęzi płucnych zmniejsza i wstrzymuje wytwarzanie się cukru, drażnienie zaś końca ośrodkowego nerwu błędnego i początku jego w rdzeniu przedłużonym (piqûre diabétique Bernard'a) powiększa wytwarzanie się cukru w wątrobie do tego stopnia, że znaczna jego ilość przechodzi nawet do moczu.

Fakta tu przytoczone, które w nauce są uznane, nie zostały w zupełności potwierdzone przez nowsze poszukiwania prof. Schiffa. Doświadczenia jego robione łącznie z Drem Herzenem w celu oznaczenia warunków powstawania cukru w wątrobie, doprowadziły do następujących rezultatów: 1) że ferment wywołujący przemianę glykogenu na cukier, wytwarza się nie w wątrobie lecz we krwi (jak to dawniej już Schiff utrzymywał), 2) że w stanie normalnym żyjącego zwierzęcia krew tego fermentu nie zawiera, a więc i glykogen przez wątrobę wytwarzany na cukier się zamienia. 3) że powstawanie nadmienionego fermentu a więc i cukru w organizmie jest następstwem zmiany pośmiertnej krwi lub zbieżeń w jej krążeniu.

Najważniejsze doświadczenia na których prof. Schiff te wnioski opiera, są następujące: w chwili gdy pomocnik zabijał zwierzę (ssące) przez zwichnienie kręgów szyjnych lub przekłócie rdzenia przedłużonego, otwierał Schiff jamę brzuszną i wycinał kawałek wątroby, który wkładał natychmiast do naczynia zawierającego już gotującą się wodę; odwar w ten sposób otrzymany cukru nie zawierał, zaś kawałek odcięty z wątroby po śmierci zwierzęcia i w ten sposób wygotowany dawał odwar znaczną ilość cukru zawierający. Jest to więc dowód, że za życia w stanie normalnym nie ma cukru w wątrobie, lecz tworzy się dopiero po śmierci.

Po nastrzyknięciu do naczyń żywego zwierzęcia roztworu czystego krochmalu (oł drzewnika oddzielonego) po dłuższym lub krótszym czasie, we krwi świeżo badanej ani też w wątrobie nie było cukru, gdy zaś krew wypuszczona pozostała przez jakiś czas w naczyniu, natenczas zawierała cukier — to samo miało miejsce, gdy zamiast krochmalu użyto glykogenu. Okazuje się więc z tego, iż ferment przemieniający substancje krochmalowe na cukier zawarty jest we krwi, lecz rozwija się dopiero po wypuszczeniu jej na zewnątrz, lub po śmierci.

Przyczyną powstawania we krwi fermentu ma być zwolnienie lub ustanie krążenia, gdyż po nastrzyknięciu do naczynia krwionośnego roztworu krochmalu, gdy wstrzymano krążenie w jednej kończynie na jakiś czas, znaleziono potem cukier w świeżo badanej krwi i w wątrobie; to samo miało miejsce, gdy naciskano przez kilka minut aortę brzuszną u żywego zwierzęcia, i gdy u człowieka zdrowego założono na ramię ligaturę silną, po odjęciu jej okazał się cukier w moczu.

trznąj, przez któreby oś ruchów soczewki przechodziła, a może też i dlatego, że soczewka poruszająca się nie może wypełniać zupełnie rury wewnętrznej; przy obu więc tych zmianach odkryłyby się nowe drogi dla wejścia światła do wnętrza korpusu wziernika, przez co zadanie jego główne byłoby uniemożliwione; sądzimy jednak, że niedostatki temu możnaby w inny sposób zapobiedz, a mianowicie: przez umieszczenie stałe soczewki przedmiotowej, ale pod kątem ostrym do osi wziernika, zastosowując wielkość kąta ostrego do istotnej potrzeby, tak jak to Coecius w swoim okularze uczynił.

Do mniejszych niedogodności wziernika Dra G. zaliczyć można niezbędną rozszerzanie źrenicy przed badaniem i konieczność posiadania pomocnika, któryby w czasie badania śledził stosunek odbłasku od zwierciadła na rogówce osoby badanej powstającego, do środka rogówki.

(P. R.)

<sup>1)</sup> Bernard był tego zdania, że wzmiankowany ferment wytwarza także wątroba.

Przekrwienie miejscowe wywołane przez przecięcie nerwów naczynio-ruchowych lub przez podwiązanie większego naczynia, powodować ma również powstawanie fermentu, a zatem i cukru, a fakt ten posłużył S e h i f f o w i do wytłumaczenia wpływu systematu nerwowego na wydzielanie cukru, gdyż przy wszelkich zranieniach układu nerwowego, które pociągają za sobą słodkomocz, towarzyszyć ma przekrwienie organów brzusznych.

Oceniając doświadczenia i wnioski prof. S e h i f f ' a zwrócić musimy uwagę na ważniejsze kwestye. 1) Jeśli rzeczywiście za życia w stanie normalnym wątroba nie wytwarza cukru, to pozostaje do wykazania, jakiej inniej przemianie ulega glikogen w wątrobie powstający, gdyż niepodobna przypuszczać, aby ciągle się nagromadzał w wątrobie, jakto ma miejsce u żab zasypiających na zimę. 2) Gdyby powstawanie cukru w organizmie zależało od zbieżności w krążeniu krwi, to słodkomocz towarzyszyłby powinien wielu rozlicznym chorobom; — co jednak dotychczas nie zostało stwierdzone. 3) Przypuszczając że przyczyną słodkomoczu powstającego po drażnieniu pewnych części układu nerwowego jest w rzeczy samej przekrwienie miejscowe niektórych organów, to jakże znowu wytłumaczyć brak cukru (nawet po śmierci) w wątrobie zwierzęcia, któremu przecięto rdzeń kręgowy powyżej lub poniżej zgrubienia szyjowego, lub gdy przecięto nerwy błędne powyżej odejścia gałęzi płucnych. *Portner.*

## Kronika psychiatryczna.

### II.

*Twierdzenia (theses) odnoszące się do psychiatryi sądowej, podane przez towarzystwo psychiatrów niemieckich <sup>1)</sup>, na posiedzeniu odbytym w Hildesheimie (królestwo Hanowerskie) we wrześniu 1865.*

#### *Część I. Znawcy (Sachverständige).*

1) Wiadomości psychologiczne nie wystarczają do osądzenia chorobliwych stanów umysłu. — Tylko lekarz obeznany dokładnie tak z teoretyczną jak i z praktyczną stroną chorób umysłowych, może być uważanym jako znawca w sprawach odnoszących się do wątpliwego stanu umysłu.

2) Lekarz sądowy jest tylko znawcą powołanym do rady, z powodu pewnych wątpliwych okoliczności, nigdy zaś nie wchodzi on do składu sądu mającego wydać wyrok w danym wypadku.

3) Zawsze zachodzi pytanie, czy stan umysłu osoby przedstawionój do badania jest prawidłowy lub też chorobliwy. Na to pytanie odpowiedzieć koniecznie wypada lekarzowi sądowemu, chociażby w jakikolwiek inny sposób został zapytany przez sędziego. Odpowiednie do powyższego pytanie ze strony władz sądowych byłoby bardzo pożądanem.

4) Wartość zdania sądowo-lekarskiego (nawet super-arbitralnego), polega na sile przekonywającój w niem zawartój. Wyrok sędziego nie może się kłepować prostą treścią zdania tego, lub powagą, bądź naukową, bądź urzędową, lekarza wydającego rzeczzone zdanie.

5) Sędzia ocenia wartość zdania sądowo-lekarskiego, a jeżeli nie znajduje w niem dowodów przekonywających, wówczas domaga się zdania drugiego znawcy, a gdy i to ostatnie uważa za niewystarczające, wtedy odwołuje się do zdania trzeciego (super-arbitrium). O ile zaś sędzia ma kilka zdań sądowo-lekarskich, wówczas przez ich wzajemne porównanie stara się oświecić o rzeczywistym stanie rzeczy.

#### *Część II. Opinia sądowo-lekarska.*

(Das ärztliche Gutachten).

6) Znawca udzielający opinią, może się posługiwać jakimkolwiek systematem nosologicznym, z tém wszakże zastrzeżeniem, że opisywane formy chorobne winien dostatecznie zeharakteryzować.

<sup>1)</sup> Towarzystwo to zostaje pod przewodnictwem Fleminga, Rollera, Solbriga, Jessena i Laehra; organem towarzystwa jest czasopismo Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, a twierdzenia które tu podajemy w przekładzie, wyszły w oddzielnym wydaniu.

7) W opinii sądowo-lekarskiej powinny być uwzględnione nie tylko psychiczne objawy chorób umysłowych, lecz i somatyczne; związek pomiędzy obu tymi rodzajami objawów, winien być o ile możności wykazany.

8) Rozpoznanie choroby umysłowej wtedy najdokładniej zostanie uskutecznionem, gdy objawy w niej spostrzegane należą do pewnej daniej formy chorobnej, należycie znaniej przez znawcę.

9) Gdy rozpoznanie (diagnosis) jest niepewne, wówczas winien to znawca otwarcie wypowiedzieć.

10) Każda opinia powinna zawierać o ile możności dokładną historją choroby i na takowej się opierać. Z tego powodu lekarz sądowy potrzebuje zupełnej świadomości wyników śledztwa sądowego, a w danym razie może nawet zażądać uzupełnienia śledztwa lub osobistej eksploracyi badanego.

11) Szczególniej winny być uwydatnione w opinii te czynności i postęпки badanego, które stanowią przedmiot poszukiwania sądowego; nigdy wszakże lekarz nie powinien obierać takowych za przedmiot wyłącznego badania, owszem winien on je wykazywać w związku z innymi objawami, zauważanymi u osoby badanjej.

### Część III. Odpowiedzialność (Zurechnungsfähigkeit).

12) Rozstrzygnięcie, czy badany jest odpowiedzialnym lub nieodpowiedzialnym, należy do sędziów (resp. przysięgłych), po wysłuchaniu wszakże w razie wątpliwego wypadku opinii sądowo-lekarskiej.

13) Każdy obłąkany jest nieodpowiedzialnym w obec prawa.

14) O nieodpowiedzialności obłąkanych można dopiero wnioskować z ogółu objawów psychicznych, a nie z pojedynczych okoliczności lub momentów psychicznych.

15) Następujące okoliczności nie znoszą bynajmniej nieodpowiedzialności badanego obłąkanego:

a) Gdy badany jest w stanie rozważyć skutki swoich postępków.

b) Gdy ze względu na czyny swoje jest w stanie rozróżnić ich prawność lub bezprawność.

c) Gdy okazuje skruchę za popełnione czynności bezprawne.

d) Gdy nie można wysledzić związku pomiędzy pomysłami (ideami), usposobieniami i popędami chorobliwymi, a czynnością będącą przedmiotem badania sądowego.

e) Gdy nie można w danej chwili wykazać u chorego pomysłów obłądnych (Wahnideen).

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

### Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 7 do 13 listopada (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . .	653	161	154	16	644
„ Śgo Ducha . . . . .	144	47	32	6	153
„ Ewangelickim . . . . .	81	12	22	1	70
„ Śgo Rocha . . . . .	97	42	30	4	105
„ Śgo Jana Bożego . . . . .	151	6	2	—	155
„ Śgo Łazarza . . . . .	273	54	50	4	273
„ Starozakonnych . . . . .	341	71	75	11	326
Ogółem:	1740	393	365	42	1726

## Wiadomości bieżące.

— W d. 5 listopada odbyło się 24te posiedzenie oddziału chirurgii Tow. lek. warsz., na którym prof. Le Brun okazał chorego, któremu z powodu zupełnego zmiążdżenia części miękkich ramienia, odjął tę kończynę zaraz pod stawem barkowym. Operacja ta zasługuje na uwagę lekarzy pod dwoma względami: 1, nie było żadnego krwawienia, bo wszystkie tętnice zapelnione były skrzepami (*thrombus*), co jeszcze raz stanowczo nas przekonywa o zawrocie błon wewnętrznej i średniej tętnicy ku wewnątrz przy ich rozrywaniu; 2, pomimo braku części miękkich dla utworzenia dostatecznych płatów, rana najzupełniej pokryta została skórą dzięki jej rozciągliwości. Następnie prof. Le Brun opowiedział o przypadku zaciśniętej przepukliny pachwinowej, po odprowadzeniu której jądra w mosznie nie było, chory jednak z pewnością twierdził, że przedtém jądro najwyraźniej w mosznie wyczuwał. Ciekawe nad tym przedmiotem dyskusye znajdzie czytelnik w protokóle posiedzenia. Przy téj sposobności prof. Girsztowt z Dr. Chwatem opowiedzieli téż o chorym (syn rabina z Nowego Miasta) z przepukliną pachwinową odprowadzalną, w której kiszki były zrośnięte z jądrem i zawsze razem wychodziły z jamy brzusznej i na powrót były odkładane; prawdziwość tego postrzeżenia stwierdzoną została przy operacji (herniotomia) śmiercią chorego zakończoną (w 19 godzin po oper.) Prof. Girsztowt przedstawił chorego p. Dominika S., ucznia aptekarskiego, któremu w d. 12 września b. r. wykonał odjęcie przedramienia z zastosowaniem znieczulenia miejscowego. Kol. G. F. Nowakowski opowiedział o przypadku zapalenia okostnej żuchwy skutkiem nieumiejętnego wrywania zębu rozwiniętego i przy objawach posocznicy śmiercią zakończonę. Nareszcie prof. Le Brun w imieniu Dra Helbicha przedstawił 13-letniego chłopca z przerostem gruczołów limfatycznych, które w okolicy pachwowej prawej znaczne przedstawiały rozmiary (*lymphoma*).

— Medycyna francuzka ciężką poniosła stratę: w dniu 4 b. miesiąca umarł w Paryżu Prof. Rostan w 77 r. życia. Nad grobem tego znakomitego lekarza przemówili: Monneret w imieniu wydziału lekarskiego, Boucharlat w imieniu akademii lekarskiej, Boyer w imieniu Var, rodzinnego kraju nieboszczyka, nakoniec Vigla w imieniu towarzystwa lekarskiego szpitali paryzkich, którego Rostan był jednym z założycieli. Rostan w r. 1818 rozpoczął wykłady w szpitalu *Salpêtrière*; w r. 1833 został professorem kliniki lekarskiej i w ciągu 25 lat nauczał z początku w szpitalu *Pitié*, a następnie w *Hôtel-Dieu*. Liczne dzieła jego, a mianowicie podania nad *rozmiękczeniem mózgu* (1823) i wykład zasad *organicyzmu* (1846) zjednały mu sławę pierwszorzędnego uczonego.

— W Lipsku umarł Dr. Gustaw Biedermann Günther, znany professor chirurgii; w Wiedniu Dr. WATTMANN, leib-chirurg cesarski, słynny niegdyś professor wszechniczy wiedeński.

— Rewiry lekarskie, o utworzeniu których w N. 12 Gazety Lekarskiej donieśliśmy, w dniu 2 b. m. zostały zwinięte. Obecna epidemia cholery, która w d. 21 lipca b. r. po raz pierwszy ukazała się w Warszawie jest już zupełnie na schyłku.

*Sprostowania.* W Nrze 19 Gazety lekarskiej na str. 295, wiersz 18 od dołu zamiast „nie są splaszczonymi” czytaj: *nieco splaszczonymi*; na str. 296, w wierszu 2im od góry zamiast: “zapalenie l. str. opony pajęczej,” czytaj *zapalenie tak zwanej opony pajęczej.* — W N. 19, str. 304, w wierszu 9ym od góry, powinno być 0,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> zamiast 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . .	Rs. 5 kop. —	Na Stacyach pocztowych w Królestwie:	
„ półrocznie „	2 „ 50	„ „ rocznie . . .	Rs. 6.
„ kwartalnie „	1 „ 25	„ „ półrocznie „	3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.			

TRESC. O oddechu krtaniowym Dr. Br. Chojnowski. — Postrzeżenia dotyczące nauki o mięsaku czyli sarkomacie warg sromnych. (Ciąg dalszy). Dr. L. A. Neugebauer. — K o r r e s p o n d e n c y a z Paryża Dr. Sommer. — Kronika Zagraniczna. O glikogenie. S. Portner. — Kronika psychiatryczna S. Chomętowski. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące. — Sprostowania.

## O oddechu krtaniowym (Respiratio laryngealis).

Napisał Dr. B. Chojnowski, Docent Patologii i Terapii specjalnej.

### VIII <sup>1)</sup>.

Myśl, iż stężale parechyma płucne lepiej od normalnego, powietrze zawierającego, przepuszcza dźwięki, i że ta własność stanowi ważny warunek utworzenia się krtaniowego oddechu w płucach, była wypowiedzianą najpierw przez L a e n n e c ' a, i rzec można, urodziła się razem z odkryciem samego zjawiska, t. j. krtaniowego oddechu (V). S k o d a, szukając wszędzie fizycznych podstaw dla wyjaśnienia zjawisk auskultacyjnych zwrócił uwagę na to tłumaczenie L a e n n e c ' a, i zaprzeczył mu stanowczo, a natomiast starał się uzasadnić teorię swoją współdźwięczenia. Przekonaliśmy się jednak wyżej (VI), iż teoria ta mająca półtyśk tylko złudny ścisłości fizycznej, jest w gruncie fałszywą, i to nas tém mocniej zwraca ku rozpatrzeniu krytycznemu spornej kwestyi. Rzecz sama z siebie jest nadzwyczajnie jasną i dostępną, rzec można, dla obserwacyi każdego. Któż

<sup>1)</sup> Zamieszczony tu ustęp stanowi część obszerniejszej pracy „O oddechu krtaniowym pospolicie oddechem oskrzelowym (respiratio bronchialis) nazywanym“. Autor zaczyna od określenia tego symptomu, następnie zastanawia się nad możebnością okazania się jego w płucach u ludzi zupełnie zdrowych i nad odróżnieniem od patologicznego oddechu krtaniowego (II), objaśnia to zjawisko u zdrowych (III), wylicza te stany patologiczne, w których daje się słyszeć oddech krtaniowy (IV); wykazuje możebność i nawet konieczność ruchu powietrza w przestrzeniach ten szmer wydających (V); lecz zarazem odrzuca myśl przypisywania temu ruchowi powstawania szmeru; analizuje teorię współdźwięczenia proponowaną przez S k o d e, i teorię tę potępia (VI), nakoniec w rozdziale VII, poprzedzającym ostatnie tu ogłaszające się rozdziały, zastanawia się nad teorią Winterich ' a i znajduje ją niedostateczną. Całkowita rozprawa wyjdzie wkrótce z druku; Gazeta lekarska zamieszcza ostatnie 3 rozdziały zawierające ostateczne rezultata tych poszukiwań. (Przypisek Redakcyi).

nie uważał naprzykład, iż przy nasięku gruźliczym (*infiltratio tuberculosa*) w szczycie płuc, słyszemy tam przy auskultacyi tak doskonale tony arteriae subclaviae (a może arteriae pulmonalis?), jak to nigdy nie bywało u tego człowieka przed chorobą? a więc płuco stężałe w skutek infiltracyi gruźliczój, musi z większą łatwością przepuszczać dźwięki. Podobnież, któż nie obserwował przy zapaleniu płuc, zajmującym np. zraz prawy dolny i średni, rozejście się tonów serca w stronę prawą klatki piersiowój i w tył, niekiedy do samój łopatki? Kogo nie zastanawiało, iż guzy w jamie brzusznej na aorcie spoczywające, mogą być wielkiej objętości, a pomimo to doskonale przepuszczają tony aorty wówczas, gdy cieńsza warstwa kiszki napełnionych gazem i płynną materją sprawia zmniejszenie całkowite lub częściowe mocy tych tonów? Jak tu, tak i tam warunki są jednakowe: stężałe płuco lub gaz w brzuchu przedstawiają ciała zbite, jednorodne i jako takie muszą lepiej przepuszczać dźwięki, kiedy w płucu normalnym lub w brzuchu kiszki napełnionym, dźwięki muszą przechodzić przez warstwy niejednostajne, wciąż zmiennój konsystencyi: to przez warstwę powietrzną (pęcherzyki płucne, gaz w kiszkach), to przez warstwę stałą (parenchyma płuc, ścianki kiszki), to przez warstwę płynną (chymus w kiszkach), to znowu przez warstwę powietrzną (nowe pęcherzyki płucne, gaz w następnej kiszce), i t. d. bez końca i miary. Wiadomo zaś, iż nie tak bardzo nie tamuje drogi dźwiękom, jak to przechodzenie z ciał płynnych lub gazowych do stałych i odwrotnie. Przy każdym takim przejściu utracą się niezmiernie wiele na mocy dźwięków i dla tego dochodzą one niekompletnie lub nawet wcale nie dochodzą <sup>1)</sup>. A więc nie twardość tkanek jest przyczyną lepszego przepuszczania dźwięków w pomienionych patologicznych przypadkach, lecz *większa jednostajność, jednorodność ich składu*. Z tego stanowiska zapatrując się na kwestyę lepszego przepuszczania dźwięków przez stężałą tkankę płuc, usuwamy razem wiele zarzutów Skody przeciwko teoryi Laennec'a, gdyż zarzuty te są skierowane przeciwko roli, jaką odegrywa jakoby twardość tkanek. Czy Laennec miał jednak na względzie *twardość* czy *jednorodność*, jako warunek lepszego przepuszczania dźwięków przez *tkankę stężałą*, o tém my nie możemy wiedzieć, a prawdopodobnie i sam Laennec nie wiedział, gdyż jak widzieliśmy, nie wchodził on w szczegółowe tłumaczenie zjawiska, a powiedział tylko ogólnie, że *stężałe płuco* staje się lepszym przewo-

<sup>1)</sup> Wieleby można przytoczyć dowodów z fizyki na poparcie tego twierdzenia. Tak słyszemy bardzo słabo lub wcale nawet nie słyszemy dźwięków w 2m pokoju oddzielonym od nas ścianą. Jak tylko otworzymy drzwi i damy możność bezpośredniego przejścia do nas dźwięków przez powietrze, natychmiast słyszemy lepiej, choć przestrzeń oddzielająca nas od źródła dźwięków została ta sama, a to dla tego że dźwięki nie przechodzą już od powietrza (ciała gazowego) do ściany (ciała stałego) i następnie znowu do powietrza. Tak samo, gdy jesteśmy pogrążeni w wodzie nie słyszemy szmerów w powietrzu nad nami rozlegających się; gdy się zaś dwa kamienie w wodzie scierają, słyszemy szmer ten wyraźnie, a nie będziemy go słyszeć wylazszy z wody. Wszystko to dowodzi, że dźwięki z wielką trudnością z ciał stałych przechodzą do gazowych lub płynnych i odwrotnie z płynnych do gazowych lub stałych, a fizyka nas uczy, iż to jest bardzo naturalnym następstwem częściowego odbicia fal głosowych przy każdym takim przejściu z jednego ciała do drugiego, odbicia, przy którym odbite fale głosowe mogą być uważane za stracone dla naszego ucha.

dnikiem dźwięków (Laennec, l. c. p. 73) Narzucenie więc L a e n n e c ' o w i myśli o tém, iż ciała *twarde* lepiej przepuszczają dźwięki <sup>1)</sup> jest nieusprawiedliwioném. Mógł mieć L a e n n e c myśl podobną, mógł jej nie mieć, w każdym razie są to pojęcia które zaczęły się wykluwać daleko później w naszych czasach, i żadnego z tych zdań przypisywać mu nie można, gdyż to z nauki jego bezpośrednio nie wypływa. Chcąc bardziej uwidocznic ten swój zarzut rzuca kwestyę S k o d a: dla czego do auskultacyi używamy stetoskopu, t. j. cylindra wydrążonego, a nie wałka drewnianego? Tém pytaniem wciąż narzuca S k o d a L a e n n e c ' o w i myśl o lepszym przeprowadzaniu dźwięków przez ciała stałe i porównywa niejako stetoskop do płuca zdrowego a wałek do płuca zwątrobiałego. Porównanie atoli takie nie jest słuszném, bo jeżelibyśmy jeszcze znajdowali jakie odległe podobieństwo między wałkiem a płucem zwątrobiałym, to dla znalezienia czegoś analogicznego podobnego do płuca normalnego, powinniśmy zrobić taki stetoskop, w którymby za warstwą powietrzną następowała warstwa drzewa, następnie znów warstwa powietrza i t. d., to jest, stetoskop z wewnętrznymi przegródkami. Taki stetoskop niezawodnie przeprowadzałby gorzej jeszcze dźwięki, aniżeli wałek drewniany, i dla tego nie dziw, iż nikomu nie przyszło do głowy coś podobnego urządzić, gdyż nie odpowiadałoby to wcale swemu celowi.

Przykłady powyższe patologiczne dostępne spostrzeżeniu każdego niezależnie od teoretycznego nawet rozpamiętywania, przekonają nas o lepszym przeprowadzaniu dźwięków przez ciała stałe, jednorodne, aniżeli przez ciała lub organa, złożone z ciał gazowych i stałych lub płynnych zarazem i przedstawiające przeto wielką różnorodność składu pod względem fizycznym. Poprzestalibyśmy na tych dowodach wziętych z spostrzeżenia niemal codziennego, na tych rzecz można, przez naturę samą wykonanych doświadczeniach, gdyby nie uwaga na wielkie znaczenie i rozpowszechnienie opinii S k o d y. Autor ten używa jeszcze dziś tak wielkiej powagi, szczególnie w południowych Niemczech i u nas, zarzuty jego przeciwko zdaniom L a e n n e c ' a wymierzone tak są dziś jeszcze wysoko stawione i w podręcznikach perkussyi i auskultacyi powtarzane, iż nie mogliśmy się na jednem spostrzeżeniu zatrzymać i celem usunięcia wszelkich wątpliwości robiliśmy doświadczenia z kawałkami płuc, wyjętych z trupa. S k o d a robił w tym celu także doświadczenia, lecz rezultata jakie on otrzymał, po dokładnym zbadaniu rzeczy, utraciły dla nas wszelkie znaczenie z powodu niedokładności w samym sposobie eksperymentowania. Rzecz dziwna, iż do dziś dnia żaden z autorów powtarzających literalnie prawie jego wyrazy w kwestyi nas interesującej, nie zadał sobie pracy rozpatrzyć, wśród jakich warunków były dokonane doświadczenia S k o d y; ledwie nie każdy z nich niewolniczo za S k o d a powtarzał jego wniosek, iż „zwątrobiałe płuco gorszym jest przewodnikiem dźwię-

<sup>1)</sup> Co się tyczy téj kwestyi: czy ciała twarde stałe *lepiej* t. j. z mniejszą utratą mocy przepuszczają dźwięki czy ciała gazowe, to słuszenie zauważył S k o d a, że fizyka eksperymentalna nie dosć nad nią się zastanowiła i w tym względzie pewnych wiadomości nie dała. Nie ma tu mowy, ma się rozumieć o *szybkości* rozchodzenia się dźwięków w ciałach stałych lub płynnych i gazowych, gdyż to zadanie rozstrzygnęła już fizyka na korzyść pierwszych, a przynajmniej niektórych z nich.

ków od normalnego”<sup>1)</sup>. Rozpatrzmyż więc, jakie doświadczenia upoważniały Skodę do tego wniosku. Doświadczenia swoje robił on w ten sposób, iż do płuca z trupa wyjętego, ktokolwiek przykładał stetoskop i weń mówił; drugi zaś badacz w tym samym czasie auskultował za pomocą stetoskopu, przykładanego do drugich miejsc tego samego płuca w pewnych odstępach od pierwszego. Jeżeli brać płuco zdrowe i następnie zaraz płuco zwątrobiałe dla porównawczych doświadczeń, to według Skody okazuje się, iż na płucu zwątrobiałym zawsze stetoskopy powinny być bardziej zbliżone, dla tego aby głos z jednego stetoskopu dochodził do drugiego; w normalnym płucu przeciwnie, odległość między stetoskopami może być większą, t. j. głos dochodzi na większej przestrzeni, a więc normalne płuco jest lepszym przewodnikiem. Nie mówiąc już o tém, że Skoda nie oznacza w pewnych cyfrach, jak wielka była odległość w jednym i drugim razie—co podaje w wątpliwość dokładne zmierzenie, nie zwracając uwagi na inne pewniejsze usterki (jako np. niewymienienie dokładnej liczby podobnych doświadczeń i t. p.) nie możemy się jednak nie zastanowić nad jedną okolicznością, która cały rezultat doświadczenia podaje w wątpliwość; mianowicie, źródłem głosu jest człowiek mówiący w stetoskop, głos zaś ludzki może ulegać pewnym zmianom w mocy tym bardziej nieuniknionym, gdy się mówi tak niewygodnie (w ciasny otwór stetoskopu); pomimo więc najlepszych chęci, musiał być to silniejszym, to słabszym, w pewnych, wprawdzie ciasnych granicach, dostatecznych jednakże dla wprawienia w błąd auskultującego, który mógł chwilowo słabszy głos mówiącego przypisać gorszemu przeprowadzeniu dźwięków przez organa, z którymi robiono doświadczenia. Z drugiej strony, kto robił podobne doświadczenia, przekonał się, jak dalece płuca, czy zdrowe, czy chorobą zmienione są złymi przewodnikami dźwięków w porównaniu z powietrzem lub wodą; przekonał się, iż otwory obydwóch stetoskopów musiały w doświadczeniach takich być bardzo blisko siebie (jak blisko, nie wiemy, gdyż Skoda nie podaje odległości w żadnym doświadczeniu), a więc źródło głosu musiało być bardzo blisko ucha auskultującego — co mogło dawać częstokroć powód do usłyszenia głosu inną drogą, jak przez płuca, t. j. bezpośrednio przez powietrze, i ztąd udaremnić lub zrobić niepewnym rezultat doświadczeń.

Uważając z tych względów doświadczenia Skody za niedostateczne dla rozstrzygnięcia stanowczego kwestyi, i starając się usunąć te warunki, które w wątpliwość podały w umyśle moim rezultat tych doświadczeń, zastąpiłem w moich doświadczeniach głos człowieka żywego, ulegający mimowolnym zmianom, chodem (*gangiem*) zegarka, nadto starałem się umieścić ten zegarek jak można dalej od ucha auskultującego i otoczyć go złymi przewodnikami, aby bezpośrednio przez powietrze najmniej dźwięków dochodzić mogło. Kładłem więc zegarek na stół marmurowy (marmur jest daleko gorszym przewodnikiem od drzewa) sekcyjny<sup>2)</sup>, otaczałem go watą po bokach, a na zegarek z wierzchu watą niepokrytą, kładłem talerz z kawałem zwątrobiałego lub téż (następnie dla porównania) po-

<sup>1)</sup> Skoda, l. c. pag. 53.

<sup>2)</sup> Doświadczenia te robiłem w Wiedniu.



skutkiem czego strzyknęła krew z kilku przeciętych tętnic, które podwiązaliśmy. Przeciawszy następnie powięź, oddzieliłem ją wraz z przyległą skórą i całą odpowiednią wargą sromową mniejszą w kierunku ku górze częścią za pomocą nożyka, częścią za pomocą palców, od samej masy narośli tak wysoko, że dostać się mogłem ponad górny koniec ciała narośli i do powrózka więzistego idącego od górnego jej końca do odpowiedniej odnogi łuku łonowego. Przy tej sposobności przekonać się mogłem, że rzeczony powróżek był znacznie grubszy, niż być się zdawał przy zewnętrznym badaniu narośli; pokazało się bowiem, że grubość jego wynosiła  $\frac{3}{4}$  cala jeśli nie więcej. Powróżek ten składał się z tkanki włóknistej, bardzo wytrzymałej, ściśle połączonej z powięzią zwierzchnią wargi sromowej. Przeciłem go w poprzek do połowy jego grubości, i znowu trysnęło parę tętnic, które natychmiast podwiązaliśmy. W końcu, uniósłszy nieco narośl lewą ręką i odwróciwszy ją ku nodze prawej chorzej, przecięłem na zewnętrznej czyli lewej stronie jej szypuły skórę i powięź zwierzchnią cięciem łukowatym, wypukłą swą stroną zwróconą ku ciału narośli a poczynającem się i kończącem w tychże miejscach, co i cięcie wykonane na stronie wewnętrznej szypuły narośli. W końcu kilkoma dalszemi cięciami przecięłem jeszcze i część pozostałą rzeczonego wyżej powrózka więzistego.

Po oddaleniu narośli znowu miało miejsce mocne krwawienie, które dopiero ustało po podwiązaniu kilku małych tętnic i jednej żyły.

Po uspokojeniu krwawienia, oczyszczeniu rany i wyprowadzeniu najwyżej leżącej z założonych podwiązek przez kąt jej górny, a reszty tychże podwiązek przez kąt jej dolny na zewnątrz, połączyłem samą ranę szwem krwawym, złożonym z sześciu jedwabnych ściegów czyli podwiązek, pozostawiając jednak górny i dolny koniec rany otwartym.

Tak zamkniętą ranę opatrzyłem warstwą skubanki i kompresem i przytwierdziłem opaskę postaci litery T w taki sposób, że tak opaska jak i skubanka wraz z kompresem pokrywały wyłącznie tylko wargę sromową operowaną, aby chora mogła oddawać mocz bez zaciekania pod opatrunek.

Odjęta narośl ważyła dziewięćdziesiąt dwie uncye czyli 7 funtów i 8 uncyj wagi aptekarskiej, a  $6\frac{9}{16}$  funt. wagi cywilnej polskiej. Pan Prof. B r o d o w s k i, któremu ją przesłałem, poddał ją bliższemu badaniu. Według jego poszukiwań składała się ona z niewielkiej stosunkowo ilości komórek dużych, po większej części gwiazdowatych, które komunikując z sobą szerokimi wypustkami, tworzyły rodzaj sieci o dużych oczkach; w tych znajdowała się znaczna ilość substancji międzykomórkowej, drobnoziarnistej. W pośród tej substancji dały się miejscami spostrzegać komórki od poprzednich mniejsze, jużto kuliste, już jajowate, już nakoniec wrzecionowate, tudzież sieć o mniejszych oczkach, która nie zdawała się komunikować z siecią poprzednio wspomnianą.

Mięszk narośli, opatrzonej znaczną liczbą naczyń krwionośnych umiarkowanej grubości, na przecięciu posiadał barwę białawą i był bardzo pulchny, tak, że pozornie przedstawiał postać tłuszczaka, czém jednak ze względu na powyższe histologiczne dane nie był. Owszem z danych tych możnaby było z razu wnioskować, że mieliśmy do czynienia z nowotworem znanym pod nazwą *śluzaka* czyli

*narośli myksomatycznej* (Myxoma). Brakło jednak w substancji jego międzykórkowej mucyny, i dla tego właśnie nie można było uważać go za śluzaka, lecz jedynie za właściwego *mięsa* czyli *narośl sarkomatyczną* (Sarcoma).

Chora po operacji miała się dobrze i w dniach następnych mało gorączkowała.

W dniu 3. i 4. po operacji usunięto ścięgi szwu krwawego. Rana okazała się po większej części za pomocą *pierwszego zlepienia* spojona, reszta jej zaś przeszła w ropienie.

W dniu 30tym października odpadły pierwsze podwiązki od podwiązanych naczyń, w dniach następnych odpadła reszta tychże podwiązek, ostatnia zaś dopiero w dniu 7ym listopada. Od téj chwili proces zabliznienia w dobrze granulującej ranie szedł już należycie, i w połowie grudnia rana na całej rozciągłości była zagojona.

Po jej zagojeniu lewa warga sromowa większa co do objętości i postaci, prawie zupełnie była odpowiednia prawej, z tą różnicą, że znajdowała się na niej blizna smugowata, ciągnąca się po stronie jej dolnej i wewnętrznej od końca przedniego do tylnego, wzdłuż której skóra ułożoną była w liczne, drobne marszczki, zbiegające się z blizną pod kątem prostym. Co zaś do odpowiedniej wargi sromowej mniejszej, ta, mimo mocne ściągnięcie się po operacji, nie zupełnie wróciła do prawidłowych rozmiarów i pozostawała nieco szerszą i grubszą od odpowiedniej wargi strony prawej.

W dniu 6tym grudnia chora w stanie zupełnego zdrowia opuściła szpital.

#### UWAGI EPIKRYTYCZNE.

W literaturze gyniatrycznej napotyamy opisane przypadki już to większych, już mniejszych narośli warg sromowych. Niektóre z nich nie tylko pod względem ogólnej budowy i postaci, ale i pod względem sposobu powstania i stopniowego rozwoju, jak również pod względem nawet miejsca usadowienia tyle przedstawiają podobieństwa do narośli mięsakowych w naszych dwóch przypadkach postrzeganych, że uważać je wypada za identyczne z niemi, pomimo to, że niektóre z nich przez opisujących je autorów inną nazwą oznaczone zostały.

Ze wszystkich znanych przypadków narośli warg sromowych z naszymi dwoma przypadkami, najwięcej według mego zdania zgadzają się te, które ogłoszone zostały przez Amata Lusitanusa, Palmę, Abrahama Vatera, Greyera, Fahnnera, Fréteau'a, Bartłomieja Siebolda, Haasego, Steinbergera, Kocha, Rapatela i Churchilla. Przypadki te w ważniejszych swych szczegółach były następujące:

1. Najprzód co się tyczy przypadku ogłoszonego przez Amata Lusitanusa<sup>1)</sup>, ten zdarzył się w szpitalu miasta *Pesaro* w *Umbryi* we Włoszech.

<sup>1)</sup> *Amati Lusitani curationum medicinalium centuriae septem. Venetiis, 1566. 8vo.* (Burdigalii, 1620. 4to). Centuria 5, curatio 88. — Zobacz: *Observationum medicarum, rararum, novarum, admirabilium et monstrosarum liber quartus, de partibus genitalibus utriusque sexus; studio atque opera Joannis Schenckii a Grafenberg.* (Basileae, 1584). Friburgi Brisgoiae. 1596. 8vo. Liber 4, observatio 86. Pag. (144—147) 145—146.

Dotkniętą nią była kobieta 45-letnia. Narośl blisko 25 funtów ważyła, i osadzoną będąc w okolicy pachwinowej (raczej łonowej), wolno między udami wisiała. Kobieta ta w kilka dni po przybyciu do szpitala umarła. *L u s i t a n u s* celem zbadania anatomicznego składu narośli rozciął też narośl przez środek i znalazł całą złożoną z substancji białej, podobnej do mięszu wymieniowego („*caro erat alba, pituitosa, uberis carnem prae se ferens*“). W górnej jej części umieszczony był otwór sromowy.

2. Przypadek *P a l m y* był następujący: lekarz ten operował wieśniaczkę dziewczę dotkniętą naroślą mięsną, powstałą ze skóry sromu, która w taki sposób w jej kroku była osadzona, że otwór sromowy przez nią ku stronie prawej był odsunięty. Była ona w części swjej osadowej szeroka na 5 palcy, ku dołowi zaś stawała się coraz szerszą. Po odjęciu ważyła 18 funtów cywilnych: co do mięszu swego podobną była do wymienia krowiego i była, jak *P a l m a* mówi, napełniona gruczołami (?) i tłuszczem. Chora wyzdrowiała <sup>2)</sup>.

3. Narośl postrzegana przez *V a t e r ' a* <sup>3)</sup> była naroślą sarkomatyczną wargi sromowej prawej wielkich rozmiarów, i po szczęśliwem jej odjęciu ważyła 12 funtów cywilnych.

4. Przypadek *G r e y e r ' a* <sup>4)</sup> odnosi się do narośli wargi sromowej prawej, która mając 16 cali długości, w najgrubszym swem miejscu była 9 cali gruba. Narośl ta z małego guziczka w rzezoniej wardze powstała, po odjęciu ważyła 15 funtów. (*G r e y e r* twierdzi, że była utkania gruczołowego).

5. Narośl chorój, o której *F a h n e r* <sup>5)</sup> zdał sprawę, wyrosła również z prawej wargi sromowej większej i powstała po upadnięciu chorój na pień drzewa. Wzrosła zaś zwolna do takiej wielkości, że w końcu wisiała aż po kolana. Podwiązano ją i odjęto potém. Ważyła 12 funtów, była wewnątrz zupełnie biała i wyglądała jakby bryła tłuszczu, otoczona grubą powłoką skórną.

6. Narośl wargi sromowej, którą odjął *F r é t e a u* <sup>6)</sup>, miała w swjej podstawie przeszło połowę téj grubości, którą posiadała w swem ciele, a samo jej ciało miało objętości 4 stopy. Ważyła zaś 30 funtów i okazywała budowę komórkową. W jej mięszu znajdować się miały surowica, płyn białkowy i tłuszcz.

<sup>2)</sup> Spostrzeżenie opowiedziane przez *Jerzego Palmę* ogłoszone zostało przez *Joachima Camerariusza* w dziele: *Observationum medicarum etc. lib. 4 etc. Studio atque opera Joan Schenckii a Grafenberg. Friburgi Brisgoviae 1596. 8vo. Observatio 86. Pag. (144—147) 146—147.*

<sup>3)</sup> *Abrah. Vater: Historia et cura sarcomatis monstruosi et canerosi. Vitembergae, 1693. 4to. Halleri Bibliotheca chirurgica. Vol. 5, pag. 62.—Porównaj: Handbuch der pathologischen Anatomie von F. G. Voigtel. Band 3. Halle, 1805. 8vo. S. 422—423.*

<sup>4)</sup> Zobacz: *Vollständige Auszüge aus den besten chirurgischen Disputen aller Akademien, herausgegeben von F. A. Weitz. 5ter Band. Leipzig und Budissin, 1777. 8vo. — Porównaj: Die Frauenkrankheiten etc. von Friedrich Ludwig Meissner, 1ter Band, 1te Abtheilung. Leipzig, 1842. 8vo. S. 231.*

<sup>5)</sup> *Fahner: Beiträge zur praktischen Arzneykunde. Stendal, 1799. 1ter Band, Bemerkung 1. — F. G. Voigtel w miejscu przytoczoném, stronnica 423.*

<sup>6)</sup> *Fréteau* w czasopiśmie: *Journal général de médecine. Vol. 47. 1813, Juillet. — F. L. Meissner w miejscu przytoczoném, stronnica 230.*



7. Narośl operowana przez B a r t ł o m i e j a S i e b o l d ' a <sup>7)</sup> powstała po upadnięciu chorój na kupę wiorów, przy którym taż chora tak sobie skaleczyła części rodne, że nastąpił krwotok, skutkiem którego dużo krwi utraciła. W dziesięć lat później spostrzegła na wardze sromowej lewej małą brodawkę, na którą jednak nie zwróciła uwagi. Doszedłszy do 30go roku życia, zaszła w ciążę, i od téj chwili wspomniona brodawka tak się powiększyła, że po upływie sześć miesięcy przedstawiała się w wielkości głowy dziecięcia donoszonego. S i e b o l d, podczas ciąży jeszcze, odjął narośl z pomyślnym skutkiem. Ważyła ona trzy funty wagi cywilnej. Operujący uważał ją za *steatoma*.

8. Chora H a a s e ' g o <sup>8)</sup> była kachektyczna i po raz pierwszy ciężarna. Z prawej jéj wargi sromowej większej wisiała narośl sarkomatyczna. 12 cali długa i w dolnej swéj części grubość dwóch pięści mająca. H a a s e narośli téj nie operował. Chora na 6 tygodni przed prawidłowym końcem ciąży wydała na świat płód zgniły. Po porodzie zaś wpadła w gorączkę, której w 5. dniu połogu padła ofiarą. I w tym także przypadku narośl powstała w następstwie zgniecenia sromu przez upadnięcie.

9. Co do przypadku S t e i n b e r g e r ' a <sup>9)</sup>, to chora leczona przez tego lekarza miała 36 lat wieku i była matką trojga dzieci. Po drugim porodzie, który miał miejsce w 28ym roku jéj życia, powstał w wardze sromowej większej lewej guzik mały, twardy, niebojący. Guzik ten, bez wiadomej przyczyny, wzrastał zwolna coraz więcej i w końcu zamienił się na narośl kulistą, 3¼ cali grubą, osadzoną na szypule pół cala grubój i półtora cala długiej. S t e i n b e r g e r podwiązał szypulę guza, a gdy chora w skutek podwiązania doświadczała mownego bólu, w dwa dni później przeciął szypulę nożem tuż przy wardze sromowej. Nie było przy téj operacyi żadnego znacniejszego krwawienia, i rana operacyjna szybko się zagoiła. Odjęty guz ważył ¾ funta i według poszukiwania S t e i n b e r g e r ' a miał się składać z substancyi jednostajnej, słoninowatój, twardej, barwy żółtawój.

10. Postrzeżenie K o c h ' a <sup>10)</sup> było następujące: kobieta dotknięta naroślą 12—14 funtów ważącą, wiszącą z prawej jéj wargi sromowej a sięgającą ko-

<sup>7)</sup> *Bartholomaeus v. Siebold* w czasopiśmie: *Journal für die Chirurgie, Geburtshülfe etc. herausgegeben von Loder*. 5ter Band, 4tes Stück. Jena, 1800. 8vo. S. 607. Taf. IX. — *F. G. Voigtel* w miejscu przytoczoném, stronnica 423. — *F. L. Meissner* w miejscu przytoczoném, stronnica 231.

<sup>8)</sup> *Haase*: Fünfzehnter Jahresbericht über die Vorfälle in dem Entbindungs - Institute bei der Königlich Sächsischen chirurgisch - medicinischen Akademie im Jahre 1839; w czasopiśmie: *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde*, herausgegeben durch *Busch, Mende, Ritgen* etc. 5ter Band. Weimar, 1830. 8vo. 4tes Heft, S. (627—639) 630.

<sup>9)</sup> *Steinberger*: Erfahrungen im Felde der Geburtshülfe, Frauen-und Kinderkrankheiten; w czasopiśmie: *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, herausgegeben von *Busch, d'Outrepoint* und *Ritgen*. 2ter Band. Berlin, 1835. 8vo. S. (96—113) 100—102: „Speekiges Gewächs an den Geschlechtstheilen einer Frau.“

<sup>10)</sup> *L. Koch* w czasopiśmie: *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, herausgegeben von *v. Gräfe* und *v. Walther*. 24ter Band. Berlin, 1836. 8vo. 23. Heft. — *F. L. Meissner* w miejscu przytoczoném, stronnica 232.

lan, obłożyła sama szypułę téjże narośli podwiązką i usiłowała narośl odciąć brzytwą. Gdy jednak odcięła ją do połowy, z rany powstał tak mocny krwotok, że zniewoloną była do powstrzymania dalszej operacyi. Doktor K o e h, nazajutrz dopiero wezwany, odcięcie narośli dokończył. Rana operacyjna w drodze ropienia w krótkim czasie się zagoiła. Odjęta narośl według K o e h'a miała być *lipomatem*.  
(Dokończenie n.)

## K O R R E S P O N D E N C Y A.

*Paryż, 23 października 1866 r.*

Jedną z najważniejszych kwestyj zajmujących dzisiaj umysły wielu francuzkich klinicyków, jest zastosowanie chorobnych objawów spotykanych w narządzie wzrokowym do rozpoznawania chorób układu nerwowego.

Liczne obserwacye wykazały, że częstokroć sprawy chorobne osrodków nerwowych, komplikują się ze zmianami w narządzie wzrokowym. Zacierpywanie objawów z tego narządu głównie jest niezbędne w razach, gdy grupa objawów ze strony układu nerwowego nie wystarcza do stanowczego oznaczenia rodzaju choroby a raczej do wyprowadzenia rozpoznania różniczkowego.

Wziernik oczny dzisiaj staje się przeto ważnym, pomocniczym narzędziem dla każdego lekarza, jakim był dotąd prawie wyłącznie dla okulisty.

Z wynalezieniem jego przez Helmholtz'a poczęła się nowa dla okulistyki era; nie wahamy się wyrzec, że z zastosowaniem jego do rozpoznawania chorób układu nerwowego spodziewać się należy stanowczego rozpoznania rodzaju choroby w pewnych wypadkach, w innych rzucenia jaśniejszego światła na dość ciemne pole, jakie nam przedstawia patologia układu nerwowego wedle jęj dzisiejszego naukowego stanowiska.

Ten sposób badania osrodków nerwowych przez pośrednictwo narządu wzrokowego nazywano „Cerebroskopia” (Cerebroscopia, Cerebroscopie).

Pierwszą myśl jęj rzucili niemieccy okuliści. Stellwag v. Carion zwrócił pierwszy uwagę na zapalenie nerwu wzrokowego w zapaleniu gruzelkowym opon mózgowych i na pewne zmiany zachodzące na dnie oka w przebiegu gorączek tyfoidalnych. Graefe zaś spostrzegł podobne zmiany wywołane obecnością nowotworu w mózgu. Później liczne ogłaszano prace w osobnych broszurach, dziennikach, oraz kwestya dziś żywo nas obchodząca była często przedmiotem rozpraw na posiedzeniach uczonych lekarskich towarzystw. Wspomnieni okuliści niemieccy więcęć ogłaszali na tém polu spostrzeżeń, znalazło się téż więcęć badaczy, którzy pracami swojemi przyczyniali się do postępu nowęj semiotyki.

Tu zasługują na wspomnienie:

Liebreich, Rayer, Bérard, Hutin, Schön, Carron de Villards, Godin, Andral, Durand Fardel, Charpentier, Valleix, Parise, Jobert de Lamballe, Longet, Schmidt Herard, Stuart Cooper, Nota, Treviranus, Temputi, Todd, Gloniger, Ried, Coccinus który pierwszy powziął myśl do zastosowania wziernika ocznego do rozpoznawania chorób umysłowych; Türk, Ersemann, Gubler, Lelut, Calmeil, Ludwig, Lecorche, Dumas, Cruveilhier, Troussseau, Follin, Sperino, Duchenne de Boulogne, Wordsworth, Magendi, Lallemand, Droux, Delasiauve, Imbert, Nelaton, Sichel, Menier, Jacobson, Virchow, Gayet, Beck, Mackenzie, Bouchut, którzy przytaczali swoje spostrzeżenia dotyczące udziału narządu wzrokowego, przy sprawach chorobnych zachodzących w układzie nerwowym lub w narządach innych układów; niektórzy z nich uzupełniali obserwacye badaniami drobnowidzowemi.

Cały wyliezony szereg pracowników zbierał tylko materyał, że się tak wyrażę, do nowego budynku, którego węgielny kamień dopiero położył nasz rodak Dr Nawery G a l ę z o w s k i, który poczynając od 1860 roku, od czasu do czasu ogłaszał w dziennikach lekarskich swoje obserwacye w tój kwestyi czynione, a obecnie wydał pierwszą zupełniejszą pracę pod tytułem „Etude ophthalmoscopique sur les alterations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent. Leclerc. Paris 1866. Dzieło ozdobione tablicą chromolitografowaną i 3 figurami w tekście. Jest to praca obznajmijająca nas z dzisiejszém stanowiskiem cerebroskopii, słusznie téż w krótkim czasie w piśmiennictwie francuzkiém ważne zajęła miejsce i uznana została przez tutejszych uczonych.

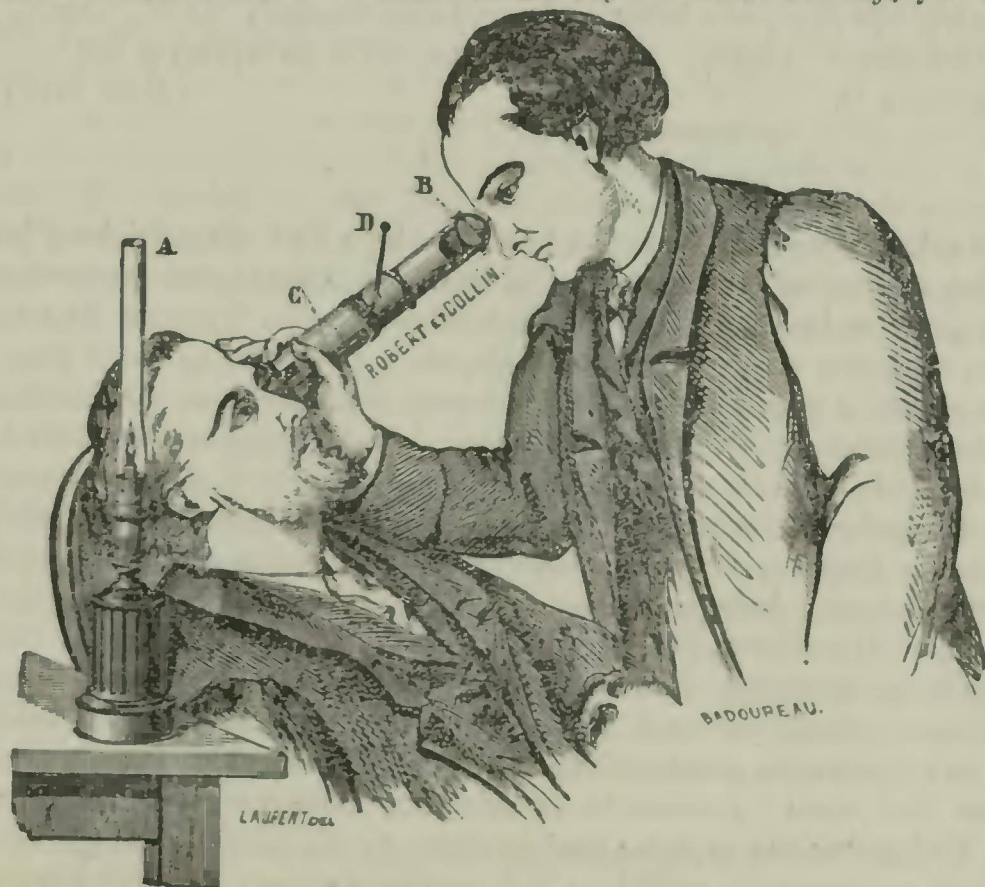
Prawie jednocześnie ukazało się wprawdzie drugie dzieło P. B o u c h u t pod tytułem „Du diagnostic des maladies du systéme nerveux par l'ophthalmoscopie“ z 14 figurami w tekście i atlasem z 24 figur złożonym; jednakże pierwszą myśl cerebroskopii przyznać należy Drowi X. G a l ę z o w s k i e m u, który w 1860 roku zwrócił uwagę B o u c h u t na niniejszą kwestyę a w poszukiwaniach po szpitalach i klinikach okulistycznych głównie u Desmarrés (ojca) i w szpitalu Sainte Eugénie za przewodnika mu służył.

Badanie oczów wziernikiem na salach szpitalnych, gdzie właśnie najwięcej mamy sposobności do czynienia spostrzeżeń, przedstawiało wiele trudności. Miejscowe warunki nie zawsze pozwalają mieć do dyspozycyi ciemny pokój, nieodzownie potrzebny do badania wziernikami ocznymi, dotąd używanymi. Przenoszenie chorych bezwładnych lub obłożnemi chorobami dotkniętych, do pokoju ciemnego, jest bardzo męczącym chorych i utrudzającym służbę szpitalną.

Oprócz tego wszystkie dotąd używane wzierniki przedstawiały tę niedogodność, że przestrzeń pomiędzy soczewką wypukło-wypukłą i okiem badaném nie była stałą ani oznaczoną, co także nie mało utrudnia badanie.

Dr. X. G a l ę z o w s k i chcąc usunąć wspomniane niedogodności i dowóllszy wbrew przeciwnie ogólnej opinii, że różnica odległości potrzebna dla oka krótko i daleko widzącego jest tak mała że nie zasługuje na uwagę, urządził wziernik zasadzający się na ustaleniu odległości pomiędzy okiem badaném i soczewką wypukło-wypukłą, umieszczoną w rurze zastępującej ciemny pokój.

Oto załączamy niżej rysunek wziernika i pozycyi badacza i badanego, który autor był laskaw nam udzielić. Wziernik składa się z 3 rurek wsuwających się jedna w drugą, jak w lu-



netach. Jeden koniec wziernika ukośnie ścięty obwieziony jest kauczukiem, irchą, lub inną materyą elastyczną, celem zapobieżenia od ucisku przy opieraniu tego końca na brzegu oczodołu; prócz tego przedstawia podłużne prostokątne wycięcie, przez które widzieć można pozycyę i oświetlenie gałki ocznej podczas badania. Na pewnej odległości wewnątrz rury umieszczona jest stała soczewka wypukło-wypukła (przedmiotowa) C. Drugi koniec jest owalnie wycięty. Na końcach wycięcia jest umieszczone wklęsłe lustro B, obracające się około swój osi. Za pomocą te-

go lusterka sprowadza się światło z ogniska lampy *A* na soczewkę w rurze umieszczonej *C*, a tym sposobem na oko. Ażeby oko daleko widzące obserwatora mogło dokładnie widzieć wnętrze oka badanego, umieszczone jest za lusterkiem szkło obustronnie wypukłe *N*. 12 w metalicznym rowkowanym łuku, w tym celu urządzone. Jeżeli badającego oko jest krótko widzące, dostatecznym jest zsunąć nieco rurkę.

Zewnątrz wziernika mniej więcej na połowie długości znajduje się przymocowany i kulką zakończony pręcik *D*, na który wzrok badanego winien być skierowany. Jednakże we wziernikach obecnie przez *R o b e r t ' a* i *C o l l i n ' a* wyrabianych zamiechano tego szczegółu, gdyż swobodniej można kierować oczami chorego w różne strony za pomocą palca obserwatora.

Celem dokładnego widzenia za pomocą tego wziernika, autor zachowuje pewne warunki: źrenicę rozszerza przez wkropienie roztworu obojętnego siarczanu atropiny.

Chorego bada w pozycyi siedzącej z głową przechyloną nieco w tył, opartą o krawędź fotelu lub o ścianę; w pozycyi leżącej przysuwając chorego na brzeg lewy łóżka dla zbadania oka prawego i przeciwnie. Ten sposób badania jest nieoceniony u bezwładnych i bezprzytomnych chorych.

Dla badania oka lewego ujmuje się wziernik ręką prawą i przeciwnie; koniec obwiedziony elastyczną materją lekko przykłada się do brzegu oczodołu, naturalnie z uwagą aby wycięcie eliptyczne drugiego końca zwrócone było ku drugiemu oku, czyli na stronie światła lampy. W ten sposób łatwo przez poruszenia lusterka, można promienie na niego padające skierować na rogówkę a oświetlone duo oka obserwator spostrzeże przez dziurkę w lusterku wyrzniętą. Autor radzi, aby podczas badania, pomocnik patrzył przez dolne wycięcie prostokątne w rurze wziernika będące, czy ognisko światła pada na rogówkę i źrenicę. Dla dokładnego widzenia wzgórka nerwu wzrokowego w badanym oku, to winno być skierowane ku nosowi lub patrzeć na naprzemian-ległe ucho obserwatora: warunek wymagany także przy badaniu innymi wziernikami.

Za pomocą tego wziernika mieliśmy sposobność często w rozmaitych szpitalach paryzkich obserwować i przekonałiśmy się, że przy małej wprawie najdokładniej można widzieć wnętrze oka nie utrudzając chorych i siebie, w sali najbardziej oświetconej i w pozycyi leżącej chorego.

Sposób badania jest prędszy i przedstawiający szczególnie tę dogodność, że wziernik raz stosownie nastawiony i przytrzymywany przez jedną osobę, pozwala znacznej liczbie słuchaczy kolejno obserwować zachodzące zmiany. Ostatnia zaleta czyni go wyższym nad inne wzierniki, szczególnie w klinikach <sup>1)</sup>. (Dok. nast.)

---

<sup>1)</sup> Oceniając rzeczywiste zalety wziernika *Dra G a l ę z o w s k i e g o*, nie podzielamy jednak wszystkich zdań autora w tym względzie; w istocie brakowało nam wziernika, z pomocą którego mogłoby badanie w biały dzień być dokonywanym: wziernik *Dra G.* potrzeby nasze w tym względzie w zupełności zaspakaja, ale wypełniając to swoje główne zadanie doskonale, musiał w pewnych względach pozostać niedokładnym. Niezmieniona odległość soczewki przedmiotowej od oka badanego, której zalety we wziernikach stałych już w roku 1860 *Liebreich* wykazał (*Arch. f. Opht.* Bd. VII-2. p. 134) stanowi jedną z małych niedogodności wziernika *Dra G.* Wiadomo każdemu z okulistów, iż przy badaniu w rysunku odwrotnym od przedniej i tylnej powierzchni soczewki przedmiotowej powstają dwa odblaski, które gdy soczewka pionowo do osi oka badanego jest trzymana, zasłaniają część środkową pola badania i dla niewprawnych w badaniu stanowią wielką przeszkodę; przekręcając nieco soczewkę w jedną lub drugą stronę usuwamy odblaski te w strony, skutkiem czego środek soczewki, a więc i środek części oświetlonej wnętrza oka badanego, zostaje niezastłonięty. We wzierniku *Dra G.* soczewka przedmiotowa jest stale i pionowo do osi wziernika umieszczona, przekręcana więc być nie może. Niedostatek ten zapewne ztąd powstał, że dla przekręcania soczewki w rurze wewnętrznej umieszczonej, musiałyby być porobione otwory w rurze zewnętrznej.

## KRONIKA ŻAGRANICZNA.

Prof. M. Schiff. Nouvelles recherches sur la glycogenie animale. Journal de l'Anatomie et de la Physiologie, publié par Ch. Robin. — 1866 Juillet et Août. Paris.

W roku 1857 Cl. Bernard i M. Schiff prawie jednocześnie odkryli w wątrobie substancją do krochmalu zbliżoną (glykogen), która pod wpływem pewnego fermentu przechodzi na cukier, i wykazali że substancja ta jest źródłem ciągłego powstawania w wątrobie cukru <sup>1)</sup>. Doświadczenia przekonały, że układ nerwowy wywiera wpływ na funkcją glykogeniczną wątroby; przecięcie bowiem rdzenia powyżej lub poniżej obrzmienia szyjowego i przecięcie nerwów błędnych powyżej odejścia gałęzi płucnych zmniejsza i wstrzymuje wytwarzanie się cukru, drażnienie zaś końca ośrodkowego nerwu błędnego i początku jego w rdzeniu przedłużonym (piqûre diabétique Bernard'a) powiększa wytwarzanie się cukru w wątrobie do tego stopnia, że znaczna jego ilość przechodzi nawet do moczu.

Fakta tu przytoczone, które w nauce są uznane, nie zostały w zupełności potwierdzone przez nowsze poszukiwania prof. Schiffa. Doświadczenia jego robione łącznie z Drem Herzenem w celu oznaczenia warunków powstawania cukru w wątrobie, doprowadziły do następujących rezultatów: 1) że ferment wywołujący przemianę glykogenu na cukier, wytwarza się nie w wątrobie lecz we krwi (jak to dawniej już Schiff utrzymywał), 2) że w stanie normalnym żyjącego zwierzęcia krew tego fermentu nie zawiera, a więc i glykogen przez wątrobę wytwarzany na cukier się zamienia. 3) że powstawanie nadmienionego fermentu a więc i cukru w organizmie jest następstwem zmiany pośmiertnej krwi lub zbieżeń w jej krążeniu.

Najważniejsze doświadczenia na których prof. Schiff te wnioski opiera, są następujące: w chwili gdy pomocnik zabijał zwierzę (ssące) przez zwichnienie kręgow szyjnych lub przekłócie rdzenia przedłużonego, otwierał Schiff jamę brzuszną i wycinał kawałek wątroby, który wkładał natychmiast do naczynia zawierającego już gotującą się wodę; odwar w ten sposób otrzymany cukru nie zawierał, zaś kawałek odcięty z wątroby po śmierci zwierzęcia i w ten sposób wygotowany dawał odwar znaczną ilość cukru zawierający. Jest to więc dowód, że za życia w stanie normalnym nie ma cukru w wątrobie, lecz tworzy się dopiero po śmierci.

Po nastrzyknięciu do naczyń żywego zwierzęcia roztworu czystego krochmalu (oł drzewnika oddzielonego) po dłuższym lub krótszym czasie, we krwi świeżo badanej ani też w wątrobie nie było cukru, gdy zaś krew wypuszczona pozostała przez jakiś czas w naczyniu, natenczas zawierała cukier — to samo miało miejsce, gdy zamiast krochmalu użyto glykogenu. Okazuje się więc z tego, iż ferment przemieniający substancje krochmalowe na cukier zawarty jest we krwi, lecz rozwija się dopiero po wypuszczeniu jej na zewnątrz, lub po śmierci.

Przyczyną powstawania we krwi fermentu ma być zwolnienie lub ustanie krążenia, gdyż po nastrzyknięciu do naczynia krwionośnego roztworu krochmalu, gdy wstrzymano krążenie w jednej kończynie na jakiś czas, znaleziono potem cukier w świeżo badanej krwi i w wątrobie; to samo miało miejsce, gdy naciskano przez kilka minut aortę brzuszną u żywego zwierzęcia, i gdy u człowieka zdrowego założono na ramię ligaturę silną, po odjęciu jej okazał się cukier w moczu.

trznąj, przez któreby oś ruchów soczewki przechodziła, a może też i dlatego, że soczewka poruszająca się nie może wypełniać zupełnie rury wewnętrznej; przy obu więc tych zmianach odkryłyby się nowe drogi dla wejścia światła do wnętrza korpusu wziernika, przez co zadanie jego główne byłoby uniemożliwione; sądzimy jednak, że niedostatki temu możnaby w inny sposób zapobiedz, a mianowicie: przez umieszczenie stałe soczewki przedmiotowej, ale pod kątem ostrym do osi wziernika, zastosowując wielkość kąta ostrego do istotnej potrzeby, tak jak to Cœcius w swoim okularze uczynił.

Do mniejszych niedogodności wziernika Dra G. zaliczyć można niezbędną rozszerzanie źrenicy przed badaniem i konieczność posiadania pomocnika, któryby w czasie badania śledził stosunek odbłasku od zwierciadła na rogówce osoby badanej powstającego, do środka rogówki.

(P. R.)

<sup>1)</sup> Bernard był tego zdania, że wzmiankowany ferment wytwarza także wątroba.

Przekrwienie miejscowe wywołane przez przecięcie nerwów naczynio-ruchowych lub przez podwiązanie większego naczynia, powodować ma również powstawanie fermentu, a zatem i cukru, a fakt ten posłużył S e h i f f o w i do wytłumaczenia wpływu systematu nerwowego na wydzielanie cukru, gdyż przy wszelkich zranieniach układu nerwowego, które pociągają za sobą słodkomocz, towarzyszyć ma przekrwienie organów brzusznych.

Oceniając doświadczenia i wnioski prof. S e h i f f ' a zwrócić musimy uwagę na ważniejsze kwestye. 1) Jeśli rzeczywiście za życia w stanie normalnym wątroba nie wytwarza cukru, to pozostaje do wykazania, jakiej innój przemianie ulega glikogen w wątrobie powstający, gdyż niepodobna przypuszczać, aby ciągle się nagromadzał w wątrobie, jakto ma miejsce u żab zasypiających na zimę. 2) Gdyby powstawanie cukru w organizmie zależało od zbieżności w krążeniu krwi, to słodkomocz towarzyszyłby powinien wielu rozlicznym chorobom; — co jednak dotychczas nie zostało stwierdzone. 3) Przypuszczając że przyczyną słodkomoczu powstającego po drażnieniu pewnych części układu nerwowego jest w rzeczy samej przekrwienie miejscowe niektórych organów, to jakże znowu wytłumaczyć brak cukru (nawet po śmierci) w wątrobie zwierzęcia, któremu przecięto rdzeń kręgowy powyżej lub poniżej zgrubienia szyjowego, lub gdy przecięto nerwy błędne powyżej odejścia gałęzi płucnych. *Portner.*

## Kronika psychiatryczna.

### II.

*Twierdzenia (theses) odnoszące się do psychiatryi sądowej, podane przez towarzystwo psychiatrów niemieckich <sup>1)</sup>, na posiedzeniu odbytym w Hildesheimie (królestwo Hanowerskie) we wrześniu 1865.*

#### *Część I. Znawcy (Sachverständige).*

1) Wiadomości psychologiczne nie wystarczają do osądzenia chorobliwych stanów umysłu. — Tylko lekarz obeznany dokładnie tak z teoretyczną jak i z praktyczną stroną chorób umysłowych, może być uważanym jako znawca w sprawach odnoszących się do wątpliwego stanu umysłu.

2) Lekarz sądowy jest tylko znawcą powołanym do rady, z powodu pewnych wątpliwych okoliczności, nigdy zaś nie wchodzi on do składu sądu mającego wydać wyrok w danym wypadku.

3) Zawsze zachodzi pytanie, czy stan umysłu osoby przedstawionój do badania jest prawidłowy lub też chorobliwy. Na to pytanie odpowiedzieć koniecznie wypada lekarzowi sądowemu, chociażby w jakikolwiek inny sposób został zapytany przez sędziego. Odpowiednie do powyższego pytanie ze strony władz sądowych byłoby bardzo pożądanem.

4) Wartość zdania sądowo-lekarskiego (nawet super-arbitralnego), polega na sile przekonywającój w niem zawartój. Wyrok sędziego nie może się krępować prostą treścią zdania tego, lub powagą, bądź naukową, bądź urzędową, lekarza wydającego rzeczzone zdanie.

5) Sędzia ocenia wartość zdania sądowo-lekarskiego, a jeżeli nie znajduje w niem dowodów przekonywających, wówczas domaga się zdania drugiego znawcy, a gdy i to ostatnie uważa za niewystarczające, wtedy odwołuje się do zdania trzeciego (super-arbitrium). O ile zaś sędzia ma kilka zdań sądowo-lekarskich, wówczas przez ich wzajemne porównanie stara się oświecić o rzeczywistym stanie rzeczy.

#### *Część II. Opinia sądowo-lekarska.*

(Das ärztliche Gutachten).

6) Znawca udzielający opinią, może się posługiwać jakimkolwiek systematem nosologicznym, z tém wszakże zastrzeżeniem, że opisywane formy chorobne winien dostatecznie zeharakteryzować.

<sup>1)</sup> Towarzystwo to zostaje pod przewodnictwem F l e m i n g a, R o l l e r a, S o l b r i g a, J e s s e n a i L a e h r a; organem towarzystwa jest czasopismo Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, a twierdzenia które tu podajemy w przekładzie, wyszły w oddzielnym wydaniu.

7) W opinii sądowo-lekarskiej powinny być uwzględnione nie tylko psychiczne objawy chorób umysłowych, lecz i somatyczne; związek pomiędzy obu tymi rodzajami objawów, winien być o ile możności wykazany.

8) Rozpoznanie choroby umysłowej wtedy najdokładniej zostanie uskutecznionem, gdy objawy w niej spostrzegane należą do pewnej daniej formy chorobnej, należycie znaniej przez znawcę.

9) Gdy rozpoznanie (diagnosis) jest niepewne, wówczas winien to znawca otwarcie wypowiedzieć.

10) Każda opinia powinna zawierać o ile możności dokładną historją choroby i na takowej się opierać. Z tego powodu lekarz sądowy potrzebuje zupełnej świadomości wyników śledztwa sądowego, a w danym razie może nawet zażądać uzupełnienia śledztwa lub osobistej eksploracyi badanego.

11) Szczególniej winny być uwydatnione w opinii te czynności i postęпки badanego, które stanowią przedmiot poszukiwania sądowego; nigdy wszakże lekarz nie powinien obierać takowych za przedmiot wyłącznego badania, owszem winien on je wykazywać w związku z innymi objawami, zauważanymi u osoby badanjej.

### Część III. Odpowiedzialność (Zurechnungsfähigkeit).

12) Rozstrzygnięcie, czy badany jest odpowiedzialnym lub nieodpowiedzialnym, należy do sędziów (resp. przysięgłych), po wysłuchaniu wszakże w razie wątpliwego wypadku opinii sądowo-lekarskiej.

13) Każdy obłąkany jest nieodpowiedzialnym w obec prawa.

14) O nieodpowiedzialności obłąkanych można dopiero wnioskować z ogółu objawów psychicznych, a nie z pojedynczych okoliczności lub momentów psychicznych.

15) Następujące okoliczności nie znoszą bynajmniej nieodpowiedzialności badanego obłąkanego:

a) Gdy badany jest w stanie rozważyć skutki swoich postępków.

b) Gdy ze względu na czyny swoje jest w stanie rozróżnić ich prawność lub bezprawność.

c) Gdy okazuje skruchę za popełnione czynności bezprawne.

d) Gdy nie można wysledzić związku pomiędzy pomysłami (ideami), usposobieniami i popędami chorobliwymi, a czynnością będącą przedmiotem badania sądowego.

e) Gdy nie można w danej chwili wykazać u chorego pomysłów obłądnych (Wahnideen).

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

### Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 7 do 13 listopada (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus . . . . .	653	161	154	16	644
„ Śgo Ducha . . . . .	144	47	32	6	153
„ Ewangelickim . . . . .	81	12	22	1	70
„ Śgo Rocha . . . . .	97	42	30	4	105
„ Śgo Jana Bożego . . . . .	151	6	2	—	155
„ Śgo Łazarza . . . . .	273	54	50	4	273
„ Starozakonnych . . . . .	341	71	75	11	326
Ogółem:	1740	393	365	42	1726

## Wiadomości bieżące.

— W d. 5 listopada odbyło się 24te posiedzenie oddziału chirurgii Tow. lek. warsz., na którym prof. Le Brun okazał chorego, któremu z powodu zupełnego zmiążdżenia części miękkich ramienia, odjął tę kończynę zaraz pod stawem barkowym. Operacja ta zasługuje na uwagę lekarzy pod dwoma względami: 1, nie było żadnego krwawienia, bo wszystkie tętnice zapelnione były skrzepami (*thrombus*), co jeszcze raz stanowczo nas przekonywa o zawrocie błon wewnętrznej i średniej tętnicy ku wewnątrz przy ich rozrywaniu; 2, pomimo braku części miękkich dla utworzenia dostatecznych płatów, rana najzupełniej pokryta została skórą dzięki jej rozciągliwości. Następnie prof. Le Brun opowiedział o przypadku zaciśniętej przepukliny pachwinowej, po odprowadzeniu której jądra w mosznie nie było, chory jednak z pewnością twierdził, że przedtém jądro najwyraźniej w mosznie wyczuwał. Ciekawe nad tym przedmiotem dyskusye znajdzie czytelnik w protokóle posiedzenia. Przy téj sposobności prof. Girsztowt z Dr. Chwatem opowiedzieli téż o chorym (syn rabina z Nowego Miasta) z przepukliną pachwinową odprowadzalną, w której kiszki były zrośnięte z jądrem i zawsze razem wychodziły z jamy brzusznej i na powrót były odkładane; prawdziwość tego postrzeżenia stwierdzoną została przy operacji (herniotomia) śmiercią chorego zakończoną (w 19 godzin po oper.) Prof. Girsztowt przedstawił chorego p. Dominika S., ucznia aptekarskiego, któremu w d. 12 września b. r. wykonał odjęcie przedramienia z zastosowaniem znieczulenia miejscowego. Kol. G. F. Nowakowski opowiedział o przypadku zapalenia okostnej żuchwy skutkiem nieumiejętnego wrywania zębu rozwiniętego i przy objawach posocznicy śmiercią zakończoną. Nareszcie prof. Le Brun w imieniu Dra Helbicha przedstawił 13-letniego chłopca z przerostem gruczołów limfatycznych, które w okolicy pachwowej prawej znaczne przedstawiały rozmiary (*lymphoma*).

— Medycyna francuzka ciężką poniosła stratę: w dniu 4 b. miesiąca umarł w Paryżu Prof. Rostan w 77 r. życia. Nad grobem tego znakomitego lekarza przemówili: Monneret w imieniu wydziału lekarskiego, Boucharlat w imieniu akademii lekarskiej, Boyer w imieniu Var, rodzinnego kraju nieboszczyka, nakoniec Vigla w imieniu towarzystwa lekarskiego szpitali paryzkich, którego Rostan był jednym z założycieli. Rostan w r. 1818 rozpoczął wykłady w szpitalu *Salpêtrière*; w r. 1833 został professorem kliniki lekarskiej i w ciągu 25 lat nauczał z początku w szpitalu *Pitié*, a następnie w *Hôtel-Dieu*. Liczne dzieła jego, a mianowicie podania nad *rozmiękczeniem mózgu* (1823) i wykład zasad *organicyzmu* (1846) zjednały mu sławę pierwszorzędnego uczonego.

— W Lipsku umarł Dr. Gustaw Biedermann Günther, znany professor chirurgii; w Wiedniu Dr. WATTMANN, leib-chirurg cesarski, słynny niegdyś professor wszechniczy wiedeński.

— Rewiry lekarskie, o utworzeniu których w N. 12 Gazety Lekarskiej donieśliśmy, w dniu 2 b. m. zostały zwinięte. Obecna epidemia cholery, która w d. 21 lipca b. r. po raz pierwszy ukazała się w Warszawie jest już zupełnie na schyłku.

*Sprostowania.* W Nrze 19 Gazety lekarskiej na str. 295, wiersz 18 od dołu zamiast „nie są splaszczonymi” czytaj: *nieco splaszczonymi*; na str. 296, w wierszu 2im od góry zamiast: “zapalenie l. str. opony pajęczej,” czytaj *zapalenie tak zwanej opony pajęczej.* — W N. 19, str. 304, w wierszu 9ym od góry, powinno być 0,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> zamiast 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

---

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

---

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

---

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

---