

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1872 rsr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1873 rsr. 1

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*. Rozprawy naukowe. Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*). Dokonane przez Dra Med. *Mierzewskiego* (z Petersburga). Podał *Tadeusz Żłobkowski*, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus, asystent kliniki przy Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Elektroliza. Podług dzieła Dra *Viet. v. Brunna*. Streścił *Stanisław Chomętowski*, lekarz ordynujący w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Warszawie. Wiadomości bieżące. Wycięcie nerwu żuchwowego od strony jamy ustnej. Dodatek. Syfilidologii ark. 1 i 2. Pediatrii ark. 22 i 23. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii *Heitzmann'a* dołącza się ark. 12 i 13.

## SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego <sup>1)</sup> za czas od 1 (13) października 1870 po 1 (13) stycznia 1872.

Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*.

Sprawozdanie to będzie stanowiło początek szeregu rocznych sprawozdań, które w przyszłości dawać zamierzamy; dla tego połączyliśmy w jedno pięć pierwszych kwartałów, bo rzeczywisty stan działalności lekarskiej w Instytucie, jakkolwiek tenże w dniu 1 (13) października 1870 roku otwartym został, daje się dokładniej poznać dopiero z początkiem roku 1871. W tym bowiem czasie już ambulatoryum (otwarte dnia 1 (13) listopada) czynnym i znanym w mieście

<sup>1)</sup> Ś. p. Edward książę Lubomirski, najmłodszy z pięciu synów Michała i Maryi Magdaleny z hrabiów *Raczynskich* książąt *Lubomirskich*, na krótko przed swoją zawczesną niestety śmiercią, w liście pisanym do Edwarda hr. *Raczynskiego*, uważanym za akt erekcyjny Instytutu Oftalmicznego, przeznaczył między innymi legatami fundusz 60,000 rsr. na założenie Instytucyi dobroczynnej, której jakoś wykazać miały potrzeby kraju, a na pomieszczenie tejże wyznaczył pałac w swych dobrach *Radzyminie*. Hr. *Raczynski* egzekutor testamentu uznał za najwłaściwsze prze-

było a liczba łóżek początkowo 24 do 30 podniesioną została, lecz co najważniejsze, że dopiero w początkach roku 1871 sale instytutowe naprawdę się chorem zapelniać poczęły, bo jak to z porównawczego zestawienia ilości chorych w każdym kwartale leczonych okaże się, pierwszy kwartał był tylko wstępnym, zawiadamiającym, że tak powiemy publiczność o ponownem przyjsieiu do życia tej tak pożytecznej, dobroczynnej Instytucyi.

Przez cały ten przeciąg czasu przyjętych było do Instytutu Oftalmicznego osób 265, a mianowicie: w kwartale I 26, w II 40, w III 66, w IV 70, w V 63.

Ogólna cyfra 265 rozpada się na: mężczyzn 142, kobiet 107, dzieci obojęj płci (do 10 lat wieku) 16.

Na rok 1870 pozostało osób 32: mężczyzn 13, kobiet 17, dzieci 2.

---

znaczyć te pieniądze na urządzenie i utrzymywanie szpitala dla cierpiących na choroby oczne, którego brak w kraju dawał się dotkliwiej uczuć niż inne niedostatki podobnego rodzaju; ze względu zaś na większą stosunkowo użyteczność takiego zakładu w większem mieście, powziął myśl sprzedania palacu Radzymińskiego, a za pieniądze z tej sprzedaży wyręczone, oraz za sumnę zapisową, założenia szpitala ocnego w Warszawie. Myśl tę dopełniająca poniekąd ostatnią wolę założyciela, czynnie zaraz w życie wprowadził a erekcyą ułożoną dla Instytutu Oftalmicznego uzyskała Najwyższą sankeyę w dniu 16 (28) marca 1826 roku. Pierwszą Radę szczegółową Instytutu Oftalmicznego, zajmującą się rozwinięciem erekcyi i urządzeniem szpitala, składali ś. p.: Edward hr. R a c z y ń s k i, Alexander K o ż u c h o w s k i i Ludwik D m u s z e w s k i (założyciel i redaktor Kur. Warsz.), oraz żyjący jeszcze obecnie Jan hr. Ł u b i e ń s k i.

Instytut rozpoczął swoją dobroczynną działalność, to jest został dla chorych otwartym, w dniu 31 (19) sierpnia 1827 roku w domu Nr 1325, należącym do szpitala Dzieciątka Jezus (obecnie mieści się w tym domu klinika położnicza). W roku 1835 miesiącu listopadzie Instytut przeniesionym został do domu na własność nabytego Nr 138<sup>1/2</sup> przy ulicy Marszałkowskiej i tam pozostawał do końca czerwca 1864 roku. W miarę rozwijającej się ciągle działalności Instytutu, pomieszczenie go i w tym własnym budynku stawało się coraz bardziej nieodpowiedniem, a przebudowywanie go, oraz przerabianie przedstawiało wielkie wydatki i widoki niewielkich stosunkowo korzyści (pod względem całości i przeznaczenia budynku); dlatego też ówczesna rada szczegółowa, pozostająca pod prezydencją do dziś dnia pełniącego obowiązki Kuratora Zakładu, Tadeusza księcia L u b o m i r s k i e g o, przedsięwzięła starania około dogodniejszego pomieszczenia Instytutu. Jakoż w roku 1861 nabytym został plac przy ulicy Smolnej, a sporządzenie planu poruczone zostało członkowi rady budowniczemu ś. p. Henrykowi M a r k o n i e m u; następnie zaś w celu zbierania potrzebnych na budowę funduszków, Zakład w czerwcu 1864 r. czasowo zamknięto a dom przy ulicy Marszałkowskiej, w którym się mieścił, sprzedano przez publiczną licytacyę za sumnę 46,000 rsr., która w miarę spłaty przez nowonabywcę, lokowaną była w Banku Polskim na procent składany; poczem Rada szczegółowa ukonstytuowała się w komitet budowlany i zajęła się czynnie budową nowego gmachu. Do komitetu tego zostającego pod prezydencją Tadeusza księcia L u b o m i r s k i e g o należeli: prof. Dr. med. Wiktor S z o k a l s k i, Jerzy B e r t h o l d i, Alexander W a m b a c h, Maxymilian W i d a l, Dr. med. Józef B o r t k i e w i c z, budowniczowie Franciszek T o u r n e l l e i Adolf W o l i ń s k i, którzy po śmierci ś. p. Henryka M a r k o n i e g o został członkiem Rady szczegółowej Instytutu i plan przez poprzednika swego zrobiony, po zaprowadzeniu w tymże niewielkich zmian wykonał, kierując robotami nowego gmachu, mecenas Andrzej B r z e z i ń s k i, jako radca prawny; w miarę rozwoju budowy zawezwani zostali do komitetu budowy budowniczowie Albert B o b i ń s k i i Leon R a k o w s k i, oraz inżynier Konstanty W a r o c z e w s k i a nadto Dr. med. Witold N a r k i e w i c z-J o d k o.

Obecny personal zarządu i służby zdrowia Instytutu składają: Tadeusz książę L u b o m i r s k i kurator Instytutu, Jerzy B e r t h o l d i pomocnik kuratora, Dr. med. Wiktor S z o k a l s k i lekarz naczelny, Dr. med. Witold N a r k i e w i c z-J o d k o lekarz ordynujący i Józef J a w o r o w s k i intendent.

Z tej ogólnej cyfry na koszcie Instytutu leczonych było osób 23 (dni szpitalnych 825),  
 na salach ogólnych za opłatą po 20 kop. dziennie „ „ „ 183 (dni szpitalnych 6531),  
 w oddzielnych pokojach „ „ „ 52 (dni szpitalnych 1509).  
 towarzyszących choreym i posługi „ „ „ 7 (dni szpitalnych 169).  
 w ogóle 265 (dni szpitalnych 9034).

Przecięciowa ilość dni szpitalnych na jednego chorego wynosiła 34.

Wykaz chorób w tym czasie leczonych.

1.	Dystichiasis . . . . .	4
2.	Entropium spasticum. . . . .	2
3.	„ organicum . . . . .	1
4.	Blepharadenitis . . . . .	1
5.	Blepharitis marginalis et angularis . . . . .	2
6.	Combustio palpebrarum . . . . .	1
7.	Conjunctivitis catarhalis (contagiosa) . . . . .	19
8.	„ granulosa acuta . . . . .	3
9.	„ „ chronica . . . . .	30
10.	„ blemorrhoeica . . . . .	9
11.	„ dyphtheritica (gonorrhoeica et crouposa) . . . . .	2
12.	„ phlyctenulosa . . . . .	2
13.	Fistula sacci lacrymalis . . . . .	2
14.	Blennorrhoea sacci lacrymalis (acuta et chronica) . . . . .	2
15.	Keratitis ulcerosa idiopathica . . . . .	25
16.	„ „ secundaria. . . . .	23
17.	„ vasculosa (pannosa) . . . . .	8
18.	„ parenchymatosa (partialis, diffusa) . . . . .	3
19.	„ phlyctenulosa . . . . .	4
20.	„ punctata (descemetitis) . . . . .	2
21.	„ suppurativa (ulcus corneae serpens) . . . . .	5
22.	„ neuro-paralytica . . . . .	2
23.	„ traumatica (contusio) . . . . .	1
24.	Staphyloma corneae (partiale, totale) . . . . .	5
25.	Keratokonius . . . . .	1
26.	Leucomata (macula, albugo etc.) . . . . .	6
27.	Staphyloma sclerae . . . . .	1
28.	Tumor sclerae et chorioideae (fibroma ossificatum). . . . .	1
29.	Kerato-iritis acuta . . . . .	2
30.	„ chronica. . . . .	1
31.	Prolapsus iridis. . . . .	2
32.	Iritis acuta (idiopathica, traumatica) . . . . .	6
33.	„ chronica (idiopathica, syphilitica). . . . .	4
34.	Iridocyclitis chronica. . . . .	2
35.	Cataracta senilis (matura et immatura) . . . . .	17
36.	„ congenita (mollis, membranacea). . . . .	3
37.	„ acquisita mollis . . . . .	3
38.	„ meliturica . . . . .	1
39.	„ traumatica . . . . .	3
40.	„ polaris postica (stationaria) . . . . .	1
41.	„ secundaria . . . . .	2
42.	Luxatio lentis ad camer. ant. (traumatica) . . . . .	1
43.	Chorioideitis exsudativa . . . . .	1
44.	Glaucoma inflammatorium . . . . .	6
45.	„ simplex . . . . .	4
46.	Chorioideo-retinitis (acuta et chronica) . . . . .	3
47.	Amotio retinae. . . . .	2
48.	Hyperaemia retinae . . . . .	1
49.	Retinitis (albuminurica, syphilitica). . . . .	2
50.	Tumor nervi optici (neuroma et myxoma) . . . . .	1

51.	Neuritis optica acuta . . . . .	3
52.	„ „ chronica . . . . .	3
53.	„ „ syphilitica . . . . .	2
54.	Amblyopia potatorum. . . . .	1
55.	„ sine causa . . . . .	2
56.	Vulnera oculi (sclerae et corp. vitrei) . . . . .	4
57.	Strabismus convergens . . . . .	3
58.	„ divergens. . . . .	2
59.	Paralysis n. oculomotorii. . . . .	1
60.	Spasmus accomodationis. . . . .	1
61.	Neuralgia ciliaris (inveterata) . . . . .	1
62.	Osób towarzyszących chorym lub posługujących . . . . .	7

w ogóle . . . . . 265.

### S p r a w o z d a n i e z w y k o n a n y c h o p e r a c y j i r e z u l t a t ó w t y c h ż e.

Pod względem rezultatu rozdzielamy zejścia operacyjne na cztery kategorie: do pierwszej kategorii zaliczamy operacje wykonane z zejściem a więc i z rezultatem zupełnie pomyślnym; do drugiej—z rezultatem połowicznym, to jest niepomyślnym bezpośrednio, ale dającym się pomyślnie uzupełnić drugą, następującą operacją; do trzeciej—z rezultatem żadnym, t. j. z zejściem które ani korzyści, ani szkody operowanemu nie przyniosło; do czwartej—z rezultatem ujemnym, t. j. przynoszącym stratę operowanemu. Jest to podział przyjęty we wszystkich statystykach, od którego my jednak odstąpić na ten raz musimy, gdyż zejścia z rezultatem ujemnym nie mieliśmy dotychczas ż a d n e g o.

Operacyi w ogóle wykonanych było 125 na osobach 80.

### W y k a z s z e z e g ó ł o w y o p e r a c y i.

	Ilość ogólna	r e z u l t a t			
		dodatni	połow.	żaden.	
1. Obcięcie brzegów powiek dolnych. . . . .	2	2	—	—	
2. „ „ „ „ górnych. . . . .	2	2	—	—	
3. Przypalenie żelazkiem poniżej brzegu powieki doln. . . . .	1	1	—	—	
4. Operacya Herzenstejna (zawłoka na brzegu pow.) . . . . .	1	—	1	—	
5. Operacya kurezowego zawrócenia powiek . . . . .	3	3	3	—	
6. „ organicznego „ „ . . . . .	2	2	—	—	
7. Obcięcie garbca ( <i>staphyloma corneae</i> ). . . . .	3	3	—	—	
8. Częściowe wycięcie tęczy ( <i>iridectomia</i> ) . . . . .	47	41	5	1	
9. Tatuowanie rogówki (plamy) tuszem. . . . .	1	1	—	—	
10. Wydobycie zaciemka (cięcie liniowe dawne <i>extr. linearis antica</i> ). . . . .	3	2	1	—	
11. Wydobycie zaciemka z wycięciem tęczy częściowém ( <i>extr. linearis antica cum iridect</i> ) . . . . .	2	2	2	—	
12. Wydobycie zaciemka (cięcie liniowe ulepszone <i>extr. linearis modificata</i> G r ä f e) . . . . .	24	23	1	—	
13. Wydobycie zaciemka błoniastego . . . . .	4	3	1	—	
14. „ „ „ z wycięciem tęczy częś. . . . .	3	3	—	—	
15. Rozdrobienie zaciemka . . . . .	14	14	—	—	
16. „ „ „ z wycięciem tęczy częś. . . . .	1	1	—	—	
17. Operacya zezą zocznego ( <i>strabotomia interna</i> ) . . . . .	4	4	—	—	
18. „ „ „ rozocznego ( <i>strabotomia externa</i> ) . . . . .	3	3	—	—	
19. Wyluszczenie galki ocznej . . . . .	4	4	—	—	
20. Wyluszczenie galki i nowotworu nerwu wzrokowego . . . . .	1	1	—	—	
w ogóle. . . . .		125	115	9	1
Wyrażając w odsetkach na . . . . .		100	92 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	7,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .

S p r a w o z d a n i e z a m b u l a t o r y u m.

Przez dni 354 (w święta i niedziele nie ma przyjęcia) udzielono osobom 2127 konsultacyi 12,682, przecięciowo więc po 36 konsultacyi dziennie. Największa ilość jednorazowo była 2 września 1871 roku osób 92, najmniejsza 3 stycznia 1871 osób 5. Z ogólnej ilości 2127 było mieszkańców Warszawy 1673, przybyszów 454. Operacyi małych (przecięcie ropni, przecięcie kanałków łzowych lub worka łzowego, wydobywanie ciał obcych etc.) wykonano w ambulansie 169 a nadto zeszyto przecięte powieki razy 3 i zoperowano zawróżoną powiekę razy 2.

Księgi ambulatoryjne wykazały następujący wzajemny stosunek chorób rozmaitych części oka:

Choroby powiek	obserwowano razy	189	w odsetkach	8,56
„ łącznicy	„ „	1015	„	46,
„ dróg i organów łzowych	„ „	87	„	3,95
„ rogówki	„ „	403	„	18,27
„ twardówki	„ „	2	„	0,08
„ tęczy	„ „	79	„	3,58
„ naczyńiówki	„ „	56	„	2,54
„ soczewki	„ „	74	„	3,36
„ ciała szklist.	„ „	3	„	0,13
„ siatkówki	„ „	35	„	1,59
„ nerwu wzrok.	„ „	44	„	2,
„ całej gałki ocznej	„ „	13	„	0,59
„ mięśni ocznych	„ „	28	„	1,27
„ refrakeyi oka	„ „	44	„	2,
„ akkomodaeyi	„ „	22	„	1,
Skaleczenia oka	„ „	112	„	5,08
w ogóle		2206	w odsetkach	100.

Ponieważ to jest pierwsze sprawozdanie, które po przeniesieniu fundacyi ś. p. Edwarda księcia Lubomirskiego do nowego gmachu ogłaszamy, poczytujemy za obowiązek należny publiczności lekarskiej i nielekarskiej, której się to sprawozdanie do rąk dostanie, przedstawić razem z obrazem czynności z roku ubiegłego, w krótkich chociażby zarysach, obraz gmachu w którym się te czynności odbywały—co poniekąd wytłumaczy rzeczywistą przyczynę tak świetnych rezultatów leczenia, w części już wykazanych w statystyce zejść pooperacyjnych, w części zaś mających się wykazać w drugiej kazuistycznej części sprawozdania.

Gmach Instytutu rozpoczęto budować w lecie 1866 a ukończono w jesieni 1869 roku, ostatecznie zaś wykończonemi zostały szczegóły wewnętrznego urządzenia na wiosnę roku 1870. Jest to budynek w stylu włoskim odrodzenia, dwupiętrowy, o suterrenach, mający długości 95 łokci polskich, szerokości 32, wysokości zaś 25 łokci.

Gmach jest zwrócony frontem na południe, tyłem zaś na północ, ma z frontu duży dziedziniec trawnikiem i młodemi jeszcze owocowemi drzewkami ozdobiony i ulicę Smolną, której przeciwna strona wcale zabudowaną nie jest i nigdy nie będzie z powodu wąskich placów jakie ulicę tę od sąsiedniej dolnej części alei

Jerozolimskiej oddzielają. Lewa strona gmachu oddzielona jest tylko przestrzenią dwudziestu kilku łokci od urwistego dosyć brzegu góry na której główna, zabudowana część Warszawy stoi: na spadku tej góry splantowanym i przerobionym sztuką na kilka szeregów tarasów i wolno pochyłych ścieżek, założony jest współcześnie z Instytutem młodociany owocowy ogródek, graniczący z placami niezabudowanymi i ogrodami które się aż do Wisły rozciągają. Z tyłu Instytut dotyka do ogródka warzywnego, osadzonego starszemi już nieco morwowemi drzewami, po za ogrodzeniem którego znajduje się drugi w Warszawie pod względem rozmiarów spacerowy ogród, niegdyś dla publiczności otwarty i dobrze przez tę pod nazwą Foksalu znany. Tylko ze strony prawej łączy się plac Instytutu z rzeczywistym miastem za pośrednictwem przestrzeni trawą zasianej przeszło 40 łokci szerokiej; dotyka bowiem do prywatnego w części zabudowanego placu (Smolna Nr 6).

Z tego sytuacyjnego opisu widzimy, że lepszego położenia w tej tak do środka zbliżonej części miasta (kroków 300 od Nowego Świata) wyszukać nie podobna, gmach bowiem stoi na brzegu góry i z dwóch stron ma ogromną przestrzeń odkrytą, z frontu sięgającą do ogrodów po prawej stronie dolnej części alei Jerozolimskiej bujnie zagajonych, ze strony zaś lewej aż na grochowskie pola; z tyłu styka się z ogrodem, w którym wielka ilość drzew starych, liściastych, nadaje w lecie otaczającemu Instytut powietrzu rzeczywiste cechy powietrza wiejskiego, wonnego i czystego.

Przejdziemy teraz do opisu samego gmachu i wewnętrznego tegoż urządzenia. W suterrenach mieszczą się: kuchnia, pralnia, łazienki, mieszkania służby nie mającej z choremi styczności, spiżarnie i wszystkie składy gospodarskie.

Parter przedzielony z przodu dużą sienią a wzdłuż, przez całą długość gmachu ciągnącym się, 5 łokci szerokim korytarzem, ma z frontu po prawej stronie sale dla przyjęcia chorych z miasta przychodzących przeznaczone, z lewej zaś mieszkanie odźwiernego, kancelaryę administracyjną i salę jadalną, oraz garderobę dla chorych na tym pomieszczonych piętrze. Z tyłu po obu stronach schodów na piętra prowadzących, ma po dwie duże sale ogólne dla chorych płci męskiej, a w tylnych rogach gmachu obok schodów gospodarskich na piętra prowadzących znajdują się ogrzewane i dobrze wentylowane wychodki.

Pierwsze piętro ma po nad sienią parteru kaplicę przez pierwsze i drugie piętro w górę sięgającą: nad salami ogólnymi dla chorych płci męskiej, także sale dla kobiet, nad ambulatoryum mieszkanie dla siostr miłosierdzia i intendenta szpitala a z lewej strony oprócz odpowiadających parterowi garderoby i sali jadalnej dla chorych pierwszego piętra, zakrystyę i niewielką salkę dla dwóch chorych, których oddzielenie od innych jest wskazane, już to wiekiem (niemowlęta), już też wielką zaraźliwością choroby <sup>1)</sup> (zapalenia dyfterytyczne i t. p.).

Na drugim piętrze tył zajmują pokoje w liczbie 8 dla pensjonaryuszów przeznaczone, wedle życzenia i oplaty już to pojedynczo, już po dwóch pomieszczą-

---

1) Na salach ogólnych chorzy są także pogrupowani, w jednych się mieszczą operowani, w innych niezaraźliwi, w innych zaś zaraźliwi (ale nie bezwzględnie).

nych (z prawej strony mężczyźni, z lewej kobiety); front zaś oprócz jadalni i garderoby ogólnej (tak jak i na innych piętrach), ma obok kaplicy, połączone z tą ostatnią za pośrednictwem otwartych galeryj, składy bielizny szpitalnej, w których podczas nabożeństwa chorzy tego piętra, nie mieszczący się na takiejże galerii łączącej korytarz z kaplicą, mogą się oddawać modlitwie i rozpamiętywaniu, nadto posiada to piętro z frontu trzy pokoje obecnie puste, ale w razie potrzeby rozszerzenia działalności Instytutu, mogące wygodnie pomieścić 14 łóżek dla chorych.

Wychodki są po obu stronach gmachu na wszystkich piętrach.

Widzimy z tego opisu, że przy tworzeniu planu znakomity architekt ś. p. **M a r k o n i**, po porozumieniu się z ludźmi kompetentnymi w tym względzie, umieścił z umysłu w stronie tylnej gmachu (na północ oknami obróconej) wszystkie prawie pokoje w których chorzy przez cały dzień i noc przebywają, bo światło z tej strony do gmachu dochodzące jest zawsze jednostajne, w żadnej porze dnia nie ma go zanadto, ale też nigdy za mało; nadto urządził oddzielnie od sypialnych pokoi jadalne i do umywania się przeznaczone, przez co w pokojach mieszkalnych (sypialnych) unika się brudu i zanieczyszczenia powietrza a służbie ułatwioną jest praca, bo potrawy z kuchni windą przychodzą na każde piętro do garderoby, która zarazem za mieszkanie służy dla posługaczki każdego piętra i łączy się z jadalnią <sup>1)</sup>.

Rozmiary sal dla pomieszczenia chorych służących są bardzo znaczne; każda z sal ogólnych ma około 8000 stóp sześciennych przestrzeni, każdy z pokoi dla pensjonaryuszów przeznaczonych przeszło 3000; sale zapasowe (których jest 4) od 4000 stóp do 7000.

Przy terażniejszej liczbie łóżek, która z 24 wzrosła już do 40, mamy na salach ogólnych (4 łóżka w każdej) około 2000 stóp sześciennych powietrza na jednego chorego, w pokojach dla pensjonaryuszów przeznaczonych od 1500 do 3000 na jednego; jest to stosunek jakim żaden się prawie szpital poszczycić nie może.

O środkach zapewniających odnawianie się powietrza nie przepomniiano także, wentylacya bowiem może się trzema odbywać drogami: najprzód za pośrednictwem pieców, których paliwa są w salach, powtóre okien, które mają u góry po jednym dużym duszniku, nakoniec za pomocą kanałów wzdłuż ścian oddzielających korytarze od pokoi sypialnych, od dołu do góry idących. Kanały te na parterze poczynając się kończą na poddaszu i komunikują z każdym sypialnym pokojem tuż nad podłogą za pośrednictwem dusznika zamykającego się i otwierającego z łatwością; też kanały służą zarazem do oświetlania w nocy korytarzy i sal sypialnych, są bowiem w środku wysokości każdej sali i korytarza przerwane i zasłonięte okienkami, pomiędzy którymi mieści się lampa naftowa, oświecająca bardzo dobrze z jednej strony część odpowiednią korytarza, z drugiej zaś łagodnie, przez szkło matowe sypialnie; z czasem gdy gaz w całym zakładzie zaprowadzonym będzie miejsce lampki zastąpi z korzyścią płomyk gazowy. Ten zniez przez całą noc gorejący, bardzo ułatwia odpływ zwykle w tej porze nieczystego (zwłaszcza na salach ogólnych) powietrza.

<sup>1)</sup> Windą też węgiel kamienny i drzewo na wszystkie piętra z suterenu przychodzi.

40 łózek obecnie posiadanych są w ten sposób rozmieszczone, iż każda z sal ogólnych ma po 4 łózka, pozostałe 8 mieszczą się w pokojach dla pensyonaryuszów i są w miarę potrzeby przemieszczane; można jednak bez najmniejszej obawy przeludnienia umieścić w każdej sali ogólnej 6 łózek, co przedstawiłoby cyfrę 48 łózek, dodając do tego miejsce na 16 łózek w salach i pokojach rezerwowych i 12 łózek które zajęłyby pokoje dla pensyonaryuszów, osiągniemy cyfrę 76 łózek, do której w miarę rozwoju Instytut Oftalmiczny bez troski o brak powietrza przyjść może.

Oto jest pobieżny obraz urządzenia wewnętrznego Instytutu, nie dziw że w takich warunkach muszą być doskonale rezultaty leczenia, jeżeli jeszcze przyjmimy w uwagę, że posługę przy chorych pełnią siostry miłosierdzia, których rzeczywiste chrześcijańskie poświęcenie się i gorliwość w wypełnianiu przyjętych dobrowolnie na się obowiązków znane są całemu cywilizowanemu światu.

(Dalszy ciąg nastąpi).

### Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*).

Dokonane przez Dra med. Władysława Mierzejewskiego (z Petersburga).

Podał Tadeusz Ziobikowski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus, asystent kliniki przy Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim.

(Ciąg dalszy)

#### Podział znanych form błony dziewiczej odnośnie do wieku.

Podzieliwszy wiek dziewię na pewne okresy, w poniższej tablicy autor zestawia różne formy błon dziewiczych, znajduwane u indywidualów tegoż samego wieku. Ponieważ błonę będącą przedmiotem obecnego opisu, u dziewczątek mających lat 10 do 14 napotkał tylko razy 45, przeto nie zważając że w innych okresach życia liczniej ją spotykał, cyfrę 45 przyjmuje za normę.

Wiek dziewię badanych.	Błona dziewicza w postaci przegrody.				Błona dziewicza w postaci otoczeń zwięzających wejście do pochwy.			
	Porastająca półkolistą, przyominająca swój kształt w podługie t. d.	Mająca kształt pierścienia, też w roku, diafragmę tworzą t. d.	Właznych otworach.	Razem.	Słabą trójczłonową lub pomarszczoną.	Słabą płatkową tego.	Owódkę wżowicowatą zwinieją.	Razem.
U 45 nowonarodzonych dziewczątek (nie mających roku).	6	7	„	13	15	17	„	32
U 45 dziewczątek od 3ch do 10 lat . . . . .	8	13	3	24	9	8	4	21
U 45 dziewczeczek od 10 do 14 roku . . . . .	9	15	2	26	12	2	5	19
U 45 dorosłych dziewię od 16 do 35 lat . . . . .	16	17	4	37	7	„	1	8
U 45 dziewię mających od 40 do 70 lat wieku. . . . .	12	15	4	31	11	3	„	14
Razem u 225 dziewię od pierwszych chwil życia aż do późnej starości . . . . .	51	67	13	131	54	30	10	94



Z powyższej tablicy widzimy, że pewna forma błony dziewiczej nie jest stałą dla wszystkich okresów życia dziewczycy. U nowonarodzonych i dzieci nie mających roku życia, błona dziewicza w formie przegrody bywa przeszło 3 razy rzadziej, niż w postaci otoczeń zwązających wejście do pochwy. U dzieci mających lat 3 do 10, wspomniane dopiero co dwa rodzaje błon dziewiczych są niemal w jednakowym stosunku. Od lat zaś 10 błona dziewicza w postaci przegrody zdarza się już częściej niż drugiego rodzaju, u dorosłych zaś dziewic przewyżka ta jest coraz więcej rażąca, tak że ogół ostatniej błony zaledwie  $\frac{1}{3}$  część pierwszej wynosi. Od 45 do 60 roku przewyżka błony dziewiczej w postaci przegrody jest prawie takąż samą jak u dorosłych.

Z powyższego więc autor wnosi, że w miarę przybywania lat życia, błona dziewicza zmienia swój wygląd, to jest przekształca się z form 2-go typu, (w postaci otoczeń otaczających wejście do pochwy) na błonę dziewiczą 1-go typu (w formie przegrody). A zatem błony dziewicze 2-go typu z wszelkim prawdopodobieństwem uważać należy jako stan przejściowy (rudimentarny) *hymenis*. Ostatnie twierdzenie wspiera się nie tylko na zestawieniu cyfr przytoczonej tablicy, ale i na badaniach błony dziewiczej u płodu. I tak Meckeli i Osiaender u płodu mającego 4 do 4½ miesiący znajdowali już błonę w postaci dwóch fałdek z podłużnym otworem w środku (typ 2gi). Dr Mierzejewski u dwóch płodów 6-miesięcznych znalazł błonę dziewiczą także w postaci dwóch fałdek, jednakowoż rozciągawszy je ostrożnie od siebie, hymen przedstawił się w postaci małej wystającej rurki, bardzo podobnej do opisaney pod nazwą szlarki (1-a forma 2-go typu). Z tego więc wniesć należy że następne badania błony dziewiczej u płodu, stanowczo stwierdzą przypuszczenie Dra M. że taż w postaci przegrody u dzieci nowonarodzonych jest prawdziwą rzadkością.

#### Wyniosłości mirtowate.

Pod tą nazwą wielu rozumie niekształtne wzniesienia, umiejscowione przy wejściu do pochwy, a powstałe z zablźnienia się szczątków zniszczonej błony dziewiczej. Lecz mniemanie to jest niesłuszne, raz dlatego że błona dziewicza wskutek spółkowania nie zawsze rozrywa się na części a tylko stopniowo maleje (zanika), lecz bardziej z powodu, że w okół wejścia do pochwy znajdujemy jeszcze inne wyniosłości należące do jej ścian a bynajmniej nie do błony dziewiczej. Jeżeli na trupie ostrożnie przeltniemy błonę dziewiczą, lub też u kobiety która już spółkowała odsuniemy jej szczątki, to po za niemi zauważymy, jeszcze drugie nierówności, jużto w postaci wzgórków nieforemnego kształtu, różnego rodzaju zagieć, odrostków oddzielonych od się mniej lub więcej głębokimi bruzdami, które będąc zakończeniami fałd pochwowych, nie nie mają wspólnego ze szczątkami błony dziewiczej, pomimo że tuż obok nich są umieszczone. Jeżeli wrodzone te nierówności są bardzo wyraźne przy wejściu do pochwy, to w połączeniu z takimiż po błonie dziewiczej pozostałemi tworzą niekształtne narośle, które nieraz poczytanemi być mogą za wytwory patologiczne, a pomyłki tego rodzaju już się zdarzały.

Tak więc znany każdemu lekarzowi wzniesienie, będący tuż pod otworem zewnętrznym cewki moczowej i służący za wskazówkę do wprowadzenia cewnika (kateteru), jest niczem innym jak tylko zakończeniem fałdów ściany przedniej pochwy. Także sam wzniesienie, lecz nieco większe, znajduje się za dolną częścią błony dziewiczej (która w tym miejscu nieraz z nim zrasta się); jest to zakończenie fałdów ściany tylnej pochwy. Z boków zaś znajdujemy podobne wzniesienia wałeczkowatego kształtu. Jednym słowem przy wejściu do pochwy rozróżnić należy dwa rodzaje wyrostków mirtowatych: pierwsze należą do pochwy (*carunculae vaginales*), drugie zaś, są to szczątki zniszczonej błony dziewiczej (*carunculae hymenales*).

Co się tyczy ostatnich, to takowe wskutek rozdzwieżenia i częstych spółkowań nabierają wyglądu trójkątnych lub klinowatych wyniosłości. Dopiero po porodach, a więc po zablźnieniu licznych w nich naderwań nabierają kształtu brodawek, wzniesień oddalonych lub zbliżonych, słowem podobne są do myrtu.

Zapamiętać i to trzeba, że wskutek częstych spółkowań, a bardziej jeszcze porodów, *carunculae hymenales* wygładzają się (znikają); przeciwnie *carunculae vaginales* pozostają przez całe życie, a nawet z postępem lat są wyrazistsze co w części zależy od tego, że przez szparę sromną mianowicie u kobiet wiele-rodzących, wysuwa się do pewnego stopnia przednia ściana pochwy.

Część III. Różnica zjawisk normalnych i chorobliwych, spotykanych na błonie dziewiczej, od skutków zgwałcenia i rozdzwieżenia, lub usiłowań dokonać ostatnie.

Po zgwałceniu na częściach płciowych kobiety pozostają więcej lub mniej wyraźne i charakterystyczne ślady. Doniosłość ostatnich zależy od siły wywarłego gwałtu, jakoteż i stanu organów zgwałceniu uległych. Ztąd więc wynika, że szybkie i gwałtowne wprowadzenie obcego ciała w pochwę dziewicy wyrzuci daleko znaczniejsze obrażenia, aniżeli gdy to wprowadzenie uskuteczni się powoli i ostrożnie. Również tarcie części sromnych zewnętrznych, spowodowane jakimkolwiek bądź ciałem obcym, pozostawi zupełnie odmienne ślady u dziewicy dorosłej i u dziecka, i jeżeli u pierwszej nie znajdziemy żadnych śladów obrażeń prócz szybko przemijającej czerwonoci, to w drugim niewątpliwie będą wyznaczenia krwi (*ecchymoses*), podbiegnięcia (*sugillationes*) a nawet zapalenia ostre. Wyróżnienie więc dopiero przytoczonych skutków zgwałcenia od podobnych, innymi przyczynami spowodowanych, jest interesem bardzo wielkiej wagi przy wykryciu sądowo-lekarskim, czy rozdzwieżenie miało lub nie miejsce i to będzie przedmiotem poniższego opisu.

1) Zapalenie części płciowych zewnętrznych u dzieci.

Niepodobieństwem jest wprowadzić naprężone prącie dorosłego mężczyzny w pochwę dziewczki 10 lat nie mającej, bez uszkodzenia tak błony dziewiczej,

jakotęż i części ją otaczających <sup>1)</sup>. Opisywane są przecież wypadki, gdzie zgwałcenie dokonane ze znaczną siłą, spowodowało rozdarcie pochwy, cewki moczowej, międzykroczka, odbytnicy a nawet oderwanie macicy.

U dzieci (5 do 8 lat), kości bezimienne łącząc się ze sobą pod bardzo ostrym kątem sprawiają wężkość łuku łonowego który tem samem przeszkadza wprowadzeniu w pochwę prącia naprężonego, co jeżeli do pewnego stopnia daloby się uskuteczyć, to jednak nigdy tak dalece, by błona dziewicza uszkodzoną być miała. Wiadomo przecież że u dzieci często wystaje ona w postaci stożka, lub bywa po-fałdowana, a ta okoliczność już dozwała do pewnego stopnia ją naprężyć bez uszkodzenia. Natomiast prawie zawsze przy usiłowaniu zgwałcenia, a więc w skutek tarcia tychże części prąciem naprężonem, już w kilka godzin rozwija się tamże więcej lub mniej donośne zapalenie, charakteryzujące się poniższymi cechami. Wargi sromne większe i mniejsze są obrzmiałe, zaczerwienione i pokryte albo też zlepione gęstym płynem śluzo-ropnym, żółtego lub zielonego koloru. Jeżeli zaś rozdzwiczona, będzie równocześnie zarażoną materją tryprową (*gonorrhoea*), to wówczas śluz podobny wypływa i z cewki moczowej (cecha charakterystyczna podług *Tardieu* i *Ricord'a*).

Zupełnie podobne objawy spotykał autor na trupach czterech dziewczątek nowonarodzonych (nie mających roku), u których za życia było błonicowe (dyfterytyczne) zapalenie gardła. U nich to wargi większe i mniejsze były także obrzmiałe, czerwono-sine, podbiegnięte i powleczone gęstym mętnym śluzem; nadto miejscami jeszcze pokryte kłaczkami twarogowatej massy. Błona dziewicza była czerwona i pokryta żółto-zieloną ropą. Z pochwy zaś jakotęż z zaczerwienionego i miejscami owrzodzonego otworu cewki moczowej wypływał śluz ropiasty. Jeżeli zapalenie to będzie donośniejším, to błona dziewicza z otaczającymi ją częściami uleż może owrzodzeniu, które chociaż nie doprowadzi do całkowitego jej zniszczenia, uszkodzenia jednak tu powstałe po wygojeniu się pozostawia blizny.

Takież objawy spowodować mogą wszystkie choroby krwi i wysypki, i jeżeli przyczyna je wywołująca ustanie, a miejscowo proces przeciąga się, to lekarz badający wówczas, tak uszkodzoną błonę dziewiczą policzyć może na karb mechanicznych obrażeń.

Podobny stan kataralny części płciowych zewnętrznych spotykał autor nie tylko u dziewczątek skrofulicznych, wyniszczonych i nieczysto się utrzymujących, ale u dziewczątek 13-letnich, zupełnie zdrowych, rumianych i pamiętających o czystości tej części ciała. U nich to wewnętrzna powierzchnia warg większych a szczególnie pod lechtaczką była pokryta śluzem lepkiem biało-żółtego lub szarego koloru, który cuchnął rozkładającym się moczem. Jakkolwiek stan podobny spowodowany być może onanizmem, jednak możebnem jest jego powsta-

---

<sup>1)</sup> Pamiętać należy, że uszkodzenia błony dziewiczej mogą być dokonane palcem, lub innemi obcemi ciałami.

nie i wskutek innych przyczyn, np. wskutek częstych tamże krwi napływów przy dojrzewaniu dziewic.

Tak więc w tych razach do wydania stanowczego zdania sądowno-lekarskiego posłużyć nam winno nie tylko obejrzenie, ale i egzamin ustny badanej lub otaczających ją krewnych, o poprzedzającej lub obecnej chorobie, jej początku, jakoteż i wycieku śluzo-ropnym i t. p., gdy mają miejsce.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### Elektroliza. Elektrolysis. Elektrolytische Methode, Galvanocaustique chimique. Cauterisation electro-chimique.

Podług dzieła Dra V i c t. v. B r u n s, profesora chirurgii w Tubingen: *Die Galvano-Chirurgie, oder die Galvanokaustik und Elektrolysis bei chirurgischen Krankheiten. Tübingen, 1870.*

Streścił Stanisław Chomętowski, lekarz ordyn. w szpitalu Sgo Jana Bożego w Warszawie.

(Ciąg dalszy \*).

B) Co zaś się tyczy zjawisk drugiej grupy, czyli tak zwanych działań katalitycznych prądu stałego, to takowe polegają na szeregu zmian w elementach tkanek, zmian nie dających się wykazać, jeżeli zostaną oddzielnie wzięte, które wszakże spostrzegamy wtedy, gdy one występują w łączności. Tu należą zmiany w częściach galwanizowanych dotyczące ich kształtu, objętości, konsystencji, poruszalności i t. d., jednym słowem są to zmiany w odżywianiu tychże tkanek, powstające przez zwiększone przyswajanie i wydzielanie, skutkiem podwyższonego wessania (*resorbtio*) wysięków stałych i płynnych, oraz elementów tkankowych. Ażeby wyjaśnić przyjście do skutku dopiero co wspomnianego działania, najprzód przychodzi nam na myśl bezpośredni wpływ prądu galwanicznego na części tkanek położone pomiędzy obu biegunami, przez który to wpływ składające je elementa tkankowe, mogą ulegać takim samym zmianom, jakie mają miejsce przy przejściu prądu elektrycznego przez wodę i roztwory soli <sup>1)</sup>.

Trudnoby sobie zaiste wyobrazić, aby płyn przebiegający pomiędzy biegunami, przez zwilżone części tkanek naszego ciała, zachowywał się zupełnie obojętnie pod względem fizycznym i chemicznym, a całe tylko działanie swoje wywierał wyłącznie w częściach zostających w bezpośredniem zetknięciu z przewodnikami. Wreszcie za pewien dowód możliwości powstawania takich zmian chemicznych i przenoszenia cząsteczek rozłożonych ku biegunom, mogą posłużyć wrażenia smakowe, które uczuwamy wtedy, gdy prąd przebiegający pomiędzy dwoma biegunami, obierze drogę przez język i jamę ustną. Wówczas poczujemy smak odpowiedni do bieguna bliżej przy języku leżącego. Postawiwszy na przykład biegun dodatni na prawym policzku, a biegun ujemny na lewej stronie szyi, lub ująwszy go w lewą rękę zwilżoną, poczujemy po kilku sekundach wyraźny smak kwasny na języku. Postawiwszy zaś oba przewodniki w odwrotnym kierunku, to jest biegun ujemny na prawym policzku, a biegun dodatni na lewej stronie szyi, poczujemy smak słony lub ługowaty.

<sup>1)</sup> Jeżeli prąd galwaniczny zostanie przepuszczony przez płyn, to temperatura takowego nie podwyższa się nawet przy użyciu silniejszych prądów. Natomiast w płynie owym następuje rozkład składających go połączeń i pierwiastków, przez sam zaś ów płyn, pomiędzy biegunami przebiega prąd. Sprawę rzeczoną nazywamy katalityczną, czyli elektrolityczną (rozkładową) działaniem prądu galwanicznego. Płyn ulegający rozkładowi galwanicznemu zowią w fizyce elektrolitami; rozłożone zaś cząstki płynu zbierające się przy biegunie dodatnim (*anoda*) nazywane zostały *anion*, a gromadzące się przy ujemnym biegunie (*katoda*) *kation*.

Przyłożywszy oba bieguny do obu policzek, pocujemy bądź smak nieokreślony, metaliczny, bądź też cokolwiek kwaskowaty.

Blżej określić owych zmian w układzie drobinkowym (molekularnym) tkanek, pozostających pomiędzy biegunami prądu, nie jesteśmy w możności przy dzisiejszym stanie nauki. Nie możemy nawet oznaczyć drogi jaką wybiera prąd galwaniczny, aby się przedostać od jednego bieguna do drugiego. Jedni badacze, jak *E r b i Z i e m s e n*, opierając się na doświadczeniach twierdzą, że prąd dostaje się od bieguna do bieguna najkrótszą drogą, czyli linią prostą, gdy tymczasem *S c h i e l*, również na doświadczeniu oparty, sądzi, że prąd przebiega wewnątrz organizmu przez tkanki najlepiej przewodzące. Nie wiemy również czy podczas przebiegu rozlewa się w postaci pętli i jak wielkie są te pętla, nadewszystko jak wielka jest szerokość tkanki przez którą prąd przebiega.

W jakikolwiekby więc sposób owe rzeczy się dzieją, to jednak sprawy fizyczno-chemiczne powstające w głębi tkanek nie wystarczają do wyjaśnienia zupełnego, pojawiających się przy działaniu prądu stałego zjawisk katalitycznych, jakimi są naprzykład szybkie zniknięcie woli (struma), lub innych obrznięć, niejednokrotnie spostrzegane. Owym drugim czynnikiem jest prawdopodobnie działanie pobudzające prądu galwanicznego, na tak nazwane nerwy naczyńioruchowe, oraz na ściany naczyń krwionośnych i chłonniczych (limfatycznych). Przez prąd elektryczny działający pośrednio lub bezpośrednio na ściany naczyń, tkanki kurczliwe w tychże ścianach zostają pobudzone do kurczenia się, a wskutek tego następują zmiany w napięciu ściany, jak również w wielkości światła (*lumen*) naczyń, w dalszym następstwie zaś powstają odpowiednie przemiany w strumieniu płynu wewnątrz naczyń, jak również w sprawach wsiąkania i wysiákania (*endosmosis et exosmosis*), w obrębie elektryzowanego naczyń, a zatem idą zmiany w odżywianiu wszystkich tkanek zaopatrywanych przez rzeżone naczynie.

Jest dotąd rzeczą nierozstrzygniętą, czy dopiero co przyjęte działanie prądu galwanicznego na naczynia krwionośne i chłonnicze, pierwotnie wywołuje rozszerzenie się takowych, a przez to ułatwia zwiększony do nich dowóz materji, czy że ma za skutek podniecenie wessania (resorbeyi), jak to między innymi utrzymywał *R e m a k*, czyli też że raczej pierwotnie występuje zwężenie naczyń, przez kurczenie się ich, które po jakimś czasie przechodzi w zwolnienie i rozszerzenie się takowych. Za tćm ostatnićm przypuszczeniem przemawiają opisane powyżej doświadczenia i spostrzeżenia, według których prąd galwaniczny zastosowany na wielkie pnie żyłne, wywołuje w nich bardzo żywe kurczenie się i zwężenie. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę wielką różnorodność jaką się odznaczają ściany pojedynczych splotów i gałęzi narządu naczyniowego, to nie możemy wyprowadzać wniosku z zachowywania się wielkich pni żylnych, o reszcie pozostałych naczyń.

Również pozostaje dotąd nierozstrzygniętćm, czy tak nazwane działanie ruchowe (dynamiczne) prądu galwanicznego, ogranicza się do wspomnianego już wpływu na naczynia, tak, że dalsze zmiany w odżywianiu są tylko następstwem tego wpływu pierwotnego, czyli też istnieje inne jeszcze działanie, bezpośrednie, prądu galwanicznego na elementa tkankowe, jak naprzykład na włókna mięśniowe, białe kulki krwi, komórki wędrujące, i t. d. przez które następuje zmiana bezpośrednia we własnościach i czynnościach tych utworów.

Dowody więc na różnicę działania katalitycznego i elektrolitycznego są następujące. Najprzód widzimy brak zgodności, tożsamości, w stopniu natężenia obu działań, który to brak nie mógłby istnieć, gdyby obie grupy działań polegały na jednej i tejże samej sprawie, gdyż w takim razie, im większą by była ilość produktów rozkładu, w miejscu zetknięcia z biegunami, tćm większą musiałaby być też chemiczna zmiana materji, w częściach głębiej leżących tkanek galwanizowanych. Tymczasem doświadczenie uczy nas, że rzecz ta odbywa się wprost przeciwnie, widzimy naprzykład najwydatniejsze zjawiska elektrolityczne w miejscach zetknięcia z biegunami, dochodzące aż do utworzenia grubych strupów na skórze, gdy tymczasem jednocześnie, w miejscach leżących pomiędzy biegunami, nie dostrzegamy żadnych zjawisk elektrolitycznych; z drugiej strony zauważamy czasami bardzo szybkie i wyraźne działanie katalityczne, jak naprzykład prćdkie zmniejszenie się objętości jakiej narośli, podczas gdy przyłożone do skóry przewodniki u tegoż samego chorego nie okazują bądź żadnych działań rozkładowych, bądź tylko ślady takowych. Nadto zauważono że działania katalityczne, polegające na roztworzeniu i wessaniu stwardniałych wysięków, następowały bardzo wydatnie wówezas, gdy nie tyle same części chore były przez prąd pobudzone, ile raczej należące do nich naczynia i nerwy.

Nie chcemy jednak stanowczo twierdzić, że katalityczne zjawiska polegają wyłącznie i jedynie na pobudzeniu do czynności naczyń i nerwów. Powiadamy tylko że tak nazwane działanie ruchowe (dynamiczne) prądu galwanicznego, powinno być w takich razach uważanem za przeważne, zaś sprawy fizyczno-chemiczne, czyli rozkładowe, grają tylko poboczną rolę, są co najwyżej czynnikiem pomocniczym. Za tym poglądem przemawia także doświadczenie, według którego prąd galwaniczny okazuje daleko jawniejsze i wydawniejsze działanie, od prądu indukcyjnego, chociaż ten ostatni stanowi środek bardzo silnie pobudzający nerwy. Prąd galwaniczny użyty w praktyce, nieraz wpłynął pomyślnie na zmiany w odżywianiu, gdy prąd indukcyjny przedtem użyty pozostawał bez skutku.

Na tem jednak opierając się byłoby niesłusznem odmówić prądowi indukcyjnemu wszelkiego działania rozkładowego (elektrolitycznego). Przyłożywszy bieguny tego prądu pierwotnego, do roztworu jodku potasu, widzimy rozkład soli. W e i s s f l o g przytacza również pomyślnie wypadki rozkładowego działania prądu indukcyjnego, przy rozmaitych zapaleniach stawów.

Na zakończenie nauki o rozkładowem działaniu prądu elektrycznego, wypadaloby jeszcze wspomnieć: O p r z e p r o w a d z a n i u j o d u p r z e z t k a n k i n a s z e g o o r g a n i z m u, z a p o m o c ą g a l w a n i z a c y i.

Przy rozkładach przez prąd galwaniczny wody i roztworów solnych, następuje wędrówka pewnych materij w płynie zawartych i to od jednego bieguna ku drugiemu. Wędrówka ta ma miejsce i wtedy, gdy bieguny zamurzymy w płyny pomieszczone w odrębnych dwóch naczyniach, byle tylko te naczynia rozdzielone były pomiędzy sobą pęcherzem zwierzęcym, lub kawałkiem świeżego mięsa. Te wędrówki produktów rozłożonych drogą galwaniczną, przez tkanki zwierzęce, nieżyjące, podały myśl, czyby tym sposobem nie można wprowadzić do żyjącego organizmu i przez takowy przeprowadzić rozmaitych środków lekarskich. Doświadczenia tego rodzaju z jodkiem potasu robił F a b r e - P a l a p r a t, z sublimatem O r i o l i, jak obaj utrzymują z pomyślnym skutkiem. Te jednak doświadczenia nietylko że nie miały praktycznych rezultatów, ale nawet powątpiewano w ich prawdziwość (J. R o s e n t h a l), a nawet zupełnie im zaprzeczano (R e m a k, P e l i k a n, S a v e l i e f f i T r i p i e r), aż nakoniec w r. 1869, L. B e e r w Wiedniu, próby owe powtórzył, mianowicie co do przeprowadzania jodku potasu. B e e r twierdzi, że otrzymywał przytęm najpomyślniejsze wypadki. Doświadczenia jednak rozpoczęte na obszerną skalę, w roku 1870, przez B r u n s a, nie doprowadziły go do równie pomyślnych skutków. Wprawdzie ten ostatni badacz zdołał również drogą elektryczną przeprowadzać jod przez tkanki trupów, jednak nie zawsze mu się to samo udawało w tkankach i płynach u żyjącego człowieka. Nie znamy dotąd warunków, na jakich takie przeprowadzanie jodu przez organizm żyjący może mieć miejsce, jak również sposobów i środków, w jaki się ta sprawa odbywa. Musimy więc przyszłym spostrzeżeniom pozostawić bliższe wyjaśnienie rzeczonego zjawiska.

## II. L e c z e n i e c h o r ó b z e w n ę t r z n y c h z a p o m o c ą e l e k t r o l i z y.

Pojedyncze usiłowania, mające na celu leczenie tętniaków (*aneurismata*) i żyłaków (*varices*), za pomocą bieguna dodatniego prądu galwanicznego, należy uważać jako pierwsze początki elektrolizy. Właściwie jednak metoda leczenia którą opisać zamierzamy, datuje od ostatnich lat pierwszej połowy bieżącego stulecia. Jako główni jej twórcy i rzecznicy występują najprzód S c h u s t e r w Paryżu i Gustaw C r u s e l l w Petersburgu. Ten ostatni złożył cały szereg komunikacji akademiom nauk w Petersburgu i Paryżu, oraz ogłosił liczne artykuły, pomiędzy rokiem 1839 a 1849, w których opisał własne doświadczenia i spostrzeżenia, nad działaniem chemicznem i cieplikowem prądu galwanicznego u chorych. Działanie prądu wpływające na rozplynięcie się części stałych (*fluidisirende Wirkung*) nazwał on g a l w a n o l y z ą. Ogłoszenia te jednak nie znalazły odgłosu w świecie lekarskim. Jeszcze w roku 1849, oświadczyła Akademia Paryzka, że nie może wydać stanowczego sądu o leczeniu elektrolitycznem C r u s e l l a. Dopiero w ciągu następnych lat dziesięciu, doświadczenia te na nowo zostały rozpoczęte w rozmaitych miejscowościach, a gdy R e m a k wykazał skuteczność prądu galwanicznego w wielu chorobach wewnętrznych, poczęli też i do praktyki chirurgicznej używać coraz częściej tego sposobu leczenia.

Zastosowanie nowego środka leczniczego rozpoczął C i n i s e l l i, w Cremonie, od roku 1860, N é l a t o n, od roku 1864, S c o u t t e t e n, od roku 1865, T r i-

pięć od 1866, Althaus w Londynie, od 1867, M. Meyer w Berlinie, od 1868, wreszcie Brenner w Petersburgu, jak również Frommhold, Benedikt, Chvostek i inni. Jedni z pomiędzy uprawiających nową metodę leczniczą jak Althaus i Cinielli, wynosili ją pod niebiosa, głosząc niemyślne wyrugowanie przez nią wielu dotychczasowych operacyj krwawych, drudzy znowu jak Bequerel, wszelkiej odmawiali elektrolizie zasługi. Niezawodnie w obu zdaniach jest bardzo wiele przesady. Jak bowiem z jednej strony, spostrzeżenia ogłoszone przez bardzo poważnych i sumiennych badaczy, świadczą o pomyslnych wyleczeniach rozmaitych chorób chirurgicznych za pomocą elektrolizy, tak z drugiej strony, w wielu bardzo razach rzezone postępowanie okazało się bezskutecznym. Wydanie stanowczego sądu, o ile w tej lub owej chorobie zewnętrznej elektroliza może być skuteczną, jest dotąd niemożliwym, gdyż spostrzeżenia w tym kierunku ogłoszone, są jak dotąd przynajmniej bardzo ogólnikowe, tak, że nie można opierając się na nich, wyciągnąć pewnych wniosków.

Przechodzimy teraz z kolei do przeglądu całego szeregu chorób chirurgicznych, przy których zastosowywaną była elektroliza przez rozmaitych badaczy.

Najwcześniej zaczęto używać prądów galwanicznych do leczenia tętniaków (*aneurysmata*). Pierwszy pomysł tego rodzaju postępowania podał w roku 1831, Alph. Guérard; doświadczenia jednak jakie robił łącznie z Prazem, powtórzone następnie przez kilku innych lekarzy, wypadły zupełnie niepomyslnie. Dopiero w roku 1845, Petrequin, w Lyonie, zdolał pierwszy tym sposobem wyleczyć tętniaka t. skroniowej. Od tego czasu opisano znaczną liczbę spostrzeżeń, wyleczonych tętniaków w różnych miejscowościach za pomocą galwanizacji. Obok jednak tych pomyslnych rezultatów, podano również bardzo wiele wypadków, gdzie rzezona metoda postępowania nie sprowadziła pomyslnego skutku, lub nawet przyczyniła się do rozwoju groźnych objawów chorobliwych, w niektórych razach kończących się śmiercią chorego.

Z prostego wszakże zestawienia wzmiankowanych opisów, niepodobna jak na teraz wyciągnąć stanowczych wniosków, przemawiających bądź za bezwarunkowym przyjęciem, bądź za odrzuceniem tego rodzaju postępowania. W wielkiej liczbie owych spostrzeżeń widzimy tylko ślepe macanie, bez żadnych zasad przewodniczących wykonywaniu samej operacji, lub też postępowanie zupełnie błędne i niewłaściwe. Tak na przykład wbijano w worek tętniakowy naraz przeszło pięćdziesiąt igieł, lub też pozostawiano dnie całe zakłute igły w tętniakach, albo zastosowywano galwanopunkturę w takich razach, gdy o możliwości wyleczenia mowy już być nie mogło. Nie tu jednak jest miejsce do rozbioru i sądzenia pojedynczych spostrzeżeń. Czytelnika który się chce zapoznać bliżej z tym przedmiotem, odsyłamy do dzieł specjalnych (jak np. Broca: *Des aneurismes, Paris, 1856*). Możemy tylko stanowczo orzec, że istnieje możliwość wywołania skrzepów w tętniaku, a tym sposobem wyleczenie rzezonej choroby. Dalszym spostrzeżeniom musimy pozostawić bliższe rozwiązanie pytania, jakie są anatomiczne warunki w postaci tętniaka, oraz inne szczególne i ogólne względy, w razie istnienia których możemy wykonywać galwanopunkturę, bez obawy wywołania groźnych następstw pobocznych, a mianowicie zapalenia, ropienia i zgorzeli ścian worka, a w następstwie tego krwotoku. Przy rozdęciach żył, żyłakach (*varices et varicositates*), mianowicie na kończynach dolnych, daleko rzadziej była używaną galwanopunktura, niż przy tętniakach. Do tej pory niewielką liczbę spostrzeżeń tego rodzaju podali: Malani i Bertani w r. 1847, Schuh w 1850, Baumgarten i Wertheimer w roku 1852, Broca w 1856, Jaesche w 1867 i Dittel w 1869.

Przy tych operacjach zakluwano zwykle w rozdętą żyłę, jedną, lub kilka igieł połączonych z biegunem dodatnim, w kierunku ukośnym lub podłużnym tejże żyły, a to ażeby o ile możności jak najdłuższy koniec igły sterzał w świetle (*lumen*) naczynia. Biegun zaś ujemny, pokryty gąbką zwilżoną, stawiano w bliskości dodatniego, na skórze.

W żadnym ze wzmiankowanych wypadków rezultat operacji nie był sprawdzony przez późniejsze badanie anatomiczne. W większej zaś liczbie owych spostrzeżeń, chorzy po upływie paru tygodni od zaprzestania galwanizacji, uchodzili z oczów operującego, tak, że i w tych razach niepodobna wydać stanowczego sądu o wartości leczniczej galwanopunktury. Jedni sądzą że wyleczenie następuje w skutek skrzepu tworzącego się bezpośrednio w słupie krwi, przy działaniu igieł połączonych z biegunami stosu; inni znowu mniemają, iż pobudzenie galwaniczne sprawia zapalenie ścian żyły, w następstwie którego dopiero powstaje zakrzep (*thrombus*). Wreszcie niektórzy autorzy odrzucają oba dopiero

co przytoczone tlómaczenia i utrzymują, że wyleczenie żyłaków następuje jedynie w skutek pobudzenia galwanicznego ścian naczyń, które się kureczą, a następnie zapadają, zakrzep zaś weale się nie tworzy. Za tém ostatniem zdaniem przemawiają spostrzeżenia prof. Brunsa, który widział jak żyły rozdęte, mocniej nawet rozszerzone przed samą operacją, przez sztuczny zastój krwi, kureczyły się widocznie podczas galwanopunktury, zwężały, zmniejszały, a w końcu zostawały zupełnie wypróżnione; stan taki w rzeczonych żyłach pozostawał przez kilka tygodni po operacji. Zakrzepu zaś śladów nawet niepodobna było dostrzedz. Zresztą doświadczenia na zwierzętach, które opisaliśmy w części fizyologicznej, dowodzą natychmiastowego zwężenia żył podczas działania prądu galwanicznego. Przy rozszerzeniach najmniejszych naczyń krwionośnych, czyli przy tak zwanych naczyńkach (Teleangiectasia. Angioma), albo naroślach jamistych, zanotowano dotąd zaledwie kilka wypadków wyleczenia i to bez zapalenia i ropienia, za pomocą galwanopunktury. Althaus podaje, że tym sposobem udało mu się usunąć nowotwór tego rodzaju, wielkości bobu, na powiece dolnej. Jungken przytacza wypadek rozszerzonego naczyniaka jamistego, na lewej połowie głowy i twarzy, który zdołał zmniejszyć o połowę przez galwanopunkturę, wśród objawów umiarkowanego zapalenia miejscowego. Billroth widział w pewnym wypadku tego rodzaju, zaraz po zakłuciu igły, mocne wywiązywanie się gazów; w sąsiednich drobnych żyłach wyraźnie spostrzegał drobne pęcherzyki gazowe, z tego powodu musiał przerwać operację. W innych wypadkach tworzyły się zawsze w skutek galwanopunktury strupy naokoło igiel, z następnem zapaleniem, ropieniem, odpadnięciem strupa i ze skutkiem niezupełnym, nawet po kilkakrotnie ponawianej operacji (Schuh), lub z zupełnym wyleczeniem (Broca, Ciniselli). Ciniselli przytacza wypadek u dziecka ośmiomiesięcznego, naczyniaka na nosie, który leczył galwanopunkturą. Po zastosowaniu tego środka, powstało obszerne owrzodzenie, połączone z gorączką ropnicową (pyaemia), skutkiem której dziewiętnastego dnia po operacji nastąpiła śmierć.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Wycięcie nerwu żuchwowego od strony jamy ustnej. (Arthur Menzel. *Centralbl. N.* 1, 1872) Wycięcia nerwu żuchwowego dokonywano dotychczas rozmaitemi metodami, lecz zawsze od zewnątrz. Pierwszy Paravicini opisał dokładnie w 1869 r. metodę za pomocą której możnaby wycinać nerw szeregowy dolny od strony jamy ustnej. Autor, jako asystent kliniki prof. Billrotha w Wiedniu wykonał w sierpniu 1871 roku tą metodą operację pewnej kobiecie, która od wielu lat doświadczała nerwobólu. Prof. Billroth w październiku tegoż roku operował drugi wypadek. Według autora, raz przerobiwszy tę operację na trupie, łatwo wykonywać ją można, a obrażenie bywa przytém nierównie mniejsze aniżeli wtedy, gdy się operuje innemi metodami. Wycięty kawałek wynosił w wypadku autora 5 linii, w wypadku zaś prof. Billrotha 10 linii. Nerw żuchwo-gnykowy bywa naturalnie zawsze razem wycinany; przeciwnie wycięcia nerwu językowego z łatwością na pewno można uniknąć.

Menzel (*Deutsche Klinik N.* 47, 1871) wykonał także wspomnianą metodą wycięcia nerwu żuchwowego i językowego w jednym wypadku gwałtownego nerwobólu. Postąpił on w następujący sposób: Otworzywszy operowanemu szeroko usta, naciął błonę śluzową wzdłuż przedniego brzegu wstępującej gałęzi żuchwy, aż do ostatniego zęba trzonowego. Po oddzieleniu mięśnia skrzydlatego wewnętrznego od kości, obnażył najpierw nerw językowy a następnie wyciął kilka linii takowego. Następnie uchwycił haczykiem nerw żuchwowy i tego także wyciął mały kawałek. W dwa miesiące po operacji choroba jeszcze się nie ponowiła.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

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

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1872 rsr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1873 rsr. 1

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*. Rozprawy naukowe. Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*). Dokonane przez Dra Med. *Mierzewskiego* (z Petersburga). Podał *Tadeusz Żłobkowski*, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus, asystent kliniki przy Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Elektroliza. Podług dzieła Dra *Viet. v. Brunna*. Streścił *Stanisław Chomętowski*, lekarz ordynujący w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Warszawie. Wiadomości bieżące. Wycięcie nerwu żuchwowego od strony jamy ustnej. Dodatek. Syfilidologii ark. 1 i 2. Pediatrii ark. 22 i 23. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii *Heitzmann'a* dołącza się ark. 12 i 13.

## SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego <sup>1)</sup> za czas od 1 (13) października 1870 po 1 (13) stycznia 1872.

Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*.

Sprawozdanie to będzie stanowiło początek szeregu rocznych sprawozdań, które w przyszłości dawać zamierzamy; dla tego połączyliśmy w jedno pięć pierwszych kwartałów, bo rzeczywisty stan działalności lekarskiej w Instytucie, jakkolwiek tenże w dniu 1 (13) października 1870 roku otwartym został, daje się dokładniej poznać dopiero z początkiem roku 1871. W tym bowiem czasie już ambulatoryum (otwarte dnia 1 (13) listopada) czynnym i znanym w mieście

<sup>1)</sup> Ś. p. Edward książę Lubomirski, najmłodszy z pięciu synów Michała i Maryi Magdaleny z hrabiów *Raczynskich* książąt *Lubomirskich*, na krótko przed swoją zawczesną niestety śmiercią, w liście pisanym do Edwarda hr. *Raczynskiego*, uważanym za akt erekcyjny Instytutu Oftalmicznego, przeznaczył między innymi legatami fundusz 60,000 rsr. na założenie Instytucyi dobroczynnej, której jakoś wykazać miały potrzeby kraju, a na pomieszczenie tejże wyznaczył pałac w swych dobrach *Radzyminie*. Hr. *Raczynski* egzekutor testamentu uznał za najwłaściwsze prze-

było a liczba łóżek początkowo 24 do 30 podniesioną została, lecz co najważniejsze, że dopiero w początkach roku 1871 sale instytutowe naprawdę się chorem i zapelniać poczęły, bo jak to z porównawczego zestawienia ilości chorych w każdym kwartale leczonych okaże się, pierwszy kwartał był tylko wstępnym, zawiadamiającym, że tak powiemy publiczność o ponownem przyjsciu do życia tej tak pożytecznej, dobroczynnej Instytucyi.

Przez cały ten przeciąg czasu przyjętych było do Instytutu Oftalmicznego osób 265, a mianowicie: w kwartale I 26, w II 40, w III 66, w IV 70, w V 63.

Ogólna cyfra 265 rozpada się na: mężczyzn 142, kobiet 107, dzieci obojęj płci (do 10 lat wieku) 16.

Na rok 1870 pozostało osób 32: mężczyzn 13, kobiet 17, dzieci 2.

---

znaczyć te pieniądze na urządzenie i utrzymywanie szpitala dla cierpiących na choroby oczne, którego brak w kraju dawał się dotkliwiej uczuć niż inne niedostatki podobnego rodzaju; ze względu zaś na większą stosunkowo użyteczność takiego zakładu w większem mieście, powziął myśl sprzedania palacu Radzymińskiego, a za pieniądze z tej sprzedaży wyręczone, oraz za sumnę zapisową, założenia szpitala ocnego w Warszawie. Myśl tę dopełniająca poniekąd ostatnią wolę założyciela, czynnie zaraz w życie wprowadził a erekcyja ułożona dla Instytutu Oftalmicznego uzyskała Najwyższą sankcyę w dniu 16 (28) marca 1826 roku. Pierwszą Radę szczegółową Instytutu Oftalmicznego, zajmującą się rozwinięciem erekcyi i urządzeniem szpitala, składali ś. p.: Edward hr. R a c z y ń s k i, Alexander K o ń c h o w s k i i Ludwik D m u s z e w s k i (założyciel i redaktor Kur. Warsz.), oraz żyjący jeszcze obecnie Jan hr. Ł u b i e ń s k i.

Instytut rozpoczął swoją dobroczynną działalność, to jest został dla chorych otwartym, w dniu 31 (19) sierpnia 1827 roku w domu Nr 1325, należącym do szpitala Dzieciątka Jezus (obecnie mieści się w tym domu klinika położnicza). W roku 1835 miesiącu listopadzie Instytut przeniesionym został do domu na własność nabytego Nr 138<sup>1/2</sup> przy ulicy Marszałkowskiej i tam pozostawał do końca czerwca 1864 roku. W miarę rozwijającej się ciągle działalności Instytutu, pomieszczenie go i w tym własnym budynku stawało się coraz bardziej nieodpowiedniem, a przebudowywanie go, oraz przerabianie przedstawiało wielkie wydatki i widoki niewielkich stosunkowo korzyści (pod względem całości i przeznaczenia budynku); dlatego też ówczesna rada szczegółowa, pozostająca pod prezydencją do dziś dnia pełniącego obowiązki Kuratora Zakładu, Tadeusza księcia L u b o m i r s k i e g o, przedsięwzięła starania około dogodniejszego pomieszczenia Instytutu. Jakoż w roku 1861 nabytym został plac przy ulicy Smolnej, a sporządzenie planu poruczone zostało członkowi rady budowniczemu ś. p. Henrykowi M a r k o n i e m u; następnie zaś w celu uzbierania potrzebnych na budowę funduszków, Zakład w czerwcu 1864 r. czasowo zamknięto a dom przy ulicy Marszałkowskiej, w którym się mieścił, sprzedano przez publiczną licytacyę za sumnę 46,000 rsr., która w miarę spłaty przez nowonabywcę, lokowaną była w Banku Polskim na procent składany; poczem Rada szczegółowa ukonstytuowała się w komitet budowlany i zajęła się czynnie budową nowego gmachu. Do komitetu tego zostającego pod prezydencją Tadeusza księcia L u b o m i r s k i e g o należeli: prof. Dr. med. Wiktor S z o k a l s k i, Jerzy B e r t h o l d i, Alexander W a m b a c h, Maxymilian W i d a l, Dr. med. Józef B o r t k i e w i c z, budowniczowie Franciszek T o u r n e l l e i Adolf W o l i ń s k i, którzy po śmierci ś. p. Henryka M a r k o n i e g o został członkiem Rady szczegółowej Instytutu i plan przez poprzednika swego zrobiony, po zaprowadzeniu w tymże niewielkich zmian wykonał, kierując robotami nowego gmachu, mecenas Andrzej B r z e z i ń s k i, jako radca prawny; w miarę rozwoju budowy zawezwani zostali do komitetu budowy budowniczowie Albert B o b i ń s k i i Leon R a k o w s k i, oraz inżynier Konstanty W a r o c z e w s k i a nadto Dr. med. Witold N a r k i e w i c z - J o d k o.

Obecny personal zarządu i służby zdrowia Instytutu składają: Tadeusz książę L u b o m i r s k i kurator Instytutu, Jerzy B e r t h o l d i pomocnik kuratora, Dr. med. Wiktor S z o k a l s k i lekarz naczelny, Dr. med. Witold N a r k i e w i c z - J o d k o lekarz ordynujący i Józef J a w o r o w s k i intendent.

Z tej ogólnej cyfry na koszcie Instytutu leczonych było osób 23 (dni szpitalnych 825),  
 na salach ogólnych za opłatą po 20 kop. dziennie „ „ „ 183 (dni szpitalnych 6531),  
 w oddzielnych pokojach „ „ „ 52 (dni szpitalnych 1509).  
 towarzyszących chorym i posługi „ „ „ 7 (dni szpitalnych 169).  
 w ogóle 265 (dni szpitalnych 9034).

Przecięciowa ilość dni szpitalnych na jednego chorego wynosiła 34.

Wykaz chorób w tym czasie leczonych.

1.	Dystichiasis . . . . .	4
2.	Entropium spasticum. . . . .	2
3.	„ organicum . . . . .	1
4.	Blepharadenitis . . . . .	1
5.	Blepharitis marginalis et angularis . . . . .	2
6.	Combustio palpebrarum . . . . .	1
7.	Conjunctivitis catarhalis (contagiosa) . . . . .	19
8.	„ granulosa acuta . . . . .	3
9.	„ „ chronica . . . . .	30
10.	„ blemorrhoeica . . . . .	9
11.	„ dyphteritica (gonorrhoeica et crouposa) . . . . .	2
12.	„ phlyctenulosa . . . . .	2
13.	Fistula sacci lacrymalis . . . . .	2
14.	Bleorrhoea sacci lacrymalis (acuta et chronica) . . . . .	2
15.	Keratitis ulcerosa idiopathica . . . . .	25
16.	„ „ secundaria. . . . .	23
17.	„ vasculosa (pannosa) . . . . .	8
18.	„ parenchymatosa (partialis, diffusa) . . . . .	3
19.	„ phlyctenulosa . . . . .	4
20.	„ punctata (descemetitis) . . . . .	2
21.	„ suppurativa (ulcus corneae serpens) . . . . .	5
22.	„ neuro-paralytica . . . . .	2
23.	„ traumatica (contusio) . . . . .	1
24.	Staphyloma corneae (partiale, totale) . . . . .	5
25.	Keratokonius . . . . .	1
26.	Leucomata (macula, albugo etc.) . . . . .	6
27.	Staphyloma sclerae . . . . .	1
28.	Tumor sclerae et chorioideae (fibroma ossificatum). . . . .	1
29.	Kerato-iritis acuta . . . . .	2
30.	„ chronica. . . . .	1
31.	Prolapsus iridis. . . . .	2
32.	Iritis acuta (idiopathica, traumatica) . . . . .	6
33.	„ chronica (idiopathica, syphilitica). . . . .	4
34.	Tridocyclitis chronica. . . . .	2
35.	Cataracta senilis (matura et immatura) . . . . .	17
36.	„ congenita (mollis, membranacea). . . . .	3
37.	„ acquisita mollis . . . . .	3
38.	„ meliturica . . . . .	1
39.	„ traumatica . . . . .	3
40.	„ polaris postica (stationaria) . . . . .	1
41.	„ secundaria . . . . .	2
42.	Luxatio lentis ad camer. ant. (traumatica) . . . . .	1
43.	Chorioideitis exsudativa . . . . .	1
44.	Glaucoma inflammatorium . . . . .	6
45.	„ simplex . . . . .	4
46.	Chorioideo-retinitis (acuta et chronica) . . . . .	3
47.	Amotio retinae. . . . .	2
48.	Hyperaemia retinae . . . . .	1
49.	Retinitis (albuminurica, syphilitica). . . . .	2
50.	Tumor nervi optici (neuroma et myxoma) . . . . .	1

51.	Neuritis optica acuta . . . . .	3
52.	„ „ chronica . . . . .	3
53.	„ „ syphilitica . . . . .	2
54.	Amblyopia potatorum. . . . .	1
55.	„ sine causa . . . . .	2
56.	Vulnera oculi (sclerae et corp. vitrei) . . . . .	4
57.	Strabismus convergens . . . . .	3
58.	„ divergens. . . . .	2
59.	Paralysis n. oculomotorii. . . . .	1
60.	Spasmus accomodationis. . . . .	1
61.	Neuralgia ciliaris (inveterata) . . . . .	1
62.	Osób towarzyszących chorým lub posługujących . . . . .	7

w ogóle . . . . . 265.

### S p r a w o z d a n i e z w y k o n a n y c h o p e r a c y j i r e z u l t a t ó w t y c h ż e.

Pod względem rezultatu rozdzielamy zejścia operacyjne na cztery kategorie: do pierwszej kategorii zaliczamy operacje wykonane z zejściem a więc i z rezultatem zupełnie pomyślnym; do drugiej—z rezultatem połowicznym, to jest niepomyślnym bezpośrednio, ale dającym się pomyślnie uzupełnić drugą, następującą operacją; do trzeciej—z rezultatem żadnym, t. j. z zejściem które ani korzyści, ani szkody operowanemu nie przyniosło; do czwartej—z rezultatem ujemnym, t. j. przynoszącym stratę operowanemu. Jest to podział przyjęty we wszystkich statystykach, od którego my jednak odstąpić na ten raz musimy, gdyż zejścia z rezultatem ujemnym nie mieliśmy dotychczas ż a d n e g o.

Operacyi w ogóle wykonanych było 125 na osobach 80.

### W y k a z s z e z e g ó ł o w y o p e r a c y i.

	Ilość ogólna	r e z u l t a t			
		dodatni	połow.	żaden.	
1. Obcięcie brzegów powiek dolnych. . . . .	2	2	—	—	
2. „ „ „ „ górnych. . . . .	2	2	—	—	
3. Przypalenie żelazkiem poniżej brzegu powieki doln. . . . .	1	1	—	—	
4. Operacya Herzenstejna (zawłoka na brzegu pow.) . . . . .	1	—	1	—	
5. Operacya kurezowego zawrócenia powiek . . . . .	3	3	3	—	
6. „ organicznego „ „ . . . . .	2	2	—	—	
7. Obcięcie garbca ( <i>staphyloma corneae</i> ). . . . .	3	3	—	—	
8. Częściowe wycięcie tęczy ( <i>iridectomia</i> ) . . . . .	47	41	5	1	
9. Tatuowanie rogówki (plamy) tuszem. . . . .	1	1	—	—	
10. Wydobycie zaciemka (cięcie liniowe dawne <i>extr. linearis antica</i> ). . . . .	3	2	1	—	
11. Wydobycie zaciemka z wycięciem tęczy częściowém ( <i>extr. linearis antica cum iridect</i> ) . . . . .	2	2	2	—	
12. Wydobycie zaciemka (cięcie liniowe ulepszone <i>extr. linearis modificata</i> G r ä f e) . . . . .	24	23	1	—	
13. Wydobycie zaciemka błoniastego . . . . .	4	3	1	—	
14. „ „ „ z wycięciem tęczy częś. . . . .	3	3	—	—	
15. Rozdrobienie zaciemka . . . . .	14	14	—	—	
16. „ „ „ z wycięciem tęczy częś. . . . .	1	1	—	—	
17. Operacya zezą zocznego ( <i>strabotomia interna</i> ) . . . . .	4	4	—	—	
18. „ „ „ rozocznego ( <i>strabotomia externa</i> ) . . . . .	3	3	—	—	
19. Wyluszczenie galki ocznej . . . . .	4	4	—	—	
20. Wyluszczenie galki i nowotworu nerwu wzrokowego . . . . .	1	1	—	—	
w ogóle. . . . .		125	115	9	1
Wyrażając w odsetkach na . . . . .		100	92 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	7,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .

S p r a w o z d a n i e z a m b u l a t o r y u m.

Przez dni 354 (w święta i niedziele nie ma przyjęcia) udzielono osobom 2127 konsultacyi 12,682, przecięciowo więc po 36 konsultacyi dziennie. Największa ilość jednorazowo była 2 września 1871 roku osób 92, najmniejsza 3 stycznia 1871 osób 5. Z ogólnej ilości 2127 było mieszkańców Warszawy 1673, przybyszów 454. Operacyi małych (przecięcie ropni, przecięcie kanałków łzowych lub worka łzowego, wydobywanie ciał obcych etc.) wykonano w ambulansie 169 a nadto zeszyto przecięte powieki razy 3 i zoperowano zawróconą powiekę razy 2.

Księgi ambulatoryjne wykazały następujący wzajemny stosunek chorób rozmaitych części oka:

Choroby powiek	obserwowano razy	189	w odsetkach	8,56
„ łącznie	„ „	1015	„	46,
„ dróg i organów łzowych	„ „	87	„	3,95
„ rogówki	„ „	403	„	18,27
„ twardówki	„ „	2	„	0,08
„ tęczy	„ „	79	„	3,58
„ naczyńiówki	„ „	56	„	2,54
„ soczewki	„ „	74	„	3,36
„ ciała szklist.	„ „	3	„	0,13
„ siatkówki	„ „	35	„	1,59
„ nerwu wzrok.	„ „	44	„	2,
„ całej gałki ocznej	„ „	13	„	0,59
„ mięśni ocznych	„ „	28	„	1,27
„ refrakeyi oka	„ „	44	„	2,
„ akkomodaeyi	„ „	22	„	1,
Skaleczenia oka	„ „	112	„	5,08
w ogóle		2206	w odsetkach	100.

Ponieważ to jest pierwsze sprawozdanie, które po przeniesieniu fundacyi ś. p. Edwarda księcia Lubomirskiego do nowego gmachu ogłaszamy, poczytujemy za obowiązek należny publiczności lekarskiej i nielekarskiej, której się to sprawozdanie do rąk dostanie, przedstawić razem z obrazem czynności z roku ubiegłego, w krótkich chociażby zarysach, obraz gmachu w którym się te czynności odbywały—co poniekąd wytłumaczy rzeczywistą przyczynę tak świetnych rezultatów leczenia, w części już wykazanych w statystyce zejść pooperacyjnych, w części zaś mających się wykazać w drugiej kazuistycznej części sprawozdania.

Gmach Instytutu rozpoczęto budować w lecie 1866 a ukończono w jesieni 1869 roku, ostatecznie zaś wykończonemi zostały szczegóły wewnętrznego urządzenia na wiosnę roku 1870. Jest to budynek w stylu włoskim odrodzenia, dwupiętrowy, o suterrenach, mający długości 95 łokci polskich, szerokości 32, wysokości zaś 25 łokci.

Gmach jest zwrócony frontem na południe, tyłem zaś na północ, ma z frontu duży dziedziniec trawnikiem i młodemi jeszcze owocowemi drzewkami ozdobiony i ulicę Smolną, której przeciwna strona wcale zabudowaną nie jest i nigdy nie będzie z powodu wązkich placów jakie ulicę tę od sąsiedniej dolnej części alei

Jerozolimskiej oddzielają. Lewa strona gmachu oddzielona jest tylko przestrzenią dwudziestu kilku łokci od urwistego dosyć brzegu góry na której główna, zabudowana część Warszawy stoi: na spadku tej góry splantowanym i przerobionym sztuką na kilka szeregów tarasów i wolno pochyłych ścieżek, założony jest współcześnie z Instytutem młodociany owocowy ogródek, graniczący z placami niezabudowanymi i ogrodami które się aż do Wisły rozciągają. Z tyłu Instytut dotyka do ogródka warzywnego, osadzonego starszemi już nieco morwowemi drzewami, po za ogrodzeniem którego znajduje się drugi w Warszawie pod względem rozmiarów spacerowy ogród, niegdyś dla publiczności otwarty i dobrze przez tę pod nazwą Foksalu znany. Tylko ze strony prawej łączy się plac Instytutu z rzeczywistym miastem za pośrednictwem przestrzeni trawą zasianej przeszło 40 łokci szerokiej; dotyka bowiem do prywatnego w części zabudowanego placu (Smolna Nr 6).

Z tego sytuacyjnego opisu widzimy, że lepszego położenia w tej tak do środka zbliżonej części miasta (kroków 300 od Nowego Świata) wyszukać nie podobna, gmach bowiem stoi na brzegu góry i z dwóch stron ma ogromną przestrzeń odkrytą, z frontu sięgającą do ogrodów po prawej stronie dolnej części alei Jerozolimskiej bujnie zagajonych, ze strony zaś lewej aż na grochowskie pola; z tyłu styka się z ogrodem, w którym wielka ilość drzew starych, liściastych, nadaje w lecie otaczającemu Instytut powietrzu rzeczywiste cechy powietrza wiejskiego, wonnego i czystego.

Przejdziemy teraz do opisu samego gmachu i wewnętrznego tegoż urządzenia. W suterrenach mieszczą się: kuchnia, pralnia, łazienki, mieszkania służby nie mającej z choremi styczności, spiżarnie i wszystkie składy gospodarskie.

Parter przedzielony z przodu dużą sienią a wzdłuż, przez całą długość gmachu ciągnącym się, 5 łokci szerokim korytarzem, ma z frontu po prawej stronie sale dla przyjęcia chorych z miasta przychodzących przeznaczone, z lewej zaś mieszkanie odźwiernego, kancelaryę administracyjną i salę jadalną, oraz garderobę dla chorych na tym pomieszczonych piętrze. Z tyłu po obu stronach schodów na piętra prowadzących, ma po dwie duże sale ogólne dla chorych płci męskiej, a w tylnych rogach gmachu obok schodów gospodarskich na piętra prowadzących znajdują się ogrzewane i dobrze wentylowane wychodki.

Pierwsze piętro ma po nad sienią parteru kaplicę przez pierwsze i drugie piętro w górę sięgającą: nad salami ogólnymi dla chorych płci męskiej, także sale dla kobiet, nad ambulatoryum mieszkanie dla siostr miłosierdzia i intendenta szpitala a z lewej strony oprócz odpowiadających parterowi garderoby i sali jadalnej dla chorych pierwszego piętra, zakrystyę i niewielką salkę dla dwóch chorych, których oddzielenie od innych jest wskazane, już to wiekiem (niemowlęta), już też wielką zaraźliwością choroby <sup>1)</sup> (zapalenia dyfterytyczne i t. p.).

Na drugim piętrze tył zajmują pokoje w liczbie 8 dla pensjonaryuszów przeznaczone, wedle życzenia i oplaty już to pojedynczo, już po dwóch pomieszca-

---

<sup>1)</sup> Na salach ogólnych chorzy są także pogrupowani, w jednych się mieszczą operowani, w innych niezaraźliwi, w innych zaś zaraźliwi (ale nie bezwzględnie).

nych (z prawej strony mężczyźni, z lewej kobiety); front zaś oprócz jadalni i garderoby ogólnej (tak jak i na innych piętrach), ma obok kaplicy, połączone z tą ostatnią za pośrednictwem otwartych galeryj, składy bielizny szpitalnej, w których podczas nabożeństwa chorzy tego piętra, nie mieszczący się na takiejże galerii łączącej korytarz z kaplicą, mogą się oddawać modlitwie i rozpamiętywaniu, nadto posiada to piętro z frontu trzy pokoje obecnie puste, ale w razie potrzeby rozszerzenia działalności Instytutu, mogące wygodnie pomieścić 14 łóżek dla chorych.

Wychodki są po obu stronach gmachu na wszystkich piętrach.

Widzimy z tego opisu, że przy tworzeniu planu znakomity architekt ś. p. **M a r k o n i**, po porozumieniu się z ludźmi kompetentnymi w tym względzie, umieścił z umysłu w stronie tylnej gmachu (na północ oknami obróconej) wszystkie prawie pokoje w których chorzy przez cały dzień i noc przebywają, bo światło z tej strony do gmachu dochodzące jest zawsze jednostajne, w żadnej porze dnia nie ma go zanadto, ale też nigdy za mało; nadto urządził oddzielnie od sypialnych pokoi jadalne i do umywania się przeznaczone, przez co w pokojach mieszkalnych (sypialnych) unika się brudu i zanieczyszczenia powietrza a służbie ułatwioną jest praca, bo potrawy z kuchni windą przychodzą na każde piętro do garderoby, która zarazem za mieszkanie służy dla posługaczki każdego piętra i łączy się z jadalnią <sup>1)</sup>.

Rozmiary sal dla pomieszczenia chorych służących są bardzo znaczne; każda z sal ogólnych ma około 8000 stóp sześciennych przestrzeni, każdy z pokoi dla pensjonaryuszów przeznaczonych przeszło 3000; sale zapasowe (których jest 4) od 4000 stóp do 7000.

Przy terażniejszej liczbie łóżek, która z 24 wzrosła już do 40, mamy na salach ogólnych (4 łóżka w każdej) około 2000 stóp sześciennych powietrza na jednego chorego, w pokojach dla pensjonaryuszów przeznaczonych od 1500 do 3000 na jednego; jest to stosunek jakim żaden się prawie szpital poszczycić nie może.

O środkach zapewniających odnawianie się powietrza nie przepomniiano także, wentylacya bowiem może się trzema odbywać drogami: najprzód za pośrednictwem pieców, których paliwa są w salach, powtóre okien, które mają u góry po jednym dużym duszniku, nakoniec za pomocą kanałów wzdłuż ścian oddzielających korytarze od pokoi sypialnych, od dołu do góry idących. Kanały te na parterze poczynając się kończą na poddaszu i komunikują z każdym sypialnym pokojem tuż nad podłogą za pośrednictwem dusznika zamykającego się i otwierającego z łatwością; też kanały służą zarazem do oświetlania w nocy korytarzy i sal sypialnych, są bowiem w środku wysokości każdej sali i korytarza przerwane i zasłonięte okienkami, pomiędzy którymi mieści się lampa naftowa, oświecająca bardzo dobrze z jednej strony część odpowiednią korytarza, z drugiej zaś łagodnie, przez szkło matowe sypialnie; z czasem gdy gaz w całym zakładzie zaprowadzonym będzie miejsce lampki zastąpi z korzyścią płomyk gazowy. Ten zniech przez całą noc gorejący, bardzo ułatwia odpływ zwykle w tej porze nieczystego (zwłaszcza na salach ogólnych) powietrza.

<sup>1)</sup> Windą też węgiel kamienny i drzewo na wszystkie piętra z suterenu przychodzi.

40 łóżek obecnie posiadanych są w ten sposób rozmieszczone, iż każda z sal ogólnych ma po 4 łóżka, pozostałe 8 mieszczą się w pokojach dla pensyonaryuszów i są w miarę potrzeby przemieszczane; można jednak bez najmniejszej obawy przeludnienia umieścić w każdej sali ogólnej 6 łóżek, co przedstawiłoby cyfrę 48 łóżek, dodając do tego miejsce na 16 łóżek w salach i pokojach rezerwowych i 12 łóżek które zajęłyby pokoje dla pensyonaryuszów, osiągniemy cyfrę 76 łóżek, do której w miarę rozwoju Instytut Oftalmiczny bez troski o brak powietrza przyjść może.

Oto jest pobieżny obraz urządzenia wewnętrznego Instytutu, nie dziw że w takich warunkach muszą być doskonale rezultaty leczenia, jeżeli jeszcze przyjmimy w uwagę, że posługę przy chorych pełnią siostry miłosierdzia, których rzeczywiście chrześcijańskie poświęcenie się i gorliwość w wypełnianiu przyjętych dobrowolnie na się obowiązków znane są całemu cywilizowanemu światu.

(Dalszy ciąg nastąpi).

### Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*).

Dokonane przez Dra med. Władysława Mierzejewskiego (z Petersburga).

Podał Tadeusz Ziobikowski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus, asystent kliniki przy Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim.

(Ciąg dalszy)

#### Podział znanych form błony dziewiczej odnośnie do wieku.

Podzieliwszy wiek dziewię na pewne okresy, w poniższej tablicy autor zestawia różne formy błon dziewiczych, znajduwane u indywidualów tegoż samego wieku. Ponieważ błonę będącą przedmiotem obecnego opisu, u dziewczątek mających lat 10 do 14 napotkał tylko razy 45, przeto nie zważając że w innych okresach życia liczniej ją spotykał, cyfrę 45 przyjmuje za normę.

Wiek dziewię badanych.	Błona dziewicza w postaci przegrody.				Błona dziewicza w postaci otoczeń zwięzających wejście do pochwy.			
	Poręczycowata półkolistą, przyominająca swój kształt w podkowę t. d.	Mająca kształt pierścienia, też w roku, diafragmę tworzą t. d.	Właznych otworach.	Razem.	Słabku trójczłokowego lub pomarszczonego.	Słabku płatkowatego.	Okrówki wozowicowate zwińniętej.	Razem.
U 45 nowonarodzonych dziewczątek (nie mających roku).	6	7	„	13	15	17	„	32
U 45 dziewczątek od 3ch do 10 lat . . . . .	8	13	3	24	9	8	4	21
U 45 dziewczeczek od 10 do 14 roku . . . . .	9	15	2	26	12	2	5	19
U 45 dorosłych dziewię od 16 do 35 lat . . . . .	16	17	4	37	7	„	1	8
U 45 dziewię mających od 40 do 70 lat wieku. . . . .	12	15	4	31	11	3	„	14
Razem u 225 dziewię od pierwszych chwil życia aż do późnej starości . . . . .	51	67	13	131	54	30	10	94



Z powyższej tablicy widzimy, że pewna forma błony dziewiczej nie jest stałą dla wszystkich okresów życia dziewczycy. U nowonarodzonych i dzieci nie mających roku życia, błona dziewicza w formie przegrody bywa przeszło 3 razy rzadziej, niż w postaci otoczeń zwązających wejście do pochwy. U dzieci mających lat 3 do 10, wspomniane dopiero co dwa rodzaje błon dziewiczych są niemal w jednakowym stosunku. Od lat zaś 10 błona dziewicza w postaci przegrody zdarza się już częściej niż drugiego rodzaju, u dorosłych zaś dziewic przewyżka ta jest coraz więcej rażąca, tak że ogół ostatniej błony zaledwie  $\frac{1}{3}$  część pierwszej wynosi. Od 45 do 60 roku przewyżka błony dziewiczej w postaci przegrody jest prawie takąż samą jak u dorosłych.

Z powyższego więc autor wnosi, że w miarę przybywania lat życia, błona dziewicza zmienia swój wygląd, to jest przekształca się z form 2-go typu, (w postaci otoczeń otaczających wejście do pochwy) na błonę dziewiczą 1-go typu (w formie przegrody). A zatem błony dziewicze 2-go typu z wszelkim prawdopodobieństwem uważać należy jako stan przejściowy (rudimentarny) *hymenis*. Ostatnie twierdzenie wspiera się nie tylko na zestawieniu cyfr przytoczonej tablicy, ale i na badaniach błony dziewiczej u płodu. I tak Meckeli i Osiaender u płodu mającego 4 do 4½ miesiący znajdowali już błonę w postaci dwóch fałdek z podłużnym otworem w środku (typ 2gi). Dr Mierzejewski u dwóch płodów 6-miesięcznych znalazł błonę dziewiczą także w postaci dwóch fałdek, jednakowoż rozciągawszy je ostrożnie od siebie, hymen przedstawił się w postaci małej wystającej rurki, bardzo podobnej do opisaney pod nazwą szlarki (1-a forma 2-go typu). Z tego więc wniesć należy że następne badania błony dziewiczej u płodu, stanowczo stwierdzą przypuszczenie Dra M. że taż w postaci przegrody u dzieci nowonarodzonych jest prawdziwą rzadkością.

#### Wyniosłości mirtowate.

Pod tą nazwą wielu rozumie niekształtne wzniesienia, umiejscowione przy wejściu do pochwy, a powstałe z zablźnienia się szczątków zniszczonej błony dziewiczej. Lecz mniemanie to jest niesłuszne, raz dlatego że błona dziewicza wskutek spółkowania nie zawsze rozrywa się na części a tylko stopniowo maleje (zanika), lecz bardziej z powodu, że w okół wejścia do pochwy znajdujemy jeszcze inne wyniosłości należące do jej ścian a bynajmniej nie do błony dziewiczej. Jeżeli na trupie ostrożnie przeltniemy błonę dziewiczą, lub też u kobiety która już spółkowała odsuniemy jej szczątki, to po za niemi zauważymy, jeszcze drugie nierówności, jużto w postaci wzgórków nieforemnego kształtu, różnego rodzaju zagieć, odrostków oddzielonych od się mniej lub więcej głębokimi bruzdami, które będąc zakończeniami fałd pochwowych, nie nie mają wspólnego ze szczątkami błony dziewiczej, pomimo że tuż obok nich są umieszczone. Jeżeli wrodzone te nierówności są bardzo wyraźne przy wejściu do pochwy, to w połączeniu z takimiż po błonie dziewiczej pozostałemi tworzą niekształtne narośle, które nieraz poczytanemi być mogą za wytwory patologiczne, a pomyłki tego rodzaju już się zdarzały.

Tak więc znany każdemu lekarzowi wzgórek, będący tuż pod otworem zewnętrznym cewki moczowej i służący za wskazówkę do wprowadzenia cewnika (kateteru), jest niczem innem jak tylko zakończeniem fałdów ściany przedniej pochwy. Takież sam wzgórek, lecz nieco większy, znajduje się za dolną częścią błony dziewiczej (która w tém miejscu nieraz z nim zrasta się); jest to zakończenie fałdów ściany tylnej pochwy. Z boków zaś znajdujemy podobneż wzniesienia wałeczkowatego kształtu. Jednym słowem przy wejściu do pochwy rozróżnić należy dwa rodzaje wyrostków mirtowatych: pierwsze należą do pochwy (*carunculae vaginales*), drugie zaś, są to szczątki zniszczonej błony dziewiczej (*carunculae hymenales*).

Co się tyczy ostatnich, to takowe wskutek rozdzwieżenia i częstych spółkowań nabierają wyglądu trójkątnych lub klinowatych wyniosłości. Dopiero po porodach, a więc po zablźnieniu licznych w nich naderwań nabierają kształtu brodawek, wzgórków oddalonych lub zbliżonych, słowem podobne są do myrtu.

Zapamiętać i to trzeba, że wskutek częstych spółkowań, a bardziej jeszcze porodów, *carunculae hymenales* wygładzają się (znikają); przeciwnie *carunculae vaginales* pozostają przez całe życie, a nawet z postępem lat są wyrazistsze co w części zależy od tego, że przez szparę sromną mianowicie u kobiet wiele-rodzących, wysuwa się do pewnego stopnia przednia ściana pochwy.

Część III. Różnica zjawisk normalnych i chorobliwych, spotykanych na błonie dziewiczej, od skutków zgwałcenia i rozdzwieżenia, lub usiłowań dokonać ostatnie.

Po zgwałceniu na częściach pleiowych kobiety pozostają więcej lub mniej wyraźne i charakterystyczne ślady. Doniosłość ostatnich zależy od siły wywartego gwałtu, jakoteż i stanu organów zgwałceniu uległych. Ztąd więc wynika, że szybkie i gwałtowne wprowadzenie obcego ciała w pochwę dziewicy wyrzuci daleko znaczniejsze obrażenia, aniżeli gdy to wprowadzenie uskuteczni się powoli i ostrożnie. Również tarcie części sromnych zewnętrznych, spowodowane jakimkolwiek bądź ciałem obcym, pozostawi zupełnie odmienne ślady u dziewicy dorosłej i u dziecka, i jeżeli u pierwszej nie znajdziemy żadnych śladów obrażeń prócz szybko przemijającej czerwonoci, to w drugim niewątpliwie będą wyznaczenia krwi (*ecchymoses*), podbiegnięcia (*sugillationes*) a nawet zapalenia ostre. Wyróżnienie więc dopiero przytoczonych skutków zgwałcenia od podobnych, innymi przyczynami spowodowanych, jest interesem bardzo wielkiej wagi przy wykryciu sądowo-lekarskiem, czy rozdzwieżenie miało lub nie miejsce i to będzie przedmiotem poniższego opisu.

1) Zapalenie części pleiowych zewnętrznych u dzieci.

Niepodobieństwem jest wprowadzić naprężone prącie dorosłego mężczyzny w pochwę dziewczki 10 lat nie mającej, bez uszkodzenia tak błony dziewiczej,

jakotęż i części ją otaczających <sup>1)</sup>. Opisywane są przecież wypadki, gdzie zgwałcenie dokonane ze znaczną siłą, spowodowało rozdarcie pochwy, cewki moczowej, międzykroczka, odbytnicy a nawet oderwanie macicy.

U dzieci (5 do 8 lat), kości bezimienne łącząc się ze sobą pod bardzo ostrym kątem sprawiają wężkość łuku łonowego który tem samem przeszkadza wprowadzeniu w pochwę prącia naprężonego, co jeżeli do pewnego stopnia daloby się uskuteczyć, to jednak nigdy tak dalece, by błona dziewicza uszkodzoną być miała. Wiadomo przecież że u dzieci często wystaje ona w postaci stożka, lub bywa pofałdowana, a ta okoliczność już dozwała do pewnego stopnia ją naprężyć bez uszkodzenia. Natomiast prawie zawsze przy usiłowaniu zgwałcenia, a więc w skutek tarcia tychże części prąciem naprężonem, już w kilka godzin rozwija się tamże więcej lub mniej donośne zapalenie, charakteryzujące się poniższymi cechami. Wargi sromne większe i mniejsze są obrzmiałe, zaczerwienione i pokryte albo też zlepione gęstym płynem śluzo-ropnym, żółtego lub zielonego koloru. Jeżeli zaś rozdzwiczona, będzie równocześnie zarażoną materją tryprową (*gonorrhoea*), to wówczas śluz podobny wypływa i z cewki moczowej (cecha charakterystyczna podług *Tardieu i Ricord'a*).

Zupełnie podobne objawy spotykał autor na trupach czterech dziewczątek nowonarodzonych (nie mających roku), u których za życia było błonicowe (dyfterytyczne) zapalenie gardła. U nich to wargi większe i mniejsze były także obrzmiałe, czerwono-sine, podbiegnięte i powleczone gęstym mętnym śluzem; nadto miejscami jeszcze pokryte kłaczkami twarogowatęj massy. Błona dziewicza była czerwona i pokryta żółto-zieloną ropą. Z pochwy zaś jakotęż z zaczerwienionego i miejscami owrzodzonego otworu cewki moczowej wypływał śluz ropiasty. Jeżeli zapalenie to będzie donośniejszem, to błona dziewicza z otaczającymi ją częściami uleż może owrzodzeniu, które chociaż nie doprowadzi do całkowitego jej zniszczenia, uszkodzenia jednak tu powstałe po wygojeniu się pozostawia blizny.

Takież objawy spowodować mogą wszystkie choroby krwi i wysypki, i jeżeli przyczyna je wywołująca ustanie, a miejscowo proces przeciąga się, to lekarz badający wówczas, tak uszkodzoną błonę dziewiczą policzyć może na karb mechanicznych obrażeń.

Podobny stan kataralny części płciowych zewnętrznych spotykał autor nie tylko u dziewczątek skrofulicznych, wyniszczonej i nieczysto się utrzymujących, ale u dziewczątek 13-letnich, zupełnie zdrowych, rumianych i pamiętających o czystości tej części ciała. U nich to wewnętrzna powierzchnia warg większych a szczególnie pod lechtaczką była pokryta śluzem lepkiem biało-żółtego lub szarego koloru, który cuchnął rozkładającym się moczem. Jakkolwiek stan podobny spowodowany być może onanizmem, jednak możebnem jest jego powsta-

---

<sup>1)</sup> Pamiętać należy, że uszkodzenia błony dziewiczej mogą być dokonane palcem, lub innemi obcemi ciałami.

nie i wskutek innych przyczyn, np. wskutek częstych tamże krwi napływów przy dojrzewaniu dziewię.

Tak więc w tych razach do wydania stanowczego zdania sądowno-lekarskiego posłużyć nam winno nie tylko obejrzenie, ale i egzamin ustny badanej lub otaczających ją krewnych, o poprzedzającej lub obecnej chorobie, jej początku, jakoteż i wycieku śluzo-ropnym i t. p., gdy mają miejsce.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### Elektroliza. Elektrolysis. Elektrolytische Methode, Galvanocaustique chimique. Cauterisation electro-chimique.

Podług dzieła Dra V i c t. v. B r u n s, profesora chirurgii w Tubingen: *Die Galvano-Chirurgie, oder die Galvanokaustik und Elektrolysis bei chirurgischen Krankheiten. Tübingen, 1870.*

Streścił Stanisław Chomętowski, lekarz ordyn. w szpitalu Sgo Jana Bożego w Warszawie.

(Ciąg dalszy \*).

B) Co zaś się tyczy zjawisk drugiej grupy, czyli tak zwanych działań katalitycznych prądu stałego, to takowe polegają na szeregu zmian w elementach tkanek, zmian nie dających się wykazać, jeżeli zostaną oddzielnie wzięte, które wszakże spostrzegamy wtedy, gdy one występują w łączności. Tu należą zmiany w częściach galwanizowanych dotyczące ich kształtu, objętości, konsystencji, poruszalności i t. d., jednym słowem są to zmiany w odżywianiu tychże tkanek, powstające przez zwiększone przyswajanie i wydzielanie, skutkiem podwyższonego wessania (*resorbtio*) wysięków stałych i płynnych, oraz elementów tkankowych. Ażeby wyjaśnić przyjscie do skutku dopiero co wspomnianego działania, najprzód przychodzi nam na myśl bezpośredni wpływ prądu galwanicznego na części tkanek położone pomiędzy obu biegunami, przez który to wpływ składające je elementa tkankowe, mogą ulegać takim samym zmianom, jakie mają miejsce przy przejściu prądu elektrycznego przez wodę i roztwory soli <sup>1)</sup>.

Trudnoby sobie zaiste wyobrazić, aby płyn przebiegający pomiędzy biegunami, przez zwilżone części tkanek naszego ciała, zachowywał się zupełnie obojętnie pod względem fizycznym i chemicznym, a całe tylko działanie swoje wywierał wyłącznie w częściach zostających w bezpośredniem zetknięciu z przewodnikami. Wreszcie za pewien dowód możliwości powstawania takich zmian chemicznych i przenoszenia cząsteczek rozłożonych ku biegunom, mogą posłużyć wrażenia smakowe, które uczuwamy wtedy, gdy prąd przebiegający pomiędzy dwoma biegunami, obierze drogę przez język i jamę ustną. Wówczas poczujemy smak odpowiedni do bieguna bliżej przy języku leżącego. Postawiwszy na przykład biegun dodatni na prawym policzku, a biegun ujemny na lewej stronie szyi, lub ująwszy go w lewą rękę zwilżoną, poczujemy po kilku sekundach wyraźny smak kwasny na języku. Postawiwszy zaś oba przewodniki w odwrotnym kierunku, to jest biegun ujemny na prawym policzku, a biegun dodatni na lewej stronie szyi, poczujemy smak słony lub ługowaty.

<sup>1)</sup> Jeżeli prąd galwaniczny zostanie przepuszczony przez płyn, to temperatura takowego nie podwyższa się nawet przy użyciu silniejszych prądów. Natomiast w płynie owym następuje rozkład składających go połączeń i pierwiastków, przez sam zaś ów płyn, pomiędzy biegunami przebiega prąd. Sprawę rzeczoną nazywamy katalityczną, czyli elektrolityczną (rozkładową) działaniem prądu galwanicznego. Płyn ulegający rozkładowi galwanicznemu zowią w fizyce elektrolitami; rozłożone zaś cząstki płynu zbierające się przy biegunie dodatnim (*anoda*) nazywane zostały *anion*, a gromadzące się przy ujemnym biegunie (*katoda*) *kation*.

Przyłożywszy oba bieguny do obu policzek, pocujemy bądź smak nieokreślony, metaliczny, bądź też cokolwiek kwaskowaty.

Blżej określić owych zmian w układzie drobinkowym (molekularnym) tkanek, pozostających pomiędzy biegunami prądu, nie jesteśmy w możności przy dzisiejszym stanie nauki. Nie możemy nawet oznaczyć drogi jaką wybiera prąd galwaniczny, aby się przedostać od jednego bieguna do drugiego. Jedni badacze, jak *E r b i Z i e m s e n*, opierając się na doświadczeniach twierdzą, że prąd dostaje się od bieguna do bieguna najkrótszą drogą, czyli linią prostą, gdy tymczasem *S c h i e l*, również na doświadczeniu oparty, sądzi, że prąd przebiega wewnątrz organizmu przez tkanki najlepiej przewodzące. Nie wiemy również czy podczas przebiegu rozlewa się w postaci pętli i jak wielkie są te pętla, nadewszystko jak wielka jest szerokość tkanki przez którą prąd przebiega.

W jakikolwiekby więc sposób owe rzeczy się dzieją, to jednak sprawy fizyczno-chemiczne powstające w głębi tkanek nie wystarczają do wyjaśnienia zupełnego, pojawiających się przy działaniu prądu stałego zjawisk katalitycznych, jakimi są naprzykład szybkie zniknięcie woli (struma), lub innych obrznięć, niejednokrotnie spostrzegane. Owym drugim czynnikiem jest prawdopodobnie działanie pobudzające prądu galwanicznego, na tak nazwane nerwy naczynioruchowe, oraz na ściany naczyń krwionośnych i chłonniczych (limfatycznych). Przez prąd elektryczny działający pośrednio lub bezpośrednio na ściany naczyń, tkanki kurczliwe w tychże ścianach zostają pobudzone do kurczenia się, a wskutek tego następują zmiany w napięciu ściany, jak również w wielkości światła (*lumen*) naczyń, w dalszym następstwie zaś powstają odpowiednie przemiany w strumieniu płynu wewnątrz naczyń, jak również w sprawach wsiąkania i wysiákania (*endosmosis et exosmosis*), w obrębie elektryzowanego naczynia, a zatem idą zmiany w odżywianiu wszystkich tkanek zaopatrywanych przez rzeżone naczynie.

Jest dotąd rzeczą nierozstrzygniętą, czy dopiero co przyjęte działanie prądu galwanicznego na naczynia krwionośne i chłonnicze, pierwotnie wywołuje rozszerzenie się takowych, a przez to ułatwia zwiększony do nich dowóz materji, czy że ma za skutek podniecenie wessania (resorbeyi), jak to między innymi utrzymywał *R e m a k*, czyli też że raczej pierwotnie występuje zwężenie naczyń, przez kurczenie się ich, które po jakimś czasie przechodzi w zwolnienie i rozszerzenie się takowych. Za tćm ostatnićm przypuszczeniem przemawiają opisane powyżej doświadczenia i spostrzeżenia, według których prąd galwaniczny zastosowany na wielkie pnie żyłne, wywołuje w nich bardzo żywe kurczenie się i zwężenie. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę wielką różnorodność jaką się odznaczają ściany pojedynczych splotów i gałęzi narządu naczyniowego, to nie możemy wyprowadzać wniosku z zachowywania się wielkich pni żylnych, o reszcie pozostałych naczyń.

Również pozostaje dotąd nierozstrzygnięty, czy tak nazwane działanie ruchowe (dynamiczne) prądu galwanicznego, ogranicza się do wspomnianego już wpływu na naczynia, tak, że dalsze zmiany w odżywianiu są tylko następstwem tego wpływu pierwotnego, czyli też istnieje inne jeszcze działanie, bezpośrednie, prądu galwanicznego na elementa tkankowe, jak naprzykład na włókna mięśniowe, białe kulki krwi, komórki wędrujące, i t. d. przez które następuje zmiana bezpośrednia we własnościach i czynnościach tych utworów.

Dowody więc na różnicę działania katalitycznego i elektrolitycznego są następujące. Najprzód widzimy brak zgodności, tożsamości, w stopniu natężenia obu działań, który to brak nie mógłby istnieć, gdyby obie grupy działań polegały na jednej i tejże samej sprawie, gdyż w takim razie, im większą by była ilość produktów rozkładu, w miejscu zetknięcia z biegunami, tćm większą musiałaby być też chemiczna zmiana materji, w częściach głębiej leżących tkanek galwanizowanych. Tymczasem doświadczenie uczy nas, że rzecz ta odbywa się wprost przeciwnie, widzimy naprzykład najwydatniejsze zjawiska elektrolityczne w miejscach zetknięcia z biegunami, dochodzące aż do utworzenia grubych strupów na skórze, gdy tymczasem jednocześnie, w miejscach leżących pomiędzy biegunami, nie dostrzegamy żadnych zjawisk elektrolitycznych; z drugiej strony zauważamy czasami bardzo szybkie i wyraźne działanie katalityczne, jak naprzykład prćdkie zmniejszenie się objętości jakiej narośli, podczas gdy przyłożone do skóry przewodniki u tegoż samego chorego nie okazują bądź żadnych działań rozkładowych, bądź tylko ślady takowych. Nadto zauważono że działania katalityczne, polegające na roztworzeniu i wessaniu stwardniałych wysięków, następowały bardzo wydatnie wówezas, gdy nie tyle same części chore były przez prąd pobudzone, ile raczej należące do nich naczynia i nerwy.

Nie chcemy jednak stanowczo twierdzić, że katalityczne zjawiska polegają wyłącznie i jedynie na pobudzeniu do czynności naczyń i nerwów. Powiadamy tylko że tak nazwane działanie ruchowe (dynamiczne) prądu galwanicznego, powinno być w takich razach uważanem za przeważne, zaś sprawy fizyczno-chemiczne, czyli rozkładowe, grają tylko poboczną rolę, są co najwyżej czynnikiem pomocniczym. Za tym poglądem przemawia także doświadczenie, według którego prąd galwaniczny okazuje daleko jawniejsze i wydawniejsze działanie, od prądu indukcyjnego, chociaż ten ostatni stanowi środek bardzo silnie pobudzający nerwy. Prąd galwaniczny użyty w praktyce, nieraz wpłynął pomyślnie na zmiany w odżywianiu, gdy prąd indukcyjny przedtem użyty pozostawał bez skutku.

Na tem jednak opierając się byłoby niesłusznem odmówić prądowi indukcyjnemu wszelkiego działania rozkładowego (elektrolitycznego). Przyłożywszy bieguny tego prądu pierwotnego, do roztworu jodku potasu, widzimy rozkład soli. W e i s s f l o g przytacza również pomyślnie wypadki rozkładowego działania prądu indukcyjnego, przy rozmaitych zapaleniach stawów.

Na zakończenie nauki o rozkładowem działaniu prądu elektrycznego, wypadaloby jeszcze wspomnieć: O p r z e p r o w a d z a n i u j o d u p r z e z t k a n k i n a s z e g o o r g a n i z m u, z a p o m o c ą g a l w a n i z a c y i.

Przy rozkładach przez prąd galwaniczny wody i roztworów solnych, następuje wędrówka pewnych materij w płynie zawartych i to od jednego bieguna ku drugiemu. Wędrówka ta ma miejsce i wtedy, gdy bieguny zamurzymy w płyny pomieszczone w odrębnych dwóch naczyniach, byle tylko te naczynia rozdzielone były pomiędzy sobą pęcherzem zwierzęcym, lub kawałkiem świeżego mięsa. Te wędrówki produktów rozłożonych drogą galwaniczną, przez tkanki zwierzęce, nieżyjące, podały myśl, czyby tym sposobem nie można wprowadzić do żyjącego organizmu i przez takowy przeprowadzić rozmaitych środków lekarskich. Doświadczenia tego rodzaju z jodkiem potasu robił F a b r e - P a l a p r a t, z sublimatem O r i o l i, jak obaj utrzymują z pomyślnym skutkiem. Te jednak doświadczenia nietylko że nie miały praktycznych rezultatów, ale nawet powątpiewano w ich prawdziwość (J. R o s e n t h a l), a nawet zupełnie im zaprzeczano (R e m a k, P e l i k a n, S a v e l i e f f i T r i p i e r), aż nakoniec w r. 1869, L. B e e r w Wiedniu, próby owe powtórzył, mianowicie co do przeprowadzania jodku potasu. B e e r twierdzi, że otrzymywał przytem najpomyślniejsze wypadki. Doświadczenia jednak rozpoczęte na obszerną skalę, w roku 1870, przez B r u n s a, nie doprowadziły go do równie pomyślnych skutków. Wprawdzie ten ostatni badacz zdołał również drogą elektryczną przeprowadzać jod przez tkanki trupów, jednak nie zawsze mu się to samo udawało w tkankach i płynach u żyjącego człowieka. Nie znamy dotąd warunków, na jakich takie przeprowadzanie jodu przez organizm żyjący może mieć miejsce, jak również sposobów i środków, w jaki się ta sprawa odbywa. Musimy więc przyszłym spostrzeżeniom pozostawić bliższe wyjaśnienie rzeczonego zjawiska.

## II. Leczenie chorób zewnętrznych za pomocą elektrolizy.

Pojedyncze usiłowania, mające na celu leczenie tętniaków (*aneurismata*) i żyłaków (*varices*), za pomocą bieguna dodatniego prądu galwanicznego, należy uważać jako pierwsze początki elektrolizy. Właściwie jednak metoda leczenia którą opisać zamierzamy, datuje od ostatnich lat pierwszej połowy bieżącego stulecia. Jako główni jej twórcy i rzecznicy występują najprzód S c h u s t e r w Paryżu i Gustaw C r u s e l l w Petersburgu. Ten ostatni złożył cały szereg komunikacji akademiom nauk w Petersburgu i Paryżu, oraz ogłosił liczne artykuły, pomiędzy rokiem 1839 a 1849, w których opisał własne doświadczenia i spostrzeżenia, nad działaniem chemicznem i cieplikowem prądu galwanicznego u chorych. Działanie prądu wpływające na rozplynięcie się części stałych (*fluidisirende Wirkung*) nazwał on g a l w a n o l y z ą. Ogłoszenia te jednak nie znalazły odgłosu w świecie lekarskim. Jeszcze w roku 1849, oświadczyła Akademia Paryzka, że nie może wydać stanowczego sądu o leczeniu elektrolitycznem C r u s e l l a. Dopiero w ciągu następnych lat dziesięciu, doświadczenia te na nowo zostały rozpoczęte w rozmaitych miejscowościach, a gdy R e m a k wykazał skuteczność prądu galwanicznego w wielu chorobach wewnętrznych, poczęli téż i do praktyki chirurgicznej używać coraz częściej tego sposobu leczenia.

Zastosowanie nowego środka leczniczego rozpoczął C i n i s e l l i, w Cremonie, od roku 1860, N é l a t o n, od roku 1864, S c o u t t e t e n, od roku 1865, T r i

pięć od 1866, Althaus w Londynie, od 1867, M. Meyer w Berlinie, od 1868, wreszcie Brenner w Petersburgu, jak również Frommhold, Benedikt, Chvostek i inni. Jedni z pomiędzy uprawiających nową metodę leczniczą jak Althaus i Cinielli, wynosili ją pod niebiosa, głosząc niemyślne wyrugowanie przez nią wielu dotychczasowych operacyj krwawych, drudzy znowu jak Bequerel, wszelkiej odmawiali elektrolizie zasługi. Niezawodnie w obu zdaniach jest bardzo wiele przesady. Jak bowiem z jednej strony, spostrzeżenia ogłoszone przez bardzo poważnych i sumiennych badaczy, świadczą o pomyslnych wyleczeniach rozmaitych chorób chirurgicznych za pomocą elektrolizy, tak z drugiej strony, w wielu bardzo razach rzezone postępowanie okazało się bezskutecznym. Wydanie stanowczego sądu, o ile w tej lub owej chorobie zewnętrznej elektroliza może być skuteczną, jest dotąd niemożliwym, gdyż spostrzeżenia w tym kierunku ogłoszone, są jak dotąd przynajmniej bardzo ogólnikowe, tak, że nie można opierając się na nich, wyciągnąć pewnych wniosków.

Przechodzimy teraz z kolei do przeglądu całego szeregu chorób chirurgicznych, przy których zastosowywaną była elektroliza przez rozmaitych badaczy.

Najwcześniej zaczęto używać prądów galwanicznych do leczenia tętniaków (*aneurysmata*). Pierwszy pomysł tego rodzaju postępowania podał w roku 1831, Alph. Guérard; doświadczenia jednak jakie robił łącznie z Pravazem, powtórzone następnie przez kilku innych lekarzy, wypadły zupełnie niepomyslnie. Dopiero w roku 1845, Petréquin, w Lyonie, zdołał pierwszy tym sposobem wyleczyć tętniaka t. skroniowej. Od tego czasu opisano znaczną liczbę spostrzeżeń, wyleczonych tętniaków w różnych miejscowościach za pomocą galwanizacji. Obok jednak tych pomyslnych rezultatów, podano również bardzo wiele wypadków, gdzie rzezona metoda postępowania nie sprowadziła pomyslnego skutku, lub nawet przyczyniła się do rozwoju groźnych objawów chorobliwych, w niektórych razach kończących się śmiercią chorego.

Z prostego wszakże zestawienia wzmiankowanych opisów, niepodobna jak na teraz wyciągnąć stanowczych wniosków, przemawiających bądź za bezwarunkowym przyjęciem, bądź za odrzuceniem tego rodzaju postępowania. W wielkiej liczbie owych spostrzeżeń widzimy tylko ślepe macanie, bez żadnych zasad przewodniczących wykonywaniu samej operacji, lub też postępowanie zupełnie błędne i niewłaściwe. Tak na przykład wbijano w worek tętniakowy naraz przeszło pięćdziesiąt igieł, lub też pozostawiano dnie całe zakłute igły w tętniakach, albo zastosowywano galwanopunkturę w takich razach, gdy o możliwości wyleczenia mowy już być nie mogło. Nie tu jednak jest miejsce do rozbioru i sądzenia pojedynczych spostrzeżeń. Czytelnika który się chce zapoznać bliżej z tym przedmiotem, odsyłamy do dzieł specjalnych (jak np. Broca: *Des aneurismes, Paris, 1856*). Możemy tylko stanowczo orzec, że istnieje możliwość wywołania skrzepów w tętniaku, a tym sposobem wyleczenie rzezonej choroby. Dalszym spostrzeżeniom musimy pozostawić bliższe rozwiązanie pytania, jakie są anatomiczne warunki w postaci tętniaka, oraz inne szczegółowe i ogólne względy, w razie istnienia których możemy wykonywać galwanopunkturę, bez obawy wywołania groźnych następstw pobocznych, a mianowicie zapalenia, ropienia i zgorzeli ścian worka, a w następstwie tego krwotoku. Przy rozdęciach żył, żyłakach (*varices et varicositates*), mianowicie na kończynach dolnych, daleko rzadziej była używaną galwanopunktura, niż przy tętniakach. Do tej pory niewielką liczbę spostrzeżeń tego rodzaju podali: Malani i Bertani w r. 1847, Schuh w 1850, Baumgarten i Wertheimer w roku 1852, Broca w 1856, Jaesche w 1867 i Dittel w 1869.

Przy tych operacjach zakluwano zwykle w rozdętą żyłę, jedną, lub kilka igieł połączonych z biegunem dodatnim, w kierunku ukośnym lub podłużnym tejże żyły, a to ażeby o ile możności jak najdłuższy koniec igły sterczał w świetle (*lumen*) naczynia. Biegun zaś ujemny, pokryty gąbką zwilżoną, stawiano w bliskości dodatniego, na skórze.

W żadnym ze wzmiankowanych wypadków rezultat operacji nie był sprawdzony przez późniejsze badanie anatomiczne. W większej zaś liczbie owych spostrzeżeń, chorzy po upływie paru tygodni od zaprzestania galwanizacji, uchodzili z oczów operującego, tak, że i w tych razach niepodobna wydać stanowczego sądu o wartości leczniczej galwanopunktury. Jedni sądzą że wyleczenie następuje w skutek skrzepu tworzącego się bezpośrednio w słupie krwi, przy działaniu igieł połączonych z biegunami stosu; inni znowu mniemają, iż pobudzenie galwaniczne sprawia zapalenie ścian żyły, w następstwie którego dopiero powstaje zakrzep (*thrombus*). Wreszcie niektórzy autorzy odrzucają oba dopiero

co przytoczone tlómaczenia i utrzymują, że wyleczenie żyłaków następuje jedynie w skutek pobudzenia galwanicznego ścian naczyń, które się kureczą, a następnie zapadają, zakrzep zaś weale się nie tworzy. Za tém ostatniem zdaniem przemawiają spostrzeżenia prof. Brunsa, który widział jak żyły rozdęte, mocniej nawet rozszerzone przed samą operacją, przez sztuczny zastój krwi, kureczyły się widocznie podczas galwanopunktury, zwężały, zmniejszały, a w końcu zostawały zupełnie wypróżnione; stan taki w rzeczonych żyłach pozostawał przez kilka tygodni po operacji. Zakrzepu zaś śladów nawet niepodobna było dostrzedz. Zresztą doświadczenia na zwierzętach, które opisaliśmy w części fizyologicznej, dowodzą natychmiastowego zwężenia żył podczas działania prądu galwanicznego. Przy rozszerzeniach najmniejszych naczyń krwionośnych, czyli przy tak zwanych naczyńkach (Teleangiectasia. Angioma), albo naroślach jamistych, zanotowano dotąd zaledwie kilka wypadków wyleczenia i to bez zapalenia i ropienia, za pomocą galwanopunktury. Althaus podaje, że tym sposobem udało mu się usunąć nowotwór tego rodzaju, wielkości bobu, na powiece dolnej. Jungken przytacza wypadek rozszerzonego naczyniaka jamistego, na lewej połowie głowy i twarzy, który zdołał zmniejszyć o połowę przez galwanopunkturę, wśród objawów umiarkowanego zapalenia miejscowego. Billroth widział w pewnym wypadku tego rodzaju, zaraz po zakłuciu igły, mocne wywiązywanie się gazów; w sąsiednich drobnych żyłach wyraźnie spostrzegał drobne pęcherzyki gazowe, z tego powodu musiał przerwać operację. W innych wypadkach tworzyły się zawsze w skutek galwanopunktury strupy naokoło igieł, z następnem zapaleniem, ropieniem, odpadnięciem strupa i ze skutkiem niezupełnym, nawet po kilkakrotnie ponawianej operacji (Schuh), lub z zupełnym wyleczeniem (Broca, Ciniselli). Ciniselli przytacza wypadek u dziecka ośmiomiesięcznego, naczyniaka na nosie, który leczył galwanopunkturą. Po zastosowaniu tego środka, powstało obszerne owrzodzenie, połączone z gorączką ropnicową (pyaemia), skutkiem której dziewiętnastego dnia po operacji nastąpiła śmierć.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Wycięcie nerwu żuchwowego od strony jamy ustnej. (Arthur Menzel. *Centralbl. N.* 1, 1872) Wycięcia nerwu żuchwowego dokonywano dotychczas rozmaitemi metodami, lecz zawsze od zewnątrz. Pierwszy Paravicini opisał dokładnie w 1869 r. metodę za pomocą której możnaby wycinać nerw szeregowy dolny od strony jamy ustnej. Autor, jako asystent kliniki prof. Billrotha w Wiedniu wykonał w sierpniu 1871 roku tą metodą operację pewnej kobiecie, która od wielu lat doświadczała nerwobólu. Prof. Billroth w październiku tegoż roku operował drugi wypadek. Według autora, raz przerobiwszy tę operację na trupie, łatwo wykonywać ją można, a obrażenie bywa przytém nierównie mniejsze aniżeli wtedy, gdy się operuje innemi metodami. Wycięty kawałek wynosił w wypadku autora 5 linii, w wypadku zaś prof. Billrotha 10 linii. Nerw żuchwo-gnykowy bywa naturalnie zawsze razem wycinany; przeciwnie wycięcia nerwu językowego z łatwością na pewno można uniknąć.

Menzel (*Deutsche Klinik N.* 47, 1871) wykonał także wspomnianą metodą wycięcia nerwu żuchwowego i językowego w jednym wypadku gwałtownego nerwobólu. Postąpił on w następujący sposób: Otworzywszy operowanemu szeroko usta, naciął błonę śluzową wzdłuż przedniego brzegu wstępującej gałęzi żuchwy, aż do ostatniego zęba trzonowego. Po oddzieleniu mięśnia skrzydlatego wewnętrznego od kości, obnażył najpierw nerw językowy a następnie wyciął kilka linii takowego. Następnie uchwycił haczykiem nerw żuchwowy i tego także wyciął mały kawałek. W dwa miesiące po operacji choroba jeszcze się nie ponowiła.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

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

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---