

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: Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu. Przez Dra Wolfringa. (Ciąg dalszy). Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*). Dokonane przez Dra Med. M i e r z e j e w s k i e g o (z Petersburga). Podał Tadeusz Żłobkowski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus, asystent kliniki przy Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*). Przez prof. Dra L e y d e n a. Spolszczył Dr A. Fabian. (Ciąg dalszy). Korrespondencya. Z Zamościa. Wiadomości bieżące. Kumys. Dodatek. Syfilidologii ark. 5. Patologii ogólnej T. I ark. 1. Anatomii opisowej ark. 27. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzmana n'a dołącza się ark. 18.

Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu.

Przez Dra Wolfringa.

(Ciąg dalszy *)

Przy zapaleniu dyfterycznem łącznicy równie jak i innych błon śluzowych tworzy się, jak wiadomo, w mięszu tkanki wypocina włóknikowa, która ulegając następnie rozpadowi, niszczy samą tkankę tworząc w niej zwyrodnienie bliznowe.

Zapalenie dyfteryczne łącznicy jest jedną z najstraszniejszych chorób błony łącznej pociągających za sobą zniszczenie oczu. Niebezpieczeństwo jej zależy nietylko od stopnia natężenia choroby (rozszerzenia się na powierzchni i w głąb), ale i od powikłania z nekrotycznem eierpieniem rogówki; to ostatnie powikłanie szczególnie jest niebezpiecznym, jeżeli rozwija się w początku przebiegu choroby.

Dotychczasowy sposób leczenia głębokiego porażenia błony śluzowej, w wyjątkowo rzadkich przypadkach daje nam możność ocalenia oka.

*) Patrz Nr 8, 10 i 11 Gaz. Lek.

Jeden z najważniejszych środków zalecanych przez G r a e f e'go przeciw tej chorobie u dorosłych, stanowią weierania maści rtęciowej, (po ser. j—dr. semis) w odstępach dwugodzinnych, obok wewnętrznego użycia kalomelu, aż do wywołania ostrzej merkuryalizaacyi (w ciągu 24—36 godzin).

Wychodząc z zasady, że istota procesu dyfterycznego w danych razach, nie zależy od szczególnej krazy krwi, a eksudat jest eduktem naczyń w skutek czynnej działalności miejscowych elementów tkanki, i opierając się na twierdzeniu, że takie włóknikowe zwyrodnienie poprzedza wypocina nie włóknikowa, ale surowieca, która dopiero pod wpływem czynnej działalności elementów tkanki zapaleniu uległej przemienia się w dyfteryczną:—zamiast ogólnej merkuryalizaacyi podstawiłem l e e z e n i e m i e j s c o w e, które zasadza się na staranném weieraniu maści przygotowanej z *merc. praecipitat. flav.* w wolną powierzchnię błony łącznej powiek i fałdy przejściowej. *Rp. Merc. praecipitat. flav. gr. V, cerati simplicis ex. ol. amygdalar. ꝑti dr. ij.* Weieranie takie najdogodniej wykonywać można w sposób następujący: po odwinięciu obu powiek, dolną utrzymuje pomocnik, sam zaś lekarz wielkim palcem lewej ręki utrzuca położenie powieki górnej; następnie pomocnik zbliża odwiniętą dolną powiekę do górnej fałdy przechodniój, a lekarz osuszywszy poprzednio wolną powierzchnię łącznicy za pomocą kawałka suchego i miękkiego płótna, szybkimi i lekkimi ruchami wskaziciela prawej ręki weiera masę przez 1—2 minuty. Wytarłszy zlekka masę płótnem, na łącznicy widzimy godne uwagi zmiany: biaława powierzchnia błony łącznej powiekowej, czerwieni się i pokrywa w przeciągu minuty przezroczystymi wodnymi punkcikami, które powiększając się tworzą bardzo widoczne kropelki. Kropelki owe w skutek swej gęstości nie zaraz łączą się z sobą, ale wprzód dochodzą znacznej wielkości, aż nareszcie zlewają się i spływają po twarzy. Osuszywszy znów wolną powierzchnię łącznicy weieramy masę po raz drugi, a doczekawszy się owej wypociny pod postacią rosy, powtarzamy weieranie raz trzeci. Cała ta operacya trwa około 10—15 minut.

Ilość tego płynu wypocinowego, zebrana w rurkę szklaną wynosiła w niektórych wypadkach około drachmy, co naturalnie nie stanowiło jeszcze całej jego ilości. Bezpośrednim prawie skutkiem zmian, zauważanych na łącznicy pod wpływem weierania, jest zmniejszenie naprężenia powiek, które na zewnątrz pocieramy kamieniem piekielnym i zaraz kilkakrotnie przemywamy wodą słoną w celu zapobieżenia utworzeniu się nadżarcia, któreby powtórne zastosowanie azotanu srebra czyniło niemożliwem. Pocieranie zewnętrznej powierzchni powiek azotanem srebra, uskuteczniamy raz dziennie, weieranie zaś maści powtarzamy rano i wieczorem. Podstawiwszy tym sposobem zamiast ogólnej merkuryalizaacyi miejscowe weieranie maści *ex Merc. praecip. flavo*, w dalszém leczeniu trzymamy się środków zalecanych przez G r a e f e'go. Pod wpływem takiego leczenia przebieg choroby widocznie się zmienia, nabrzękłość i naprężenie zmniejsza się, ustępuje nerwoból rzęskowy (*neuraglia ciliaris*) i przyspiesza się rozwój okresu choroby śluzotokowego.

Z nastąpieniem okresu śluzotokowego leczenie ulega zmianie, masę *ex Merc. praecipitato flavo* ustępuje miejsca azotanowi srebra z saletrą stopionemu (*lapis*

mitigatus). Gdy jednak zastosowanie kamienia piekielnego osłabionego, nieraz wywołuje pogorszenie a nawet powrót procesu dyfterycznego, przeto należy z nadzwyczajną ostrożnością przystępować do zamiany maści na przetwory azotanu srebra, i nie pierwój używać tych ostatnich, aż po ukazaniu się niewątpliwych objawów śluzotoku, témbardziej, że maść z żółtej rtęci nie powiększa śluzotokowej wydzieliny a przeciwnie ją zmniejsza. Przy następującej przemianie pierwszego okresu choroby w okres śluzotokowy, z ostrożnością tuszujemy łącznie stosunkowo słabym roztworem azotanu srebra (gr. X—unc. j), albo kamieniem piekielnym osłabionym, w którym stosunek ilościowy saletry do azotanu srebra jest jak 3 : 1. Gdy jednak proces chorobny pogarsza się, natychmiast wracamy do maści z żółtej rtęci.

Ten sposób leczenia dał mi dotąd najlepsze rezultaty co do zejścia choroby; naturalnie nigdy nie oczekiwałem od niego cudownego działania i zupełnego wyleczenia w razach daleko posuniętej choroby, powikłanej zajęciem rogówki. Nie mogę się spodziewać, aby przy moim sposobie leczenia po zgorzelinowych zmianach rogówki nie następowało jej przedziurawienie, a nawet następcze zniszczenie samej gałki. Ale sposób mój niezawodnie nie dopuszcza utraty wzroku w tych razach, w których choroba zostawiona bez leczenia, lub traktowana środkami niewłaściwymi, na pewno pociągnęłaby za sobą zniszczenie oka ¹⁾. Ponieważ zaś przebieg choroby jest bardzo szybki, utrata wzroku następuje nieraz w nader krótkim przeciągu czasu, przeto zawsze bez zwłoki powinniśmy działać energicznie i stanowczo, według planu obmyślanego. Rozumie się samo przez się, że dla pomyślnego wyniku leczenia rzeczą jest niezbędną, aby środki zastosowywane były dobrego gatunku i przygotowane nader starannie. Nie zawsze możemy dowierzać jakości lekarstw wydawanych z aptek. Często woda chlorowa rozcieńczona, tak gorliwie zalecana przez *G r a e f e*'go, nie wywiera w śluzotokach działania skutecznego, jedynie z téj przyczyny, że przetwór ten nieraz zawiera już w sobie kwas solny, który swoją obecnością zwiększa zapalne podrażnienie oczu. Dlatego to, nim zastosujemy i krytycznie ocenimy jaki środek, musimy poprzednio wyrobić w sobie przekonanie o jego jakości, co szczególnie jest ważnym w praktyce okulistycznej.

Drugą ważną okolicznością nie małą wywierającą wpływ na pomyślne leczenie chorób ocznych, jest sama manipulacya ze strony lekarza. Uwaga ta dotyczy się szczególnie odwracania powiek; z powodu nabrzmienia i nadmiernej czułości powiek w zapaleniach dyfterycznych, odwracanie ich wymaga zręczności i wprawy ze strony lekarza.

¹⁾ Zalecając maść z żółtego tlenku rtęci, nie chcę utrzymywać by tenże miał być jedynym środkiem, z korzyścią dającym się zastosować do leczenia *Conj. diphthericae*. Pożądanemi byłyby doświadczenia porównawcze z innymi środkami, z zastrzeżeniem by nadano im kierunek ściśle naukowy, tak ze względu na sprawę patologiczną, jak i na działanie samego środka leczącego; pożądanemi zaś byłyby témbardziej, że leczenie miejscowe zapalenia dyfterycznego łącznie, którego *G r a e f e* przed peryodem śluzotoku jak najbardziej unika, daje nam najlepsze rezultaty.

Z tego cośmy wyżej powiedzieli, okazuje się niewątpliwem, że jedne i też same środki zastosowane w jednakowych chorobach ocznych, mogą działać rozmaicie i różne dawać wyniki. Za przykład mogą tu służyć środki zwykle używane przeciw zwyrodnieniu ziarninowemu (*trachoma*), jak *lapis nigellatus*, *cuprum sulfuricum* i inne. Środki te działają rozmaicie, nie tylko w jednakich chorobach, ale nawet w tychże samych okresach chorobnych, stosownie do tego czy niemi włada lekarz doświadczony, badający naukowo ich działanie i umiejący dozować podrażnienie, jakie użycie ich sprowadza, czy też tylko osoba wypełniająca przepisy podręczników okulistycznych.

Przy środkach farmaceutycznych nieodpowiednich lub wadliwie zastosowanych w tej strasznej chorobie, przy nieostrożnej nadto manipulacji ze strony mniej wprawnego lekarza, powiększa się i tak już dotkliwe cierpienia chorego, a nawet przyczynia do niepomysłnego zejścia choroby. Przy takich niepomysłnych warunkach, bodaj, czy z uwagi na szybkie zniszczenie oka, dla chorego i dla lekarza nie byłoby korzystniej, wzajemnie się unikać.

Obok zmian objektywnych jakie mają miejsce na powiekach i łącznie pod wpływem miejscowego zastosowania maści, widzimy także zmiany w własnościach płynnej wypociny.

Przy *acne* choroby wypocina owa występuje pod postacią w i e k s z y c h k r o p e l, mało z początku mających skłonności do wzajemnego łączenia się z sobą; w późniejszym okresie choroby kropelki są mniejsze, jednakże gołym okiem widzialne i szybko z sobą zlewające się. Taka różnica w zachowaniu się płynnej wypociny naprowadza nas na wniosek, że składowe jej części w różnych okresach choroby muszą ulegać pewnym zmianom. Mikroskopowe badanie świeżej wypociny wykazuje obecność oderwanych komórek nabłonka, ciałek limfoidalnych i komórek tkanki łącznej; ale stosunek ilościowy tych elementów komórkowych jest t a k m a ł y, że je tylko gdzie niegdzie i to przy bardzo uważnym przegłądzie całej ilości płynu pod szkiełkiem zawartej zauważać można. W wypocinie zebranej do rurki szklanej i w kilka godzin histochemicznie badanej przez prof. B r o d o w s k i e g o, ten ostatni znalazł: oprócz wyżej wspomnianych pierwiastków komórkowych, obecność mucyny, brak gotowego włókniaka a nadto wykazał inne części właściwe surowicy krwi. Chociaż badanie wypociny zbieranej w różnych okresach choroby jednakowe dawało rezultaty, jednak mając na uwadze różne jej własności fizyczne, stosownie do czasu trwania choroby, trzeba przypuścić że części składowe płynu wypocinowego ulegają pewnym jakościowym zmianom.

W wypocinie zebranej z 5 dyfterycznych chorych w różnych okresach choroby i zachowanej w rurkach szklanych, tworzyły się na drugi dzień małe skrzepki jakby włóknikowe, które co do swjej wielkości i konsystencji przy powierzehowném badaniu przedstawiały pewną różnicę.

Mając na uwadze spólezesną teorię processów dyfterycznych na błonach śluzowych, spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem zapaleń dyfterycznych ocznych i wyniki badań samej wypociny z 5 chorych, w moim przypadku zbieranej w różnych okresach choroby, z wielkiem prawdopodobieństwem można przypuścić,

że cięższy lub lżejszy przebieg choroby zależy od ilości włóknikородnej substancji, która, jak to widzieliśmy, znajduje się w płynie infiltrującym tkankę dotkniętą processem chorobnym.

Ten to wysięk z naczyń, zależny od czynnej działalności elementów tkanki zapalanej ciągle się tworzy, zawarta w nim substancja włóknikородna zamienia się na włóknik, który jak wiadomo ulega przemianom tylko wstecznym, rozpadowi nekrobiotycznemu i niszczy tkankę chorobą dotkniętą. Że zaś nie możemy uprzeczyć rozpadowi nekrobiotycznego włóknika, przeto, za pomocą leczenia miejscowego, powinniśmy się starać przynajmniej o niedopuszczenie dalszej przemiany substancji włóknikородnej na włóknik i tym sposobem kłaść tamę postępowi choroby.

Przypuszczam, że wcieranie maści szarzej rtęciowej aż do wywołania ostrego zatrucia może być korzystnym w ciężkich wypadkach, gdy nie tylko łącznica ale i tkanki pod nią leżące zajęte są processem dyfteryicznym na znacznej przestrzeni, gdy powierzchnia łącznicy przedstawia się żółtawą, błyszczącą a na rogówce już w samym początku choroby pokazują się jawne ogniska zgorzelinowe. Ale takie ciężkie formy chorobne, w naszym klimacie należą do rzadkich wyjątków i prawdopodobnie nie przedstawiają ani jednego wypadku pomyślnego zejścia. Ciekawym byłby wynik porównawczego leczenia form podobnych moim sposobem, a metodą zalecaną przez G r a e f e'go, lub połączeniem obu.

Przebieg chorób zaraźliwych oczu w ogóle, jak to zauważyliśmy, nie jest stały: typowa forma jednej choroby przechodzi w drugą. Często najwyraźniejsze formy śluzotoku w przeciągu 24 godzin przechodzą w proces dyfteryczny, przyjmując postać *diphtheritidis confluentis*. Przy takiej przemianie choroby, środki doskonale działające w śluzotoku, nie tylko okazują się bezskutecznymi, ale przynoszą rzeczywistą szkodę, chory utracą wzrok nie w skutek pierwotnego śluzotoku, ale raczej w skutek używania przez lekarza środków nieodpowiednich przy następczym zapaleniu dyfterycznym, jak np. kamienia piekielnego osłabionego, albo rozczynu azotanu srebra. Środki te powodują coraz większe wydzielanie się wypociny dyfterycznej w miąższ tkanek i przyspieszają fatalne zejście choroby. Nieszczęśliwe rezultaty takiego leczenia nieraz, niestety, spotykać się nam zdarza.

W pewnych porach roku w Warszawie, częściej spostrzegać się dają śluzotoki mające wielką skłonność do przejścia w proces dyfteryczny. Skłonność tę do fatalnych przemian widzimy także przy grasującym katarze zaraźliwym, który równie łatwo przechodzi w śluzotok jak i w *diphtheritis*. Chociaż źródło choroby jest jedno i toż samo, jednak każda forma chorobna oprócz ogólnych warunków higienicznych wymaga osobnego sposobu leczenia, w przeciwnym zaś razie, mogą nastąpić znane już Warszawie z podań, smutne zejścia choroby epidemicznie grasującej. Gdybyśmy chcieli następcze po śluzotokach processa dyfteryczne leczyć za pomocą ogólnych wcierań rtęciowych, to liczba chorych w ten sposób leczonych nie mniejszą by była w przybliżeniu od liczby syfilityków, dla których ogólne frykcyjne są niezbędne: a tymczasem miejscowym zastosowaniem

daleko pewniej osiągamy cel pożądanym nie narażając chorych na nieprzyjemne następstwa ostrego zatrucia rtęciowego.

Dla oznaczenia zaraźliwości płynnej wypociny, jaka się zbiera w skutek wcierania maści rtęciowej żółtej w powierzchnię łącznicy wywróconej powicki, starałem się zebrać takową (wypocinę) o ile możności czystą, bez obcych przymieszek, szczególnież wolną od łez. W tym celu przykładałem do kropeł okazujących się na łącznicy po wcieraniu maści *ex precipitato flavo*, nim takowe z sobą się połączyły, otwory rurek włoskowatych nieco rozszerzonych w części środkowej; na mocy włoskowatości wypocina w ilości kilku kropeł wchodziła do rurek. Tym sposobem płyn zebrany u kilku chorych w pierwszych okresach cięższych form chorobnych i to z miejsc na łącznicy, w których nie otwierają się żadne przewody gruczołowe, dawał nam zupełną pewność swój czystości. Z taką tylko wypociną robione były doświadczenia dotyczące jej zaraźliwości. W tym celu wpuszczałem kilka kropeł płynnej wypociny do worka łącznicy obu oczu królika. Nie zauważywszy w pierwszym doświadczeniu, po upływie trzech dni żadnego odczynu, zwątpiłem o bezwzględnie zaraźliwych własnościach wydzieliny błony łącznej oka, zajętej procesem dyfteryicznym; dla większej jednak pewności doświadczenie powtórzyłem na 18 oczach królików i 2 oczach morskiej świnki. Wypocinę zbierałem z najeńszczych form i to *in acne* choroby i tym razem zaszczerpiłem ją także królikom, których oczy przy pierwszym doświadczeniu nie okazały żadnej reakcyi. Ku wielkiemu memu zadziwieniu ani w jednym wypadku nie zauważałem nietylko choroby zbliżonej do *diphtheritis* w stosunku genetycznym, ale nawet nie następował zwyczajny nieżyt łącznicy. Otrzymawszy tylko rezultaty ujemne z moich doświadczeń, sądziłem że ta trudna zaszczerpialność procesu dyfterycznego zależy od szczególnej własności łącznicy tych zwierzątek, tymbardziej, że jak wiadomo, wydzielina błony łącznej dotkniętej *diphtheritide*, jest niewątpliwie zaraźliwą nietylko bezpośrednio, ale nawet, wedle klinicznych spostrzeżeń nieodżałowanego G r a e f e'go, pośrednio przez powietrze. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia tej kwestyi, dotyczącej szczególnej właściwości łącznicy zwierząt ze względu na zdolność zarażenia się wydzieliną dyfteryczną, należało zaszczerpić chorobę na zdrową łącznicę człowieka. To doświadczenie wykonałem na zdrowej łącznicy amaurotyka, a ze względu na anatomo-fizyologiczne stosunki łącznicy królików i człowieka. wcale nie zdziwił mnie ujemny wynik, jaki w tym razie otrzymałem. Chory nie czuł nawet najmniejszego podrażnienia w skutek wpuszczenia do worka jego łącznicy wydzieliny dyfterycznej i sądził że mu wkraplają roczyn atropiny, z którą dawniej był obeznany.

Pomijając własności wydzieliny łącznicy oka dotkniętej innemi cierpieniami, doświadczenia powyższe przekonywają nas, że ś w i e ż a wypocina, jaka występuje na powierzchni łącznicy przy zapaleniu dyfterycznym nie jest zaraźliwą. Ze zaś trudno z drugiej strony zaprzeczyć własności zaraźliwych wydzielin łącznicy, będącej siedliskiem processu dyfterycznego, trzeba więc odnaleźć okoliczności sprowadzające zaraźliwość danej wydzieliny. Według teraźniejszego stanu nauki i moich własnych badań wiadomo stanowczo, że w skład wydzieliny worka łącznicowego oprócz wydzieliny błony śluzowej i łez, żadne inne płyny

nie wchodzą; należy więc własności zaraźliwe przypisać łzom. Jeżeli łez dostarczają nie tylko gruczoły łzowe, ale nadto i gruczołki K r a u s e'go, to processu chorobnego, mającego swe siedlisko przy zapaleniach zaraźliwych w fałdzie łącznicy, w której są głównie umieszczone gruczołki K r a u s e'go, nie należy uważać za objaw przypadkowy. Gruczołki owe odgrywają tu wielką rolę, tak z powodu anatomicznego położenia, jak i zmian we własnościach swęj wydzieliny.

Zmiany funkcyjne gruczołków K r a u s e'go są bardzo zależne od nateżenia processu chorobnego, odbywającego się na części przechodniej łącznicy; dowodzą tego nie tylko zmiany obiektywne, ale i stopień zaraźliwości wydzieliny. I tak w zapaleniu rzerzączkowém łącznicy (*ophth. gonorrhoeica*), powstałem w skutek niewątpliwego zarażenia, często spostrzegamy w początkach choroby, oprócz właściwego obrzmienia powiek, wystających ponad oczodół, proces dyfteryczny wyłącznie w fałdzie przechodniej, połączony z nadmierną wydzieliną łez, gdy tymczasem na części powiekowej łącznicy, daje się widzieć tylko pewna turgescencya naczyń krwionośnych, a na łącznicy gałkowej obrzęk więcej lub mniej wyraźny. W dalszym przebiegu choroby, występuje okres śluzotokowy z następczą t. z. wegetacją brodawkową błony łącznej. Taką formę typową *ophthalmiae gonorrhoeicae* w pierwszym okresie, niedawno miałem sposobność przedstawić kolegom, uszczęszczającym do mego oddziału szpitalnego. Siedliskiem choroby była tak samo jak w katarze zaraźliwym, fałda przechodnia łącznicy, z tą różnicą że w niej miał miejsce nie zwykły proces zapalny, a dyfteryczny; ztąd też objawy choroby przedmiotowe i podmiotowe dosięgały znacznego nateżenia. Sądząc z analogii można przypuścić, że w takich razach stopień zaraźliwości wydzieliny musi być daleko większy jak w zwykłym zaraźliwym katarze.

Przez wykazanie niewątpliwych własności zaraźliwych łez, nasze doświadczenia potwierdzają jak wspominaliśmy, kliniczne spostrzeżenia nieodżałowanego prof. G r a e f e'go, który twierdził, że powietrze wydychane, unosi z przewodu noso-łzowego chorobnie zmienione cząstki wydzieliny i tęp samem staje się przewodnikiem zarazy.

Ponieważ powietrze przepelnione wyziewami zwierzęcemi, ma wpływ genetyczny na rozwój zapaleń błony łącznej, przeto nagromadzenie chorych, dotkniętych zapaleniami oczu ze zmienioną wydzieliną łącznicy, daje nam źródło zarazy i rozszerzenia się choroby nie tylko bezpośrednio, przez proste przeniesienie zarazku, ale i drogą pośrednią, przez powietrze.

Jakkolwiek badania chemiczne nie wykryły dotąd żadnej zmiany w powietrzu zarażonem miazmatami, musimy jednak przypuścić jakościową zmianę w powietrzu wszędzie, gdzie jest wielu chorych z chorobliwą zmianą wydzieliny łącznicy, a szczególnie dotkniętych zaraźliwemi zapaleniami oczu.

Na błonie łącznej, więcej jak na jakiegokolwiek innej powierzchni ciała ma miejsce ciągła przemiana gazów, jak tego dowodzi ta okoliczność, że nie możemy z samej barwy odróżnić na łącznicy żył od tętnic: tak jedne jak i drugie są jednakowo czerwone. Jakość powietrza na błonę łączną oka ma taki sam wpływ jak na błony śluzowe dróg oddechowych, a ponieważ łącznica z powodu swego powierzchniowego położenia jest dostępna dla badań bezpośrednich, przeto nieraz

służyć nam może jako czuły odczynnik do wykrycia zmian zachodzących w otaczającej atmosferze i wywołujących zaburzenia w czynnościach odżywienia wzmiankowej błony.

(Dokończenie nastąpi).

Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*).

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

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

(Dokończenie).

Spoidło tylne warg większych najstaranniej zbadaném być winno szczególnie u dzieci (od 5—10 roku), gdyż ono wyłącznie ulega uszkodzeniu przy usiłowaniach zgwałcenia. U nich to wąskość łuku łonowego i niepodatność części płciowych utrudniając dostęp prąciu do błony dziewiczej i pochwy, jest powodem że całe parcie skoncentrowawszy się na spoidle tylnem, może go uszkodzić lub zniszczyć, nienaruszając zupełnie błony. (Na tę ostatnią okoliczność zwracamy uwagę lekarzy, aby nie była pominięta, jak to w niejednym podręczniku medycyny sądowej uczyniono, nie zważając na ważność przedmiotu).

Obejrzenie błony dziewiczej u bardzo młodych dziewczynek jest łatwem, gdyż u nich wargi mniejsze w trzeciej swej części tylnej, jak również i spoidło tylne nie są jeszcze zupełnie rozwinięte.

Jakkolwiek więc zbadanie błony dziewiczej u dzieci w rzadkich tylko wypadkach dokonywać należy przy pomocy chloroformu, w większej jednak połowie a nawet prawie zawsze da się dokonać bez użycia wszelkich narzędzi, pomoćników i dotykania palcami nie tylko do błony dziewiczej (co jest zawsze bolesne), ale i do błony śluzowej sromu, a to za pomocą następującej metody. Lekarz umieściwszy się przed badaną, kładzie dłoń swą lewą ręką na pagórku wenery, a palec na powierzchniach przednich i wewnętrznych obu warg większych (na lewej—wskaziciel, na prawej—palec wielki), następnie z lekka naciskając spycha je tém samém ku tyłowi (stolecowi). Przy tej manipulacji wargi większe, a za niemi małe, rozkwierają się szeroko, spoidło tylne opuszcza się ku tyłowi, a dołek łódkowaty wypełnia się (znika), błona zaś dziewicza naprężywszy się sprawia że otwór jej zarysowuje się wyraźnie, a szczególnie gdy równocześnie wyglądają się fałdy na niej zwykle będące, mianowicie u dzieci. Jeżeli zaś ten otworek nie uwydatnia się, z przyczyny sklejenia śluzem brzegów jego, to zrobiwszy kilka poruszeń w strony, należy jeszcze silniej nacisnąć wargi sromne ku tyłowi. Jeżeli zaś i to nie pomoże, wówczas na to miejsce puszczaemy słaby strumień wody, za pomocą gąbki trzymanej w prawem ręku.

Obejrzenie błony dziewiczej u dziewię dojrzałych jest trudniejsze i potrzebuje pewnej wprawy z powodu sformowania się tylnego spoidła jak również i zupełnego wykształcenia się trzeciej części dolnej warg mniejszych, które nieraz wystają po za sromem, w postaci klap pomar-

szczonych. Błona dziewicza w tym wieku, jak to już we właściwem miejscu wspomnieliśmy, leży głębiej niż u dzieci, a to w skutek nagromadzenia się tłuszczu w częściach płciowych ją otaczających. U nich już nie wystarcza rozwarcie warg większych lecz i mniejsze ułedz temu winny, a to przez umieszczenie palców ręki lewej na ich powierzchni wewnętrznej (w miejscu połączenia się ich z większemi), któremi należy rozsunąć w strony i zepchnąć ku tyłowi. Najlepiej zaś po rozwarciu warg mniejszych, dać je do potrzymania akuszerce, stojącej z boku podsądnej, i przesuwać swą rękę po brzuchu i przez pachwinę badanej. Celem lepszego uwydatnienia błony dziewiczej, pokrytej nieraz spoidłem tylnem i dla wyprostowania fałdów na niej będących, użytecznem jest odciąganie międzykrocza w tył (ku stolcowi), co najlepiej wykona sam badający. Tu dodać należy, że w większej liczbie wypadków powyższe manipulacje nie wystarczają do zbadania tak brzegu wolnego, jakoteż i znajdujących się na niem szczegółów, uciec się więc należy do pomocy narzędzi. W tym celu najużyteczniejszem będzie następujące: Jest to rurka z kauczuku wulkanizowanego, grubości pióra gęsiego, długa od 15 do 20 cent., zgięta w środku pod kątem rozwartym (fig. 37 i 38) i połączona obiema końcami z balonikami. Jeden z nich (fig. 37*b*) wielkości jaja gołębiego, zrobiony jest z cienkiej warstwy podatnego kauczuku, tak że ścianki jego są wciąż zapadłe, nazywa się *p o c h w o w y m*. Drugi balonik, większy od pierwszego (jak kurze jaje) ma ściany grube, sprężyste (fig. 37*a*) nazywa się *r ę c z n y m*. Scisnąwszy balonik ostatni (fig. 38), to zawarte w nim powietrze, przechodzi przez rurkę i wypełnia *b a l o n i k p o c h w o w y* do wielkości żądanej, którą to wielkość i na czas dłuższy zatrzyma, skoro zakręcimy kranik (fig. 37*d*).

Przy pomocy więc opisanego instrumentu dokonywa się obejrzenie błony dziewiczej w ten sposób: Przez otwór (*nb.* jeżeli on dozwala przynajmniej na przejście ołówka) przesuwa się balonik pochwowy zwinięty w trąbkę i powleczony oliwą (fig. 39). Skoro przejdzie po za błoną dziewiczą, należy go tak daleko w pochwę wprowadzić, aby między błoną a balonikiem była przestrzeń wynosząca około 4 cent., czyli do znaku na rurce będącego (fig. 37*e*). Następnie lekarz naciska ręczny balonik, a powietrze przechodząc rozszerza pochwowę do objętości żądanej, poczem zakręca się kranik. Wówczas pamiętać należy aby balonik nadęty powietrzem przez cały czas badania utrzymać w jednakowem położeniu, a to trzymając uważnie za wystającą część rurki. Niezachowanie tej ostrożności, a mianowicie gdy chora kaszlnie, lub napręży tłoć brzuszna, spowoduje niezawodnie wypełnienie balonika pochwowego, a nawet spowodować może sztuczne obrażenie brzegu w błonie dziewiczej.

Przy pomocy opisanego narzędzia które rozciągając pochwę napręża tém samem i błonę dziewiczą a więc pozwala wykryć na jej brzegu choćby najmniejsze wyłobienia, blizny, naderwania i t. p. zarysowujące się jak najwyraźniej na ciemnem tle pochwy. Nadto uwydatnia się cała powierzchnia samej błony dziewiczej, jej kolor, jakoteż i plamy wpływami mechanicznemi spowodowane. Jeżeli zaś przy tém śledzeniu brzeg, lub będące na niem nierówności zagna się

- Fig. 12. Bł. dziew. kol. pocięta w górnej swej części, w skutek sfaldowania się górnego odcinka wejścia do pochwy (wielk. nat.).
- " 13. Bł. dz. kol. której otwór podobny jest do ziarnka bobu turec. (wiel. nat.).
- " 14. Bł. dz. kol. otwór której przypomina ósemkę ∞ (wielk. nat.).
- " 15. Bł. dz. w postaci przegrody o dwóch otworach.
- " 16. Bł. dz. w postaci przegr. o dwóch otworach (rysunek z prepar. zasuszonego).
- " 17. Bł. dz. w postaci przegr. z dwoma otworami a po za nią znajduje się gruba i niepodatna grobla (spoidło). Rysunek wielk. nat. z 23-letniej dziew.
a) Otwór zewnętrzny cewki moczowej.
- " 18. Bł. dziew. o licznych fałdach; w grubości jej miąższu widzimy dwa małe zagłębienia, umiejscowione z obu stron otworu. Lechtaczka równa się wielkością dużemu ziarnku konopi (wielk. natur.).
- " 19. Bł. dziew. w postaci lejka, który jak szlak pomarszczony otacza w okół wejście do pochwy (wielk. natur.).

Tablica. II.

- Fig. 20. Bł. dziew. w postaci szlaku frędzelkowego okalającego wejście do pochwy (podobna do mankietu), mniejsza od naturalnej o $\frac{1}{7}$ część.
- " 21. Bł. dziew. w postaci szlaku płatkowego rozciągającego się w okół wejścia do pochwy (wielk. natur.).
- " 22. Taż sama błona dziewicza (fig. 21), lecz widziana z boku (rysunek większy niż w stanie naturalnym o jedną ósmą część).
- " 23. Jeszcze jedna błona dziewicza podobna do opisanej pod Nr 21 (rysunek większy o jedną dziewiątą część od błony naturalnej).
a) Otwór zewnętrzny cewki moczowej.
b) Zagłębienie w grubości lewego jej brzegu.
c) Otwór w błonie dziewiczej.
- " 24. Bł. dz. w postaci wałeczka wąskiego, zgiętego wężownicowato.
- " 25. Bł. dz. kształtem swym zbliżona do poprzedniej.
- " 26. Nienaruszona błona dziewicza kolistego kształtu z wydłużającym się odrostkiem. Na jej brzegu wolnym widzimy faliste wyżłobienia.
- " 27. Nienaruszona bł. dziew. w której widzimy że brzeg wolny jest wykrojony w kształcie trójkątów.
- " 28. Nienar. bł. dz. w której są trzy różne zaokrąglone wykrojenia (wiel. nat.).
- " 29. Nienar. bł. dz. w której po obu stronach brzeg wolny ma dwa jednakowe nakrojenia (rysunek mniejszy o jedną ósmą część od błony naturalnej).
- " 30. Bł. dz. pomarszczona w skutek skurczenia się mięśnia zwężającego wejście do pochwy.
- " 31. Pod taką postacią przedstawia się każda błona dziewicza u dorosłych, jeżeli wargi sromne nie będą dostatecznie rozwarte.
- " 32. Bł. dz. z odrostkiem przedłużającym się od dolnej części jej brzegu wolnego.
- " 33. Bł. dz. kolistą z odrostkiem powstającym z jej części górnej (rysunek większy od wielk. natur. o jedną dziewiątą część).
- " 34. Bł. dz. której część dolna wystaje ku przodowi, widziana z boku.
- " 35. Część nienaruszonej błony dziewiczej (lewa połowa).
a) Przecięcie przez całą szerokość błony, t. j. od jej brzegu wolnego, aż do obwodu (peryferji).
b) Jej brzeg wolny, frędzelkowaty (coraz cieńszy).
c) Jej brzeg obwodowy (peryferyczny, najgrubszy).
- " 36. Część uszkodzonej bł. dziew. (lewy odcinek).
a) Przecięcie przez całą szerokość uszkodzonej bł. dz. t. j. od zbliznionego i zgrubiałego brzegu wolnego, aż do obwodu.
b) Brzeg wolny zgrubiały w skutek blizny po rozdarciu utworzonej.
c) Brzeg obwodowy błony (grubszy).
d) Pozostała część nienuszkodzonego jeszcze brzegu wolnego.
- " 37. Narzędzie dopomagające do zbadania bł. dziew. i jej brzegu wolnego (o pół mniejsze od wielkości naturalnej).
a) Balonik z gutaperki, wielkości jaja kurzego; ściany jego są sprężyste. Połączony on jest z drugim balonikiem *b* o cieniutkich ścianach za pośrednictwem twardej rureczki z tegoż materiału.

- b) Zzjęty gutapereczany balonik, wielkości jaja gołębiego.
- c) Kreska wskazująca jak głęboko w pochwę winien być wprowadzonym balonik *b* przez otwór w błonie.
- d) Kranik.

Fig. 38. Toż samo narzędzie jak fig. 37. Nacisnąwszy palcami balonik *b*, powietrze w nim zawarte przechodzi przez rurkę do balonika *a*, rozdyma ściany jego, które w tym stanie i nadal pozostać mogą, jeżeli tylko przeszkodzimy ujściu powietrza, zamykając kranik *d*.

„ 39. Bł. dz. naprężona za pomocą balonika nadętego powietrzem, już po wprowadzeniu w pochwę.

a) Podbiegnięcia w skutku obrażeń.

b) Naturalne zabarwienie przy obwodzie błony.

„ 40. Zgłębnik fiszbinowy z galeczkami na końcach, dopomagający do zbadania bł. dz. i jej brzegu wolnego (mniejszy o połowę od wielkości naturalnej).

Uwaga. Rysunki opatrzone następującymi cyframi: 1, 3, 4, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 28, 29, 33, 34 zdejmowane były z preparatów.

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

Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*).

Przez prof. Dr Leydena.

Spolszczył Dr A. Fabian.

(Ciąg dalszy *).

Przy wyższych stopniach zgorzeli zjawiają się dłuższe nitki, które albo są gładkie, albo poczłonkowane wyraźnie na 6 do 8—10 członków. Wtedy okazują wielkie podobieństwo do nitek *Leptothrix buccalis*, do których zresztą i drobne drgające pręciki wielce są podobne. Dlatego to tę odmienną postać w owych płatkach i czopkach oznaczyłem nazwą *Leptothrix pulmonalis*. Mają one z *Leptothrix buccalis* jeszcze jedną właściwość wspólną, to jest wybitny odczyn względem jodu. Roztwór jego tak tu, jak tam, wywołuje piękne purpurowo-czerwone lub purpurowo fioletowe a nawet niebieskie zabarwienie, które częścią należy się samym nitkom, mianowicie ich zawartości, gdyż ściany rozdzielające nie barwią się, częścią zaś substancji pośredniczącej, która nitki te złącza i zlepia. Substancja dająca ten odczyn, jak to J a f f e okazał, nie jest ani błonikiem, ani krochmalem, przynajmniej przez żaden ze znanych środków w eukier przeprowadzić się nie daje, ani też nie jest ciałem proteinowem. Zdaje się wszakże zależeć od miejsca; bo tylko *Leptothrix* ust, płuc i ucha okazuje ten odczyn, a po dłuższem staniu i w nim także niknie. Otóż sprawa rozkładowa wywołana ich obecnością w płucach, albo rozwijająca się z nimi współcześnie została przez J a f f e'go w naszej pracy dokładnie zbadana. J a f f e znalazł kwasy tłuszczowe lotne, szczególnież też kwas masłowy i kozłkowy, nie zawsze ammoniak, niekiedy siarkowódór, leucynę, tyrozynę i ślady gliceryny. Sprawa jest w istocie analogiczna ze zwyczajnem gniciem. Gdy inne świeże płwociny lub ropę zostawialiśmy do gnicia, to wywiązywały się też same ciała chemiczne i również analogiczne twory grzybkowate i igły kwasów tłuszczowych, zlepiające się w małe czopki.

To mniej więcej stanowi wszystko, co o płwocinie przy zgorzeli płucnej powiedzić mieliśmy, a co stanowi ważną część rozpoznania choroby. Przyjrzyjmy się teraz innemu ogólnym zjawiskom, które choroby płuc towarzyszą.

1) G o r ą c z k a. Większej liczbie wypadków zgorzeli płuc towarzyszy gorączka, widzieliśmy wszakże wypadki przebiegające bez gorączki mimo kilkotygodniowego trwania i żywego wydalania płatków mięszu płucnego. Są to wszakże lekkie wypadki ograniczonej zgorzeli u młodych i zdrowych indywidualów. Ale nigdy nie można być pewnym, że

*) Patrz Nr. 2 Gaz. Lek.

i tu gorączka się nie rozwinię i nie przyjdzie do zgubnego przebiegu. W ogólności więc zgorzeli płucnej towarzyszy gorączka i mianowicie niekiedy silna gorączka zapalna, która wszakże rzadko tylko trwa długo. Po większej części powstaje nieregularnie zwalniający typ, ze zmiennymi nasileniami i zwolnieniami z charakterem tak zwanym astenicznym to jest z drobnem częstym tętnem i wyraźnym upadkiem sił. Często gorączce tej w czasie zwolnienia towarzyszy skłomność do potów, w ciężkich wypadkach obfite poty gorączka trwająca i znaczny sił upadek.

2) **Tętno.** W początku i póki chory ma dostateczny zasób sił i dobrą ilość krwi ma własności gorączkowego; jest ono pełne, zwykle miękkie i dwubitne. Z rozpoczęciem upadku (*collapsus*) i przy dłuższem trwaniu choroby, tętno się węższe, tętno częstsze, słabsze, ale zostaje prędkiem. Tętno serca, szczególnież też rozkurczowy aorty, słabną.

3) **Stan ogólny** zmienia się stosownie do okresu choroby i do jej stopnia. Często w ciągu całej choroby jest znośny; tylko silny kaszel trapi pacjenta. Przy cięższych stopniach i dłuższem trwaniu, cierpi odżywianie i stan sił znacznie bardzo, twarz staje się bladą i zapadłą, schudnienie staje się nader wyraźnem. W najcięższych, szybko przebiegających wypadkach, w skutek szybkiego chłonięcia posoki występuje stan tyfoidalny i szybki gorączkowy kolaps, zwykle z prędkiem zejściem śmiertelnem.

4) **Ważnem jest położenie chorego.** Prawie zawsze nie opuszcza łóżka i powinien też w niem pozostawać. Leżąc przybierają chorzy często jedno położenie. Pomijam już skulone położenie na grzbiecie, będące prostym wynikiem sił upadku. Zwykle położenie jest wymuszone i to na stronie chorej lub przynajmniej ku niej pochylone. Przyczyna leży w tem, że obfita wydzielina, spływając do oskrzeli wywołuje żywy kaszel. Chory instynktowo szuka położenia, przy którym wydzielina nie ciągle ścieka, lecz stopniowo się nagromadza i od czasu do czasu, przy napadach kaszlu wyrzucaną zostaje. Jest to zwykle położenie na stronie chorej. Gdy ognisko zgorzelowe leży w dolnym zrazie, to prawie zawsze chory wybiera równocześnie położenie nieco wzniesione (przy obustronnem zajęciu płuc zupełna *ortopnoe*, nawet bez duszności). Gdy przeciwnie ognisko znajduje się w górnym płacie, to często chory leży skulony w położeniu pionowem z nisko opuszczonemi barkami.

5) **Objawem godnym uwagi, bo nader męczącym jest kaszel.** Daleko rzadziej zjawiają się klucie lub duszność. Obfita, ostra, gryząca wydzielina prawie ciągle spływa do sąsiednich oskrzeli i w skutek zadrażnienia błony śluzowej wywołuje silne i częste napady kaszlu. Jest to zwykle objaw bardzo dokuczliwy, gdyż w końcu przez silną czynność mięśniową i wstrząśnienie piersi powiększa uczucie zmęczenia i wyczerpania i staje się nader bolesnym. Nader napady kaszlu powtarzając się często nie dają choremu spoczynku, szczególnież też przerywają tak pożądaną sen nocny. Mają one wprawdzie zbawienny skutek, że posokowata ciecz, tak prędko i tak dokładnie jak można, zostaje z płuc wydalona. Ale oprócz wyczerpującego utrudzenia warunkuje jeszcze inne niebezpieczeństwo. Silne wstrząśnienie może wprost spowodować pęknięcie naczyń krwionośnych, albo rozpoczynający się krwotok zwiększyć w sposób niebezpieczny.

Między powikłaniami wspomniemy o tych, które tak często towarzyszą zgorzeli płuc, że w każdym wypadku obawiać się ich musimy. Przedewszystkiem wymienię **krwiopłucie**. Małe ilości krwi przez pewien czas prawie w każdym wypadku zgorzeli płucnej do płwociny są domieszane. Rzadziej wylewają się większe ilości brudno-czarno-czerwonej krwi; ale krwawienie może się stać nader obfitem i w skutek znacznej krwi utraty albo krwawego nacieczenia miąższu płucnego zagrażać życiu. Jakim sposobem w ogóle do tych krwotoków przychodzi, to pojąć łatwo. Podczas zgorzelowego zniszczenia miąższu naczynia ulegają zniszczeniu i wylewają swą zawartość do reszty wydzieliny. Większe naczynia krwionośne z silną sprężystą ścianą opierają się rozdarciu i powszechnie przychodzi wcześniej do zakrzepu i zatkania ich światła, zanim ulegną zniszczeniu przez sprawę zgorzelową. Przy szybkim rozszerzaniu się zgorzeli wszakże przychodzi łatwo do szybkiego obumierania i pęknięcia naczyń, co warunkuje obfite krwawienie. Taki wypadek nastąpić może w każdym wypadku zgorzeli płuc, nigdy przed nim zapewnieni nie jesteśmy. Mimo to doświadczenie uczy, że groźne, albo co więcej, śmiertelne krwotoki w przebiegu zgorzeli płuc zdarzają się dość rzadko.

Nie rzadkiem powikłaniem jest **zapalenie oplucnej** i to ropne, rzadko obustronne. Gdy ognisko zgorzelowe zbliża się do oplucnej, to substancje posokowate przez pochłanianie lub przesiąkanie przenikają aż do oplucnej i pobudzają ją do ropnego zapalenia. To się szczególnież łatwo zdarza przy zgorzeli z zatorów pochodzącej, umiej-

scowionej zwykle na obwodowych częściach płuca. To powikłanie zawsze jest arcy przykrem, często ciężkiem a niekiedy zgubnem.

Nakoniec, jeżeli ognisko zgorzelowe leży na obwodzie, może przyjść do zgorzeli części oplucnej nad nim leżącej a tym sposobem to powstanie *pneumothorax*, wypadku, o którym już *Laennec* wspomina. Następuje szybki rozwój *pyopneumothorax* z nagłym silnym upadkiem; wszakże i takie wypadki mogą się szczęśliwie zakończyć, jak to sami w zeszłym widzieliśmy roku.

Przechodzimy teraz do objaśnienia innego pytania: *Przyczyny zgorzeli płuc*. Jakkolwiek choroba należy do rzadszych cierpień płuc, etiologia jej wszakże jest bardzo różnorodna; rozwija się ona z wielkiego szeregu rozmaitych spraw patologicznych.

a) *Z zapalenia, szczególnie pneumonii*. Tę przyczynę uważano dawniej nie tylko za najważniejszą, ale za wyłączną. Zejście w zgorzel należy do prawidłowych zejść zapalenia w ogóle, a więc i zapalenia płuc. Ale spotkaliśmy się już z uwagą *Laenneca*, że ogniska zapalne, w środku których znajdujemy zgorzel, zupełnie nie zawsze za poprzedzającą przyczynę uważać należy, lecz jako częste następstwo zadrażnienia wywieranego przez posokowatą wydzieliną na otaczający miąższ płucny. Jakkolwiek ważnem jest to spostrzeżenie, to wszakże wątpić nie można, że zgorzel płuc jest jednym z możliwych zejść zapalenia. Szczególniej u osłabionych podupadłych osób, starców lub pijaków, jak również przy zaniedbaniu choroby w jej początkach przychodzi do zgorzeli i to zwykle zgubnej, rozlanej postaci.

b) Drugim sposobem powstawania zgorzeli jest *zatkanie naczyń przy sprawach zatorowych*, wtedy, gdy utkwione czopki już same przez się są roznośicielami gnilnej sprawy rozpadowej. Najczęściej się to zdarza przy pooperacyjnej lub pologowej ropnicy, gdy z chorých żył odrywają się zakrzepy i wtłaczają później w rozgałęzienia tętnic płucnych. Powstają wtedy zwykle drobne zatorowe ogniska, które przechodzą w ropnie albo zgorzel i współcześnie, ponieważ podstawą swoją są zwrócone do oplucnej dają powód do silnych ropnych wylewów w worek oplucnej. Rzadkiem natomiast jest zejście w zgorzel przy zatorach płucnych, towarzyszących chorobom serca, i które zwykle powstają z zakrzepów serca prawego. Względnie częstą przyczyną przerzutowej (zatorowej) zgorzeli są zakrzepy zatorowe (*thrombosis maritima*), powstające po ciężkich chorobach ostrych. Te zakrzepy z łec ulegają nie rzadko pod niekorzystnymi warunkami ropnemu rozpadowi, stają się powodem płucnych zatorów, z których zgorzel rozwijać się może. I takie wypadki widzieliśmy w naszej klinice: i tak ciężki wypadek tyfusu, zakończył się w kilka dni po przyjęciu chorego śmiertelnie. Drugi po *febris recurrens* ukończył się wyzdrowieniem; podobnież trzeci po tyfusie wysypkowym. Nakoniec zwracam uwagę jeszcze na jedną rzadszą postać zgorzeli przerzutowej przy próchnieniu kości ucha, a więc przypuszczalnie z małych zakrzepem zatkanych żyłek kości skalistej.

Ta postać przerzutowa zgorzeli należy do ograniczonych, tworzy klinowate ogniska, które swoją podstawą sięgają do oplucnej. Małe ogniska tego rodzaju przebiegają dość często lekko i po krótkim czasie kończą się wyzdrowieniem. Silne, rozległe wypadki prowadzą do zgorzeli rozlanej, wikłają się nierzadko z zapaleniem oplucnej, albo prowadzą do pęknięcia, do odmy piersiowej.

c) Trzecia postać zgorzeli płucnej pochodzi z *oskrzeli*; rozpada się ona na dwa podziały: α) w skutek wniknięcia ciał obcych i β) w rozszerzeniach oskrzeli (*Bronchiectasie*). Gdy obce ciała dostaną się do oskrzela, to naprzód wywołują silne pobudzenie do kaszlu, przez co mogą być wydalone, albo też zostają w oskrzeli wklinowują się silnie, zatykają oskrzele i wywołują w jego zakresie atelektazę, albo jeżeli się rozkładają, w skutek drażnienia produktami rozkładu wywołują zapalenie, takowe przechodzi albo w utworzenie ropnia, albo w zgorzel. W taki sposób u obłąkanych lub porażonych, którzy źle łykają i którym część pokarmu wnika do płuc, powstają *Bronchopneumonije*, które mogą przechodzić w ropnie lub zgorzel. Częściej zgorzel powstaje przez połknięcie większych ciał, które do dróg powietrznych wnikają. W jednym wypadku, który dawniej widzieć miałem sposobność, znalazł się przy oględzinach pośmiertnych wewnątrz jamy zgorzelowej kawał kości wielkości członka palcowego; w innym zaś wypadku, który na naszej widziałem klinice, znalazła się okryta naskorupieniami pestka wiśni, w oskrzela doprowadzające wtłoczona. Nakoniec jest analogicznym sposób powstania, gdy ognisko zgorzelowe do sąsiedniego otworzy się oskrzela. Mogą to być ropnie np. zagardzielowe, stosu kręgowego wątroby. Często jest powstanie zgorzeli płucnej przez otworzenie się raka przelyku do oskrzela, zwykle prawego. Przez przedziurawienie masy nad zwężeniem zebrane i roz-

kladające się przesiakają do płuc i wywołują powstanie ognisk zapalnych, które łatwo w zgorzel przechodzą.

Drugą klasą zgorzeli płucnej powstającej z oskrzeli jest postać opisana przez *D i t t r i e h'a*, wytwarzająca się z rozszerzeń oskrzeli. Rozkład gnilny powstaje w samych nagromadzonych wydzielinach oskrzeli, takowe gryzącemi własnościami swemi drażnią ścianę, wywołują zapalenie, wysięk i owrzodzenie, które pod wpływem już istniejącego gnilnego rozkładu (z rozwinięciem się grzybków) staje się charakteru zgorzelowego.

Ta sprawa odbywa się zarówno w rozszerzonych oskrzelach, jak i w innych niernormalnych jamach, powstałych z ropni płucnych lub zgorzeli, nader rzadko w jamach gruźliczych. Prowadzi ona do tej formy rozlanej, zwykle śmiercią się kończącej zgorzeli płuc, której opis zawdzięczamy szerególniej *D i t t r i e h'o w i*.

d) Czwartym dość ważnym sposobem powstawania zgorzeli płuc jest *t r a u m a t y c z n y*. Jest ona zupełnie analogiczną ze zgorzelą innych tkanek, szczególnież też skóry i powstaje, jak ta, w dwojaki sposób: α) Przez rozerwanie ciągłości części i β) przez zgniecenie. (Dokończenie nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Zamość, 25 lutego 1872 r.

P r z y c z y n e k d o k a z u i s t y k i c i a l o b e c y c h w o d b y t n i e y. Artykuł *Dra Stanisława Michałowskiego*, zacnego naszego uniwersyteckiego kolegi, umieszczony w Nrze 25 Tomu XI *Gazety Lekarskiej*, w którym autor tegoż opisuje tak rzadko napotykaną w praktyce utkwienie półkniętej koci w odbytnicy, przypomniał mi jeden podobny wypadek przed kilkoma miesiącami obserwowany przezemnie, którym z czytającą naszą publicznością lekarską podzielić się zamierzyłem.

W miesiącu października roku zeszłego zawezwany zostałem wieczorem do muzykanta 30 piechotnego *Poltawskiego pułku*, stojącego obecnie w *Zamościu*. Pacjent około 40 lat wieku liczący, wzrostu dobrego, z układem mięsnym i kostnym średnio rozwiniętym, cierpienie swoje datuje od kilkunastu godzin. Objawia się ono ciągłą chęcią oddawania stolca. Kilka pierwszych stolców które oddał były rozwolnione i dość obfite, przy następnych zaś odchodziła tylko mała ilość śluzu różowo zabarwionego. Stolce są nader częste i połączone z okropnemi wydymaniem i pieczeniem w odbytnicy. Za przyczynę choroby podaje to, iż w dniu wczorajszym czy onegdajszym, jałł późno w nocy czego zwykle nie robił i że to mu zapewne zaszkodzić musiało, oraz że wracając do koszar nocą, w czasie silnego wiatru i deszczu musiał się zaziębić. Zapytany czy nie cierpiał kiedy przypadkiem na hemoroidy, odpowiedział przecząco.

Przy egzaminie oprócz cokolwiek przyspieszonego puls i silnej rozedmy płuc zwykłej prawie osobom grającym na dętych instrumentach, nic więcej nie znalazłem. Okolica żołądka i kiszki grubych za dotknięciem niebolesna, brzuch zapadły. Odbijania, nudności lub inne objawy gastryczne w wypadku owym nie miały miejsca. Przy obejrzeniu odbytu nie szczególnież zaobserwować nie mogłem, żadnego zaczerwienienia, obrzmienia, ani też za dotknięciem bólu.

Egzamin mój wypadł w czasie, kiedy w okolicy naszej panowała najprzód epidemia dyssenteryi, a następnie silne katarzyskie gruby, objawiające się rozwolnieniem z wydymaniem przy oddawaniu stolca i uczuciem silnego pieczenia w kiszce prostej. Widząc z anamnezy, iż przyczyną choroby był błąd w diecie, w wypadku danym cierpienie owe wzięłem za ostry katarzyski prostej i poleciłem choremu leżenie w łóżku, przykładanie ciepłego okładu na brzuch; do wewnątrz zaś celem oczyszczenia przewodu pokarmowego z substancji niestrawnych katarów wywołujących, łyżkę oleju rycinowego; obiecując mu, iż nazajutrz go odwiedzę.

Nazajutrz rano widząc się z nim, znalazłem go daleko weselszym, a co większa uwolnionym zupełnie od wczorajszych przykrych objawów brzusznych. Opowiedział mi, iż po odejściu moim, przyjąwszy według otrzymanego polecenia łyżkę wyż wspomnianego oleju, miał kilka stolców. Przy ostatnim z nich uczul nader klujący ból w odbytnicy podobny, jak się wyrażał, do krajanania kiszki jakby jakimś ciałem ostrym. Stolec ten cokolwiek zabarwiony był krwią. Chory mój wiedziony niejako instynktem zachowawczym wprowadził palec do

kiszki i w odległości cała tamże od otworu zewnętrznego namacał jakby jakieś ciało twarde, tkwiące w ścianie кишки, które obszedłszy palcem haczykowato zsunął ku dołowi na zewnątrz. Ciało owe jak się okazało było również jak w wypadku kol. M i e l a l o w s k i e g o kostką, pochodzącą jak się zdaje z drobiu, długość cała mającą, cienką, ostrą z jednego końca, kalem i krwią zawałaną. Obawiając się podrażnienia кишки prostej, nie robiłem badania tejże. Na zewnątrz wyż wspomniana okolica okazała się nieco zaczerwienioną i bolesną. Zaleciwszy pacyentowi swojemu leżenie przez kilka dni w łóżku, zimne okłady na miejsce odbytu i przepisałwszy w proszkach odpowiednią ilość opium, celem wstrzymania ruchu robaczkowego kiszki a tem samem i stołca, który przechodząc przez miejsce obrazone, drażniąc je, zapalenie кишки prostej mógłby wywołać, opuściłem chorego powiedziawszy mu, iżby w razie najmniejszego pogorszenia, zaraz mnie o tem zawiadomił. Chory jednak nie zgłosił się więcej, a w tydzień potem widziałem go w najlepsze wygrywającego na placu Zamajskim.

W wypadku naszym o ile się zdaje, kostka uwięzła zapewne gdzieś wyżej w kiszce prostej, gdyż ani zewnętrzne objawy, ani też uczucie klócia nie przemawiały za jej obecnością w bliskości odbytu, przy stołcach sprowadzonych załamaniem olejku rycinowego, kostka owa usunąć się musiała ku odbytowi.

Z owego okazuje się również, iż jedyną drogą którą dostała się do przewodu pokarmowego musiała być jama ustna; pacyent mój bowiem po odejściu koci przypomnił sobie dopiero, iż grając na owym balu, dano mu kawalek potrawy z kury, którą jadł skwapliwie, przez pośpiech tedy nie żując dobrze kęsów wziętych do ust, kostka owa do przewodu pokarmowego dostać się musiała.

Na pierwszy rzut oka nie jeden z czytelników posądził mnie może o złą diagnozę choroby, bliżej się jednak zastanowiwszy sądzę, iż nie rozpoznałem tylko przyczyny choroby, co zresztą było rzeczą niemożliwą ani z objawów, ani też z opowiadania rozpoznać, cierpienie zaś samo uważam za ostry katar кишки prostej, wywołany drażnieniem onej кишки ostrym kawałkiem koci.

Kurczewski Stefan.

Wiadomości bieżące.

— Kumys. W Nrze 559 *British medical Journal*, z dnia 16 września 1871 roku czytamy następujący list przysłany do redaktora tejże gazety. Panie! Za pańskim pozwoleniem ośmielam się nadesłać panu sprostowanie pomyłki, zaszczyt w jego artykule: „*The Geography of Phthisis* (Geografia suchot) w *British medical Journal*, w zeszytzie z d. 2 września 1871 r. pomieszczonej: Zakłady kumysowe nie są jeszcze w ogólnem użyciu w Europie, wszelako one mnożą się corocznie, a więcej jeszcze literatura o tym przedmiocie wzrasta szybko i staje się coraz bardziej interesującą; fakta te mogą być sprawdzone w katalogach księgarskich wychodzących w Lipsku i w Petersburgu. Ile mi wiadomo *Stralberg* obecnie kieruje wielkim zakładem kumysowym w Petersburgu, a drugi zakład również wielkim zaszczycony zaufaniem istnieje w Warszawie pod zarządem Drów *Przystanski*ego i *J. F. Nowakowski*ego; w Odessie Dr *Lewinson* stoi na czele podobnegoż zakładu; w Moskwie *Marecki*; w Ottenstein w Saksonii blisko Drezna Dr *Weith* (młodszy); w Samarze, Berlinie i różnych częściach Europy znajdują się obecnie jeszcze większe i mniejsze tego rodzaju zakłady, cieszące się wzrastającym ciągle powodzeniem. Nadto podobne zakłady wprowadzają się w życie teraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

W Anglii nie ma zakładu leczniczego kumysowego, ale tu w Londynie jest fabryka kumysu czynna od dwóch lat i z tej fabryki wielu lekarzy tutejszych przepisuje kumys dla swoich chorych. I nakoniec moje własne spostrzeżenia i doświadczenie upoważniają mnie do powiedzenia, że dobre skutki kumysu nie zależą od miejscowości, lecz że tutaj także dobrodziejstwa z kumysu dają się uzyskać jak i w Tartaryi.

8 Weymouth Street, September 7, 1871.

Victor Jugielski M. D.

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 Śto-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: Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu. Przez Dra Wolfringa. (Ciąg dalszy). Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*). Dokonane przez Dra Med. M i e r z e j e w s k i e g o (z Petersburga). Podał Tadeusz Żłobkowski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus, asystent kliniki przy Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*). Przez prof. Dra L e y d e n a. Spolszczył Dr A. Fabian. (Ciąg dalszy). Korrespondencya. Z Zamościa. Wiadomości bieżące. Kumys. Dodatek. Syfilidologii ark. 5. Patologii ogólnej T. I ark. 1. Anatomii opisowej ark. 27. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzmana n'a dołącza się ark. 18.

Przyczynek do nauki o zaraźliwych zapaleniach oczu.

Przez Dra Wolfringa.

(Ciąg dalszy *)

Przy zapaleniu dyfterycznem łącznicy równie jak i innych błon śluzowych tworzy się, jak wiadomo, w mięszu tkanki wypocina włóknikowa, która ulegając następnie rozpadowi, niszczy samą tkankę tworząc w niej zwyrodnienie bliznowe.

Zapalenie dyfteryczne łącznicy jest jedną z najstraszniejszych chorób błony łącznej pociągających za sobą zniszczenie oczu. Niebezpieczeństwo jej zależy nietylko od stopnia nateżenia choroby (rozszerzenia się na powierzchni i w głąb), ale i od powikłania z nekrotycznem eierpieniem rogówki; to ostatnie powikłanie szczególnie jest niebezpiecznym, jeżeli rozwija się w początku przebiegu choroby.

Dotychczasowy sposób leczenia głębokiego porażenia błony śluzowej, w wyjątkowo rzadkich przypadkach daje nam możność ocalenia oka.

*) Patrz Nr 8, 10 i 11 Gaz. Lek.

Jeden z najważniejszych środków zalecanych przez G r a e f e'go przeciw tej chorobie u dorosłych, stanowią weierania maści rtęciowej, (po ser. j—dr. semis) w odstępach dwugodzinnych, obok wewnętrznego użycia kalomelu, aż do wywołania ostrzej merkuryalizaacyi (w ciągu 24—36 godzin).

Wychodząc z zasady, że istota procesu dyfterycznego w danych razach, nie zależy od szczególnej krazy krwi, a eksudat jest eduktem naczyń w skutek czynnej działalności miejscowych elementów tkanki, i opierając się na twierdzeniu, że takie włóknikowe zwyrodnienie poprzedza wypocina nie włóknikowa, ale surowieca, która dopiero pod wpływem czynnej działalności elementów tkanki zapaleniu uległej przemienia się w dyfteryczną:—zamiast ogólnej merkuryalizaacyi podstawiłem l e e z e n i e m i e j s c o w e, które zasadza się na staranném weieraniu maści przygotowanej z *merc. praecipitat. flav.* w wolną powierzchnię błony łącznej powiek i fałdy przejściowej. *Rp. Merc. praecipitat. flav. gr. V, cerati simplicis ex. ol. amygdalar. ꝑti dr. ij.* Weieranie takie najdogodniej wykonywać można w sposób następujący: po odwinięciu obu powiek, dolną utrzymuje pomocnik, sam zaś lekarz wielkim palcem lewej ręki utrzuca położenie powieki górnej; następnie pomocnik zbliża odwiniętą dolną powiekę do górnej fałdy przechodniój, a lekarz osuszywszy poprzednio wolną powierzchnię łącznicy za pomocą kawałka suchego i miękkiego płótna, szybkimi i lekkimi ruchami wskaziciela prawej ręki weiera maść przez 1—2 minuty. Wytarłszy zlekka maść płótnem, na łącznicy widzimy godne uwagi zmiany: biaława powierzchnia błony łącznej powiekowej, czerwieni się i pokrywa w przeciągu minuty przezroczystymi wodnymi punkcikami, które powiększając się tworzą bardzo widoczne kropelki. Kropelki owe w skutek swej gęstości nie zaraz łączą się z sobą, ale wprzód dochodzą znacznej wielkości, aż nareszcie zlewają się i spływają po twarzy. Osuszywszy znów wolną powierzchnię łącznicy weieramy maść po raz drugi, a doczekawszy się owej wypociny pod postacią rosy, powtarzamy weieranie raz trzeci. Cała ta operacya trwa około 10—15 minut.

Ilość tego płynu wypocinowego, zebrana w rurkę szklaną wynosiła w niektórych wypadkach około drachmy, co naturalnie nie stanowiło jeszcze całej jego ilości. Bezpośrednim prawie skutkiem zmian, zauważanych na łącznicy pod wpływem weierania, jest zmniejszenie naprężenia powiek, które na zewnątrz pocieramy kamieniem piekielnym i zaraz kilkakrotnie przemywamy wodą słoną w celu zapobieżenia utworzeniu się nadżarcia, któreby powtórne zastosowanie azotanu srebra czyniło niemożliwem. Pocieranie zewnętrznej powierzchni powiek azotanem srebra, uskuteczniamy raz dziennie, weieranie zaś maści powtarzamy rano i wieczorem. Podstawiawszy tym sposobem zamiast ogólnej merkuryalizaacyi miejscowe weieranie maści *ex Merc. praecip. flavo*, w dalszém leczeniu trzymamy się środków zalecanych przez G r a e f e'go. Pod wpływem takiego leczenia przebieg choroby widocznie się zmienia, nabrzękłość i naprężenie zmniejsza się, ustępuje nerwoból rzęskowy (*neuraglia ciliaris*) i przyspiesza się rozwój okresu choroby śluzotokowego.

Z nastąpieniem okresu śluzotokowego leczenie ulega zmianie, maść *ex Merc. praecipitato flavo* ustępuje miejsca azotanowi srebra z saletrą stopionemu (*lapis*

mitigatus). Gdy jednak zastosowanie kamienia piekielnego osłabionego, nieraz wywołuje pogorszenie a nawet powrót procesu dyfterycznego, przeto należy z nadzwyczajną ostrożnością przystępować do zamiany maści na przetwory azotanu srebra, i nie pierwój używać tych ostatnich, aż po ukazaniu się niewątpliwych objawów śluzotoku, témbardziej, że maść z żółtej rtęci nie powiększa śluzotokowej wydzieliny a przeciwnie ją zmniejsza. Przy następującej przemianie pierwszego okresu choroby w okres śluzotokowy, z ostrożnością tuszujemy łącznicę stosunkowo słabym roztworem azotanu srebra (gr. X—unc. j), albo kamieniem piekielnym osłabionym, w którym stosunek ilościowy saletry do azotanu srebra jest jak 3 : 1. Gdy jednak proces chorobny pogarsza się, natychmiast wracamy do maści z żółtej rtęci.

Ten sposób leczenia dał mi dotąd najlepsze rezultaty co do zejścia choroby; naturalnie nigdy nie oczekiwałem od niego cudownego działania i zupełnego wyleczenia w razach daleko posuniętej choroby, powikłanej zajęciem rogówki. Nie mogę się spodziewać, aby przy moim sposobie leczenia po zgorzelinowych zmianach rogówki nie następowało jój przedziurawienie, a nawet następcze zniszczenie samej gałki. Ale sposób mój niezawodnie nie dopuszcza utraty wzroku w tych razach, w których choroba zostawiona bez leczenia, lub traktowana środkami niewłaściwymi, na pewno pociągnęłaby za sobą zniszczenie oka ¹⁾. Ponieważ zaś przebieg choroby jest bardzo szybki, utrata wzroku następuje nieraz w nader krótkim przeciągu czasu, przeto zawsze bez zwłoki powinniśmy działać energicznie i stanowczo, według planu obmyślanego. Rozumie się samo przez się, że dla pomyślnego wyniku leczenia rzeczą jest niezbędną, aby środki zastosowywane były dobrego gatunku i przygotowane nader starannie. Nie zawsze możemy dowierzać jakości lekarstw wydawanych z aptek. Często woda chlorowa rozcieńczona, tak gorliwie zalecana przez *G r a e f e*'go, nie wywiera w śluzotokach działania skutecznego, jedynie z téj przyczyny, że przetwór ten nieraz zawiera już w sobie kwas solny, który swoją obecnością zwiększa zapalne podrażnienie oczu. Dlatego to, nim zastosujemy i krytycznie ocenimy jaki środek, musimy poprzednio wyrobić w sobie przekonanie o jego jakości, co szczególnie jest ważnym w praktyce okulistycznej.

Drugą ważną okolicznością nie małą wywierającą wpływ na pomyślne leczenie chorób ocznych, jest sama manipulacya ze strony lekarza. Uwaga ta dotyczy się szczególnie odwracania powiek; z powodu nabrzmienia i nadmiernej czułości powiek w zapaleniach dyfterycznych, odwracanie ich wymaga zręczności i wprawy ze strony lekarza.

¹⁾ Zalecając maść z żółtego tlenku rtęci, nie chcę utrzymywać by tenże miał być jedynym środkiem, z korzyścią dającym się zastosować do leczenia *Conj. diphthericae*. Pożądanemi byłyby doświadczenia porównawcze z innymi środkami, z zastrzeżeniem by nadano im kierunek ściśle naukowy, tak ze względu na sprawę patologiczną, jak i na działanie samego środka leczącego; pożądanemi zaś byłyby témbardziej, że leczenie miejscowe zapalenia dyfterycznego łącznicy, którego *G r a e f e* przed peryodem śluzotoku jak najbardziej unika, daje nam najlepsze rezultaty.

Z tego cośmy wyżej powiedzieli, okazuje się niewątpliwem, że jedne i też same środki zastosowane w jednakowych chorobach ocznych, mogą działać rozmaicie i różne dawać wyniki. Za przykład mogą tu służyć środki zwykle używane przeciw zwyrodnieniu ziarninowemu (*trachoma*), jak *lapis nigellatus*, *cuprum sulfuricum* i inne. Środki te działają rozmaicie, nie tylko w jednakich chorobach, ale nawet w tychże samych okresach chorobnych, stosownie do tego czy niemi włada lekarz doświadczony, badający naukowo ich działanie i umiejący dozować podrażnienie, jakie użycie ich sprowadza, czy też tylko osoba wypełniająca przepisy podręczników okulistycznych.

Przy środkach farmaceutycznych nieodpowiednich lub wadliwie zastosowanych w tej strasznej chorobie, przy nieostrożnej nadto manipulacji ze strony mniej wprawnego lekarza, powiększa się i tak już dotkliwe cierpienia chorego, a nawet przyczynia do niepomysłnego zejścia choroby. Przy takich niepomysłnych warunkach, bodaj, czy z uwagi na szybkie zniszczenie oka, dla chorego i dla lekarza nie byłoby korzystniej, wzajemnie się unikać.

Obok zmian objektywnych jakie mają miejsce na powiekach i łącznicy pod wpływem miejscowego zastosowania maści, widzimy także zmiany w własnościach płynnej wypociny.

Przy *acne* choroby wypocina owa występuje pod postacią w i ę k s z y c h k r o p e l, mało z początku mających skłonności do wzajemnego łączenia się z sobą; w późniejszym okresie choroby kropelki są mniejsze, jednakże gołym okiem widzialne i szybko z sobą zlewające się. Taka różnica w zachowaniu się płynnej wypociny naprowadza nas na wniosek, że składowe jej części w różnych okresach choroby muszą ulegać pewnym zmianom. Mikroskopowe badanie świeżej wypociny wykazuje obecność oderwanych komórek nabłonka, ciałek limfoidalnych i komórek tkanki łącznej; ale stosunek ilościowy tych elementów komórkowych jest t a k m a ł y, że je tylko gdzie niegdzie i to przy bardzo uważnym przegłądzie całej ilości płynu pod szkiełkiem zawartej zauważać można. W wypocinie zebranej do rurki szklanej i w kilka godzin histochemicznie badanej przez prof. B r o d o w s k i e g o, ten ostatni znalazł: oprócz wyżej wspomnianych pierwiastków komórkowych, obecność mucyny, brak gotowego włókniaka a nadto wykazał inne części właściwe surowicy krwi. Choć badanie wypociny zbieranej w różnych okresach choroby jednakowe dawało rezultaty, jednak mając na uwadze różne jej własności fizyczne, stosownie do czasu trwania choroby, trzeba przypuścić że części składowe płynu wypocinowego ulegają pewnym jakościowym zmianom.

W wypocinie zebranej z 5 dyfterycznych chorych w różnych okresach choroby i zachowanej w rurkach szklanych, tworzyły się na drugi dzień małe skrzepki jakby włóknikowe, które co do swjej wielkości i konsystencji przy powierzehowném badaniu przedstawiały pewną różnicę.

Mając na uwadze spólezesną teorię processów dyfterycznych na błonach śluzowych, spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem zapaleń dyfterycznych ocznych i wyniki badań samej wypociny z 5 chorych, w moim przypadku zbieranej w różnych okresach choroby, z wielkiem prawdopodobieństwem można przypuścić,

że cięższy lub lżejszy przebieg choroby zależy od ilości włóknikorodnej substancji, która, jak to widzieliśmy, znajduje się w płynie infiltrującym tkankę dotkniętą processem chorobnym.

Ten to wysięk z naczyń, zależny od czynnej działalności elementów tkanki zapalonej ciągle się tworzy, zawarta w nim substancja włóknikorodna zamienia się na włóknik, który jak wiadomo ulega przemianom tylko wstecznym, rozpadowi nekrobiotycznemu i niszczy tkankę chorobą dotkniętą. Że zaś nie możemy uprzeczyć rozpadowi nekrobiotycznego włóknika, przeto, za pomocą leczenia miejscowego, powinniśmy się starać przynajmniej o niedopuszczenie dalszej przemiany substancji włóknikorodnej na włóknik i tym sposobem kłaść tamę postępowi choroby.

Przypuszczam, że wcieranie maści szarłej rtęciowej aż do wywołania ostrego zatrucia może być korzystnym w ciężkich wypadkach, gdy nie tylko łącznica ale i tkanki pod nią leżące zajęte są processem dyfteryicznym na znacznej przestrzeni, gdy powierzchnia łącznicy przedstawia się żółtawą, błyszczącą a na rogówce już w samym początku choroby pokazują się jawne ogniska zgorzelinowe. Ale takie ciężkie formy chorobne, w naszym klimacie należą do rzadkich wyjątków i prawdopodobnie nie przedstawiają ani jednego wypadku pomyślnego zejścia. Ciekawym byłby wynik porównawczego leczenia form podobnych moim sposobem, a metodą zalecaną przez G r a e f e'go, lub połączeniem obu.

Przebieg chorób zaraźliwych oczu w ogóle, jak to zauważyliśmy, nie jest stały: typowa forma jednej choroby przechodzi w drugą. Często najwyraźniejsze formy śluzotoku w przeciągu 24 godzin przechodzą w proces dyfteryczny, przyjmując postać *diphtheritidis confluentis*. Przy takiej przemianie choroby, środki doskonale działające w śluzotoku, nie tylko okazują się bezskutecznymi, ale przynoszą rzeczywistą szkodę, chory utracą wzrok nie w skutek pierwotnego śluzotoku, ale raczej w skutek używania przez lekarza środków nieodpowiednich przy następczym zapaleniu dyfterycznym, jak np. kamienia piekielnego osłabionego, albo rozczynu azotanu srebra. Środki te powodują coraz większe wydzielanie się wypociny dyfterycznej w miąższ tkanek i przyspieszają fatalne zejście choroby. Nieszczęśliwe rezultaty takiego leczenia nieraz, niestety, spotykać się nam zdarza.

W pewnych porach roku w Warszawie, częściej spostrzegać się dają śluzotoki mające wielką skłonność do przejścia w proces dyfteryczny. Skłonność tę do fatalnych przemian widzimy także przy grasującym katarze zaraźliwym, który równie łatwo przechodzi w śluzotok jak i w *diphtheritis*. Chociaż źródło choroby jest jedno i toż samo, jednak każda forma chorobna oprócz ogólnych warunków higienicznych wymaga osobnego sposobu leczenia, w przeciwnym zaś razie, mogą nastąpić znane już Warszawie z podań, smutne zejścia choroby epidemicznie grasującej. Gdybyśmy chcieli następcze po śluzotokach processa dyfteryczne leczyć za pomocą ogólnych wcierań rtęciowych, to liczba chorych w ten sposób leczonych nie mniejszą by była w przybliżeniu od liczby syfilityków, dla których ogólne frykcyjne są niezbędne: a tymczasem miejscowym zastosowaniem

daleko pewniej osiągamy cel pożądanym nie narażając chorych na nieprzyjemne następstwa ostrego zatrucia rtęciowego.

Dla oznaczenia zaraźliwości płynnej wypociny, jaka się zbiera w skutek wcierania maści rtęciowej żółtej w powierzchnię łącznicy wywróconej powicki, starałem się zebrać takową (wypocinę) o ile możności czystą, bez obcych przymieszek, szczególnie wolną od łez. W tym celu przykładałem do kropeł okazujących się na łącznicy po wcieraniu maści *ex precipitato flavo*, nim takowe z sobą się połączyły, otwory rurek włoskowatych nieco rozszerzonych w części środkowej; na mocy włoskowatości wypocina w ilości kilku kropeł wchodziła do rurek. Tym sposobem płyn zebrany u kilku chorych w pierwszych okresach cięższych form chorobnych i to z miejsc na łącznicy, w których nie otwierają się żadne przewody gruczołowe, dawał nam zupełną pewność swój czystości. Z taką tylko wypociną robione były doświadczenia dotyczące jej zaraźliwości. W tym celu wpuszczałem kilka kropeł płynnej wypociny do worka łącznicy obu oczu królika. Nie zauważywszy w pierwszym doświadczeniu, po upływie trzech dni żadnego odczynu, zwątpiłem o bezwzględnie zaraźliwych własnościach wydzieliny błony łącznej oka, zajętej procesem dyfteryicznym; dla większej jednak pewności doświadczenie powtórzyłem na 18 oczach królików i 2 oczach morskiej świnki. Wypocinę zbierałem z najeńszczych form i to *in acne* choroby i tym razem zaszczerpiłem ją także królikom, których oczy przy pierwszym doświadczeniu nie okazały żadnej reakcyi. Ku wielkiemu memu zadziwieniu ani w jednym wypadku nie zauważałem nietylko choroby zbliżonej do *diphtheritis* w stosunku genetycznym, ale nawet nie następował zwyczajny nieżyt łącznicy. Otrzymawszy tylko rezultaty ujemne z moich doświadczeń, sądziłem że ta trudna zaszczerpialność procesu dyfterycznego zależy od szczególnej własności łącznicy tych zwierząt, tymbardziej, że jak wiadomo, wydzielina błony łącznej dotkniętej *diphtheritide*, jest niewątpliwie zaraźliwą nietylko bezpośrednio, ale nawet, wedle klinicznych spostrzeżeń nieodżałowanego G r a e f e'go, pośrednio przez powietrze. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia tej kwestyi, dotyczącej szczególnej właściwości łącznicy zwierząt ze względu na zdolność zarażenia się wydzieliną dyfteryczną, należało zaszczerpić chorobę na zdrową łącznicę człowieka. To doświadczenie wykonałem na zdrowej łącznicy amaurotyka, a ze względu na anatomo-fizyologiczne stosunki łącznicy królików i człowieka. wcale nie zdziwił mnie ujemny wynik, jaki w tym razie otrzymałem. Chory nie czuł nawet najmniejszego podrażnienia w skutek wpuszczenia do worka jego łącznicy wydzieliny dyfterycznej i sądził że mu wkraplają roczyn atropiny, z którą dawniej był obeznany.

Pomijając własności wydzieliny łącznicy oka dotkniętej innemi cierpieniami, doświadczenia powyższe przekonywają nas, że ś w i e ż a wypocina, jaka występuje na powierzchni łącznicy przy zapaleniu dyfterycznym nie jest zaraźliwą. Ze zaś trudno z drugiej strony zaprzeczyć własności zaraźliwych wydzielin łącznicy, będącej siedliskiem processu dyfterycznego, trzeba więc odnaleźć okoliczności sprowadzające zaraźliwość danej wydzieliny. Według teraźniejszego stanu nauki i moich własnych badań wiadomo stanowczo, że w skład wydzieliny worka łącznicowego oprócz wydzieliny błony śluzowej i łez, żadne inne płyny

nie wchodzą; należy więc własności zaraźliwe przypisać łzom. Jeżeli łez dostarczają nie tylko gruczoły łzowe, ale nadto i gruczołki K r a u s e'go, to processu chorobnego, mającego swe siedlisko przy zapaleniach zaraźliwych w fałdzie łącznicy, w której są głównie umieszczone gruczołki K r a u s e'go, nie należy uważać za objaw przypadkowy. Gruczołki owe odgrywają tu wielką rolę, tak z powodu anatomicznego położenia, jak i zmian we własnościach swęj wydzieliny.

Zmiany funkcyjne gruczołków K r a u s e'go są bardzo zależne od nateżenia processu chorobnego, odbywającego się na części przechodniej łącznicy; dowodzą tego nie tylko zmiany obiektywne, ale i stopień zaraźliwości wydzieliny. I tak w zapaleniu rzerzączkowém łącznicy (*ophth. gonorrhoeica*), powstałem w skutek niewątpliwego zarażenia, często spostrzegamy w początkach choroby, oprócz właściwego obrzmienia powiek, wystających ponad oczodół, proces dyfteryczny wyłącznie w fałdzie przechodniej, połączony z nadmierną wydzieliną łez, gdy tymczasem na części powiekowej łącznicy, daje się widzieć tylko pewna turgescencya naczyń krwionośnych, a na łącznicy gałkowej obrzęk więcej lub mniej wyraźny. W dalszym przebiegu choroby, występuje okres śluzotokowy z następczą t. z. wegetacją brodawkową błony łącznej. Taką formę typową *ophthalmiae gonorrhoeicae* w pierwszym okresie, niedawno miałem sposobność przedstawić kolegom, uszczęszczającym do mego oddziału szpitalnego. Siedliskiem choroby była tak samo jak w katarze zaraźliwym, fałda przechodnia łącznicy, z tą różnicą że w niej miał miejsce nie zwykły proces zapalny, a dyfteryczny; ztąd też objawy choroby przedmiotowe i podmiotowe dosięgały znacznego nateżenia. Sądząc z analogii można przypuścić, że w takich razach stopień zaraźliwości wydzieliny musi być daleko większy jak w zwykłym zaraźliwym katarze.

Przez wykazanie niewątpliwych własności zaraźliwych łez, nasze doświadczenia potwierdzają jak wspominaliśmy, kliniczne spostrzeżenia nieodżałowanego prof. G r a e f e'go, który twierdził, że powietrze wydychane, unosi z przewodu noso-łzowego chorobnie zmienione cząstki wydzieliny i tem samem staje się przewodnikiem zarazy.

Ponieważ powietrze przepelnione wyziewami zwierzęcemi, ma wpływ genetyczny na rozwój zapaleń błony łącznej, przeto nagromadzenie chorych, dotkniętych zapaleniami oczu ze zmienioną wydzieliną łącznicy, daje nam źródło zarazy i rozszerzenia się choroby nie tylko bezpośrednio, przez proste przeniesienie zarazku, ale i drogą pośrednią, przez powietrze.

Jakkolwiek badania chemiczne nie wykryły dotąd żadnej zmiany w powietrzu zarażonem miazmatami, musimy jednak przypuścić jakościową zmianę w powietrzu wszędzie, gdzie jest wielu chorych z chorobliwą zmianą wydzieliny łącznicy, a szczególnie dotkniętych zaraźliwemi zapaleniami oczu.

Na błonie łącznej, więcej jak na jakiegokolwiek innej powierzchni ciała ma miejsce ciągła przemiana gazów, jak tego dowodzi ta okoliczność, że nie możemy z samej barwy odróżnić na łącznicy żył od tętnic: tak jedne jak i drugie są jednakowo czerwone. Jakość powietrza na błonę łączną oka ma taki sam wpływ jak na błony śluzowe dróg oddechowych, a ponieważ łącznica z powodu swego powierzchniowego położenia jest dostępna dla badań bezpośrednich, przeto nieraz

służyć nam może jako czuły odczynnik do wykrycia zmian zachodzących w otaczającej atmosferze i wywołujących zaburzenia w czynnościach odżywienia wzmiankowej błony.

(Dokończenie nastąpi).

Badania nad błoną dziewiczą (*hymen*).

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

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

(Dokończenie).

Spoidło tylne warg większych najstaranniej zbadaném być winno szczególnie u dzieci (od 5—10 roku), gdyż ono wyłącznie ulega uszkodzeniu przy usiłowaniach zgwałcenia. U nich to wąskość łuku łonowego i niepodatność części płciowych utrudniając dostęp prąciu do błony dziewiczej i pochwy, jest powodem że całe parcie skoncentrowawszy się na spoidle tylnem, może go uszkodzić lub zniszczyć, nienaruszając zupełnie błony. (Na tę ostatnią okoliczność zwracamy uwagę lekarzy, aby nie była pominięta, jak to w niejednym podręczniku medycyny sądowej uczyniono, nie zważając na ważność przedmiotu).

Obejrzenie błony dziewiczej u bardzo młodych dziewczynek jest łatwem, gdyż u nich wargi mniejsze w trzeciej swej części tylnej, jak również i spoidło tylne nie są jeszcze zupełnie rozwinięte.

Jakkolwiek więc zbadanie błony dziewiczej u dzieci w rzadkich tylko wypadkach dokonywać należy przy pomocy chloroformu, w większej jednak połowie a nawet prawie zawsze da się dokonać bez użycia wszelkich narzędzi, pomoćników i dotykania palcami nie tylko do błony dziewiczej (co jest zawsze bolesne), ale i do błony śluzowej sromu, a to za pomocą następującej metody. Lekarz umieściwszy się przed badaną, kładzie dłoń swą lewą ręką na pagórku wenery, a palec na powierzchniach przednich i wewnętrznych obu warg większych (na lewej—wskaziciel, na prawej—palec wielki), następnie z lekka naciskając spycha je tém samém ku tyłowi (stolecowi). Przy tej manipulacji wargi większe, a za niemi małe, rozkwierają się szeroko, spoidło tylne opuszcza się ku tyłowi, a dołek łódkowaty wypełnia się (znika), błona zaś dziewicza naprężywszy się sprawia że otwór jej zarysowuje się wyraźnie, a szczególnie gdy równocześnie wygładzą się fałdy na niej zwykle będące, mianowicie u dzieci. Jeżeli zaś ten otworek nie uwydatnia się, z przyczyny sklejenia śluzem brzegów jego, to zrobiwszy kilka poruszeń w strony, należy jeszcze silniej nacisnąć wargi sromne ku tyłowi. Jeżeli zaś i to nie pomoże, wówczas na to miejsce puszczaemy słaby strumień wody, za pomocą gąbki trzymanej w prawem ręku.

Obejrzenie błony dziewiczej u dziewię dojrzałych jest trudniejsze i potrzebuje pewnej wprawy z powodu sformowania się tylnego spoidła jak również i zupełnego wykształcenia się trzeciej części dolnej warg mniejszych, które nieraz wystają po za sromem, w postaci klap pomar-

szczonych. Błona dziewicza w tym wieku, jak to już we właściwem miejscu wspomnieliśmy, leży głębiej niż u dzieci, a to w skutek nagromadzenia się tłuszczu w częściach płciowych ją otaczających. U nich już nie wystarcza rozwarcie warg większych lecz i mniejsze uleż temu winny, a to przez umieszczenie palców ręki lewej na ich powierzchni wewnętrznej (w miejscu połączenia się ich z większemi), któremi należy rozsunąć w strony i zepchnąć ku tyłowi. Najlepiej zaś po rozwarciu warg mniejszych, dać je do potrzymania akuszerce, stojącej z boku podsądnej, i przesuwać swą rękę po brzuchu i przez pachwinę badanej. Celem lepszego uwydatnienia błony dziewiczej, pokrytej nieraz spoidłem tylnem i dla wyprostowania fałdów na niej będących, użytecznem jest odciąganie międzykrocza w tył (ku stolcowi), co najlepiej wykona sam badający. Tu dodać należy, że w większej liczbie wypadków powyższe manipulacje nie wystarczają do zbadania tak brzegu wolnego, jakoteż i znajdujących się na niem szczegółów, uciec się więc należy do pomocy narzędzi. W tym celu najużyteczniejszem będzie następujące: Jest to rurka z kauczuku wulkanizowanego, grubości pióra gęsiego, długa od 15 do 20 cent., zgięta w środku pod kątem rozwartym (fig. 37 i 38) i połączona obiema końcami z balonikami. Jeden z nich (fig. 37*b*) wielkości jaja gołębiego, zrobiony jest z cienkiej warstwy podatnego kauczuku, tak że ścianki jego są wciąż zapadłe, nazywa się *p o c h w o w y m*. Drugi balonik, większy od pierwszego (jak kurze jaje) ma ściany grube, sprężyste (fig. 37*a*) nazywa się *r ę c z n y m*. Scisnąwszy balonik ostatni (fig. 38), to zawarte w nim powietrze, przechodzi przez rurkę i wypełnia *b a l o n i k p o c h w o w y* do wielkości żądanej, którą to wielkość i na czas dłuższy zatrzyma, skoro zakręcimy kranik (fig. 37*d*).

Przy pomocy więc opisanego instrumentu dokonywa się obejrzenie błony dziewiczej w ten sposób: Przez otwór (*nb.* jeżeli on dozwala przynajmniej na przejście ołówka) przesuwa się balonik pochwowy zwinięty w trąbkę i powleczony oliwą (fig. 39). Skoro przejdzie po za błoną dziewiczą, należy go tak daleko w pochwę wprowadzić, aby między błoną a balonikiem była przestrzeń wynosząca około 4 cent., czyli do znaku na rurce będącego (fig. 37*e*). Następnie lekarz naciska ręczny balonik, a powietrze przechodząc rozszerza pochwową do objętości żądanej, poczem zakręca się kranik. Wówczas pamiętać należy aby balonik nadęty powietrzem przez cały czas badania utrzymać w jednakowem położeniu, a to trzymając uważnie za wystającą część rurki. Niezachowanie tej ostrożności, a mianowicie gdy chora kaszlnie, lub napręży tłoć brzusznią, spowoduje niezawodnie wypełnienie balonika pochwowego, a nawet spowodować może sztuczne obrażenie brzegu w błonie dziewiczej.

Przy pomocy opisanego narzędzia które rozciągając pochwę napręża tém samem i błonę dziewiczą a więc pozwala wykryć na jej brzegu choćby najmniejsze wyłobienia, blizny, naderwania i t. p. zarysowujące się jak najwyraźniej na ciemnym tle pochwy. Nadto uwydatnia się cała powierzchnia samej błony dziewiczej, jej kolor, jakoteż i plamy wpływami mechanicznemi spowodowane. Jeżeli zaś przy tém śledzeniu brzeg, lub będące na niem nierówności zagna się

do wewnątrz, to za pomocą wroniego pióra, ołówka, cienkiego zgłębnika, można go wyprostować. Po skończonem badaniu, odkręca się kranik, a jak doświadczenie pokazało, balonik pochwoy opróżnia się łatwo z zawartego w nim powietrza i przy ostrożnem pociąganiu z łatwością wydobyty zostaje.

Oprócz opisanego sposobu, w niektórych razach dla obejrzenia brzegu wolnego błony dziewiczej, zalecamy użycie cienkiego zgłębnika fiszbinowego zakończonego na obu końcach galeczkami. Rozwarłszy więc dostatecznie wargi sromne, wprowadza się ten zgłębnik w otwór błony i obwodząc nim w okół całego brzegu, zwraca się uwagę na spotykane tam wykrojenia, nierówności i t. p. Sposób ten użytecznym będzie w razach, gdy błona dziewicza przedstawi się w postaci przegrody naprężonej, a nie da się zastosować jeżeli błona jest wiotka, pomarszczoną albo też nieregularnego kształtu, gdyż podnosząc brzeg wolny w jednem miejscu, część pozostała zwieszając się lub zawracając utrudnia tak dalece obejrzenie, iż niepodobna nabrać dostatecznego wyobrażenia o formie będącego w niej otworu, a tém więcej o szczegółach miejsce tam mieć mogących.

Zbadawszy błonę dziewiczą, na ostatku zwracamy uwagę na pochwę, t. j. jak dalece jest rozszerzoną, i czy w niej nie da się spostrzedz owrzodzeń, obrażeń i t. p. procesów patologicznych.

Badanie ukończy się po zbadaniu śluzu pochwowego za pomocą drobnowidza (mikroskop). Wydostajemy go łyżeczką lub innym jakim narzędziem, a ponieważ to może nie sięgnąć we wszystkie miejsca pochwy aby zewsząd śluz zebrać, a z niem i mogące tam być żyjątka nasienne, należy zawsze pochwę przestrzyknąć letnią wodą, i takową przejrzeć także pod drobnowidzem.

OBJASNIENIA RYSUNKÓW.

Tablica I.

N i e n a r u s z o n a b ł o n a d z i e w i c z a (*Hymen intactus*).

- Fig. 1. Błona dziewicza w postaci przegrody, której otwór zaledwie widzieć się daje (wielkość naturalna).
- „ 2. „ „ „ „ półksiężycowatej.
- „ 3. „ „ „ „ mającej kształt podkowy (wielk. nat.).
- „ 4. „ „ „ „ półksiężycowatej, której końce okalając otwór cewki moczowej, łączą się po nad nim i nieznacznie gubią się w błonie śluzowej *vestibuli* (wielk. nat.).
- „ 5. Bł. dziew. w postaci przegrody półksiężyc., której otwór ma kształt sierpu.
- „ 6. Bł. dziew. (półksiężycowata) zamaskowana przednią ścianą pochwy, wysuniętą przez jej otwór.
- „ 7. Bł. dziew. półks. w której otworze widzimy fałd utworzony przez zagięcie się na dół, górnej części wejścia do pochwy, razem z końcami błony (wielkość naturalna).
- „ 8. Bł. dziew. w postaci przegrody, której brzeg wolny jest frędzelkowaty.
a) Szpara (rysa) pod otworem cewki mocz.
- „ 9. Bł. dziew. kolista, w postaci wąskiej obwódki.
- „ 10. „ „ „ „ „ „ której szerokość nie jest równą na całej przestrzeni.
- „ 11. Bł. dziew. kol. mająca otwór w postaci podłużnego owalu o kątach ostrych (wielk. nat.).

- Fig. 12. Bł. dziew. kol. pocięta w górnej swej części, w skutek sfaldowania się górnego odcinka wejścia do pochwy (wielk. nat.).
- " 13. Bł. dz. kol. której otwór podobny jest do ziarnka bobu turec. (wiel. nat.).
- " 14. Bł. dz. kol. otwór której przypomina ósemkę ∞ (wielk. nat.).
- " 15. Bł. dz. w postaci przegrody o dwóch otworach.
- " 16. Bł. dz. w postaci przegr. o dwóch otworach (rysunek z prepar. zasuszonego).
- " 17. Bł. dz. w postaci przegr. z dwoma otworami a po za nią znajduje się gruba i niepodatna grobla (spoidło). Rysunek wielk. nat. z 23-letniej dziew.
a) Otwór zewnętrzny cewki moczowej.
- " 18. Bł. dziew. o licznych fałdach; w grubości jej miąższu widzimy dwa małe zagłębienia, umiejscowione z obu stron otworu. Lechtaczka równa się wielkością dużemu ziarnku konopi (wielk. natur.).
- " 19. Bł. dziew. w postaci lejka, który jak szlak pomarszczony otacza w okół wejście do pochwy (wielk. natur.).

Tablica. II.

- Fig. 20. Bł. dziew. w postaci szlaku frędzelkowego okalającego wejście do pochwy (podobna do mankietu), mniejsza od naturalnej o $\frac{1}{7}$ część.
- " 21. Bł. dziew. w postaci szlaku płatkowego rozciągającego się w okół wejścia do pochwy (wielk. natur.).
- " 22. Taż sama błona dziewicza (fig. 21), lecz widziana z boku (rysunek większy niż w stanie naturalnym o jedną ósmą część).
- " 23. Jeszcze jedna błona dziewicza podobna do opisanej pod Nr 21 (rysunek większy o jedną dziewiątą część od błony naturalnej).
a) Otwór zewnętrzny cewki moczowej.
b) Zagłębienie w grubości lewego jej brzegu.
c) Otwór w błonie dziewiczej.
- " 24. Bł. dz. w postaci wałeczka wąskiego, zgiętego wężownicowato.
- " 25. Bł. dz. kształtem swym zbliżona do poprzedniej.
- " 26. Nienaruszona błona dziewicza kolistego kształtu z wydłużającym się odrostkiem. Na jej brzegu wolnym widzimy faliste wyźłobienia.
- " 27. Nienaruszona bł. dziew. w której widzimy że brzeg wolny jest wykrojony w kształcie trójkątów.
- " 28. Nienar. bł. dz. w której są trzy różne zaokrąglone wykrojenia (wiel. nat.).
- " 29. Nienar. bł. dz. w której po obu stronach brzeg wolny ma dwa jednakowe nakrojenia (rysunek mniejszy o jedną ósmą część od błony naturalnej).
- " 30. Bł. dz. pomarszczona w skutek skureczenia się mięśnia zwężającego wejście do pochwy.
- " 31. Pod taką postacią przedstawia się każda błona dziewicza u dorosłych, jeżeli wargi sromne nie będą dostatecznie rozwarte.
- " 32. Bł. dz. z odrostkiem przedłużającym się od dolnej części jej brzegu wolnego.
- " 33. Bł. dz. kolistą z odrostkiem powstającym z jej części górnej (rysunek większy od wielk. natur. o jedną dziewiątą część).
- " 34. Bł. dz. której część dolna wystaje ku przodowi, widziana z boku.
- " 35. Część nienaruszonej błony dziewiczej (lewa połowa).
a) Przecięcie przez całą szerokość błony, t. j. od jej brzegu wolnego, aż do obwodu (peryferji).
b) Jej brzeg wolny, frędzelkowaty (coraz cieńszy).
c) Jej brzeg obwodowy (peryferyczny, najgrubszy).
- " 36. Część uszkodzonej bł. dziew. (lewy odcinek).
a) Przecięcie przez całą szerokość uszkodzonej bł. dz. t. j. od zbliznionego i zgrubiałego brzegu wolnego, aż do obwodu.
b) Brzeg wolny zgrubiały w skutek blizny po rozdarciu utworzonej.
c) Brzeg obwodowy błony (grubszy).
d) Pozostała część nienuszkodzonego jeszcze brzegu wolnego.
- " 37. Narzędzie dopomagające do zbadania bł. dziew. i jej brzegu wolnego (o pół mniejsze od wielkości naturalnej).
a) Balonik z gutaperki, wielkości jaja kurzego; ściany jego są sprężyste. Połączony on jest z drugim balonikiem *b* o cienutkich ścianach za pośrednictwem twardej rurczki z tegoż materiału.

- b) Zzety gutapereczany balonik, wielkości jaja gołębiego.
- c) Kreska wskazująca jak głęboko w pochwę winien być wprowadzonym balonik *b* przez otwór w błonie.
- d) Kranik.

Fig. 38. Toż samo narzędzie jak fig. 37. Nacisnąwszy palcami balonik *b*, powietrze w nim zawarte przechodzi przez rurkę do balonika *a*, rozdyma ściany jego, które w tym stanie i nadal pozostać mogą, jeżeli tylko przeszkodzimy ujściu powietrza, zamykając kranik *d*.

„ 39. Bł. dz. naprężona za pomocą balonika nadętego powietrzem, już po wprowadzeniu w pochwę.

a) Podbiegnięcia w skutku obrażeń.

b) Naturalne zabarwienie przy obwodzie błony.

„ 40. Zgłębnik fiszbinowy z galeczkami na końcach, dopomagający do zbadania bł. dz. i jej brzegu wolnego (mniejszy o połowę od wielkości naturalnej).

Uwaga. Rysunki opatrzone następującymi cyframi: 1, 3, 4, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 28, 29, 33, 34 zdejmowane były z preparatów.

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

Zgorzel płuc (*Gangraena pulmonum*).

Przez prof. Dr Leydena.

Spolszczył Dr A. Fabian.

(Ciąg dalszy *).

Przy wyższych stopniach zgorzeli zjawiają się dłuższe nitki, które albo są gładkie, albo poczłonkowane wyraźnie na 6 do 8—10 członków. Wtedy okazują wielkie podobieństwo do nitki *Leptothrix buccalis*, do których zresztą i drobne drgające pręciki wielce są podobne. Dlatego to tę odmienną postać w owych płatkach i czopkach oznaczyłem nazwą *Leptothrix pulmonalis*. Mają one z *Leptothrix buccalis* jeszcze jedną właściwość wspólną, to jest wybitny odczyn względem jodu. Roztwór jego tak tu, jak tam, wywołuje piękne purpurowo-czerwone lub purpurowo-fioletowe a nawet niebieskie zabarwienie, które częścią należy się samym nitkom, mianowicie ich zawartości, gdyż ściany rozdzielające nie barwią się, częścią zaś substancji pośredniczącej, która nitki te złącza i zlepia. Substancja dająca ten odczyn, jak to *J a f f e* okazał, nie jest ani błonikiem, ani krochmalem, przynajmniej przez żaden ze znanych środków w eukier przeprowadzić się nie daje, ani też nie jest ciałem proteinowem. Zdaje się wszakże zależeć od miejsca; bo tylko *Leptothrix* ust, płuc i ucha okazuje ten odczyn, a po dłuższem staniu i w nim także niknie. Otóż sprawa rozkładowa wywołana ich obecnością w płucach, albo rozwijająca się z nimi współcześnie została przez *J a f f e*'go w naszej pracy dokładnie zbadana. *J a f f e* znalazł kwasy tłuszczowe lotne, szczególnież też kwas masłowy i kozłkowy, nie zawsze ammoniak, niekiedy siarkowódór, leucynę, tyrozynę i ślady gliceryny. Sprawa jest w istocie analogiczna ze zwyczajnem gniciem. Gdy inne świeże płwociny lub ropę zostawialiśmy do gnicia, to wywiązywały się też same ciała chemiczne i również analogiczne twory grzybkowate i igły kwasów tłuszczowych, zlepiające się w małe czopki.

To mniej więcej stanowi wszystko, co o płwocinie przy zgorzeli płucnej powiedzić mieliśmy, a co stanowi ważną część rozpoznania choroby. Przyjrzyjmy się teraz innemu ogólnym zjawiskom, które choroby płuc towarzyszą.

1) *G o r ą c z k a*. Większej liczbie wypadków zgorzeli płuc towarzyszy gorączka, widzieliśmy wszakże wypadki przebiegające bez gorączki mimo kilkotygodniowego trwania i żywego wydalania płatków mięszu płucnego. Są to wszakże lekkie wypadki ograniczonej zgorzeli u młodych i zdrowych indywidualów. Ale nigdy nie można być pewnym, że

*) Patrz Nr. 2 Gaz. Lek.

i tu gorączka się nie rozwinię i nie przyjdzie do zgubnego przebiegu. W ogólności więc zgorzeli płucnej towarzyszy gorączka i mianowicie niekiedy silna gorączka zapalna, która wszakże rzadko tylko trwa długo. Po większej części powstaje nieregularnie zwalniający typ, ze zmiennymi nasileniami i zwolnieniami z charakterem tak zwanym astenicznym to jest z drobnym częstym tętnem i wyraźnym upadkiem sił. Często gorączce tej w czasie zwolnienia towarzyszy skłomność do potów, w ciężkich wypadkach obfite poty gorączka trwająca i znaczny sił upadek.

2) **Tętno.** W początku i póki chory ma dostateczny zasób sił i dobrą ilość krwi ma własności gorączkowego; jest ono pełne, zwykle miękkie i dwubitne. Z rozpoczęciem upadku (*collapsus*) i przy dłuższym trwaniu choroby, tętno się węższe, tętno częstsze, słabsze, ale zostaje prędkim. Tętno serca, szczególnież też rozkurczowy aorty, słabną.

3) **Stan ogólny** zmienia się stosownie do okresu choroby i do jej stopnia. Często w ciągu całej choroby jest znośny; tylko silny kaszel trapi pacjenta. Przy cięższych stopniach i dłuższym trwaniu, cierpi odżywianie i stan sił znacznie bardzo, twarz staje się bladą i zapadłą, schudnienie staje się nader wyraźnym. W najcięższych, szybko przebiegających wypadkach, w skutek szybkiego chłonięcia posoki występuje stan tyfoidalny i szybki gorączkowy kolaps, zwykle z prędkim zejściem śmiertelnym.

4) **Ważnym jest położenie chorego.** Prawie zawsze nie opuszcza łóżka i powinien też w nim pozostawać. Leżąc przybierają chorzy często jedno położenie. Pomijam już skulone położenie na grzbiecie, będące prostym wynikiem sił upadku. Zwykle położenie jest wymuszane i to na stronie chorej lub przynajmniej ku niej pochylone. Przyczyna leży w tem, że obfita wydzielina, spływając do oskrzeli wywołuje żywy kaszel. Chory instynktowo szuka położenia, przy którym wydzielina nie ciągle ścieka, lecz stopniowo się nagromadza i od czasu do czasu, przy napadach kaszlu wyrzucaną zostaje. Jest to zwykle położenie na stronie chorej. Gdy ognisko zgorzelowe leży w dolnym zrazie, to prawie zawsze chory wybiera równocześnie położenie nieco wzniesione (przy obustronnym zajęciu płuc zupełna *ortopnoe*, nawet bez duszności). Gdy przeciwnie ognisko znajduje się w górnym płacie, to często chory leży skulony w położeniu pionowym z nisko opuszczonymi barkami.

5) **Objawem godnym uwagi, bo nader męczącym jest kaszel.** Daleko rzadziej zjawiają się klucie lub duszność. Obfita, ostra, gryząca wydzielina prawie ciągle spływa do sąsiednich oskrzeli i w skutek zadrażnienia błony śluzowej wywołuje silne i częste napady kaszlu. Jest to zwykle objaw bardzo dokuczliwy, gdyż w końcu przez silną czynność mięśniową i wstrząśnienie piersi powiększa uczucie zmęczenia i wyczerpania i staje się nader bolesnym. Nado napady kaszlu powtarzając się często nie dają choremu spoczynku, szczególnież też przerywają tak pożądaną sen nocny. Mają one wprawdzie zbawienny skutek, że posokowata ciecz, tak prędko i tak dokładnie jak można, zostaje z płuc wydalona. Ale oprócz wyczerpującego utrudzenia warunkuje jeszcze inne niebezpieczeństwo. Silne wstrząśnienie może wprost spowodować pęknięcie naczyń krwionośnych, albo rozpoczynający się krwotok zwiększyć w sposób niebezpieczny.

Między **powikłaniami** wspomniemy o tych, które tak często towarzyszą zgorzeli płuc, że w każdym wypadku obawiać się ich musimy. Przedewszystkiem wymienię **krwiopłucie**. Małe ilości krwi przez pewien czas prawie w każdym wypadku zgorzeli płucnej do płwociny są domieszane. Rzadziej wylewają się większe ilości brudno-czarno-czerwonej krwi; ale krwawienie może się stać nader obfitem i w skutek znacznej krwi utraty albo krwawego nacieczenia miąższu płucnego zagrażać życiu. Jakim sposobem w ogóle do tych krwotoków przychodzi, to pojąć łatwo. Podczas zgorzelowego zniszczenia miąższu naczynia ulegają zniszczeniu i wylewają swą zawartość do reszty wydzieliny. Większe naczynia krwionośne z silną sprężystą ścianą opierają się rozdarciu i powszechnie przychodzi wcześniej do zakrzepu i zatkania ich światła, zanim ulegną zniszczeniu przez sprawę zgorzelową. Przy szybkim rozszerzaniu się zgorzeli wszakże przychodzi łatwo do szybkiego obumierania i pęknięcia naczyń, co warunkuje obfite krwawienie. Taki wypadek nastąpić może w każdym wypadku zgorzeli płuc, nigdy przed nim zapewnieni nie jesteśmy. Mimo to doświadczenie uczy, że groźne, albo co więcej, śmiertelne krwotoki w przebiegu zgorzeli płuc zdarzają się dość rzadko.

Nie rzadkiem powikłaniem jest **zapalenie oplucnej** i to ropne, rzadko obustronne. Gdy ognisko zgorzelowe zbliża się do oplucnej, to substancje posokowate przez pochłanianie lub przesiąkanie przenikają aż do oplucnej i pobudzają ją do ropnego zapalenia. To się szczególnież łatwo zdarza przy zgorzeli z zatorów pochodzącej, umiej-

scowionej zwykle na obwodowych częściach płuca. To powikłanie zawsze jest arcy przykrem, często ciężkiem a niekiedy zgubnem.

Nakoniec, jeżeli ognisko zgorzelowe leży na obwodzie, może przyjść do zgorzeli części oplucnej nad nim leżącej a tym sposobem to powstanie *pneumothorax*, wypadku, o którym już *Laennec* wspomina. Następuje szybki rozwój *pyopneumothorax* z nagłym silnym upadkiem; wszakże i takie wypadki mogą się szczęśliwie zakończyć, jak to sami w zeszłym widzieliśmy roku.

Przechodzimy teraz do objaśnienia innego pytania: *Przyczyny zgorzeli płuc*. Jakkolwiek choroba należy do rzadszych cierpień płuc, etiologia jej wszakże jest bardzo różnorodna; rozwija się ona z wielkiego szeregu rozmaitych spraw patologicznych.

a) *Z zapalenia, szczególnie pneumonii*. Tę przyczynę uważano dawniej nie tylko za najważniejszą, ale za wyłączną. Zejście w zgorzel należy do prawidłowych zejść zapalenia w ogóle, a więc i zapalenia płuc. Ale spotkaliśmy się już z uwagą *Laenneca*, że ogniska zapalne, w środku których znajdujemy zgorzel, zupełnie nie zawsze za poprzedzającą przyczynę uważać należy, lecz jako częste następstwo zadrażnienia wywieranego przez posokowatą wydzieliną na otaczający miąższ płucny. Jakkolwiek ważnem jest to spostrzeżenie, to wszakże wątpić nie można, że zgorzel płuc jest jednym z możliwych zejść zapalenia. Szczególniej u osłabionych podupadłych osób, starców lub pijaków, jak również przy zaniedbaniu choroby w jej początkach przychodzi do zgorzeli i to zwykle zgubnej, rozlanej postaci.

b) Drugim sposobem powstawania zgorzeli jest *zatkanie naczyń przy sprawach zatorowych*, wtedy, gdy utkwione czopki już same przez się są roznośicielami gnilnej sprawy rozpadowej. Najczęściej się to zdarza przy pooperacyjnej lub pologowej ropnicy, gdy z chorých żył odrywają się zakrzepy i wtłaczają później w rozgałęzienia tętnic płucnych. Powstają wtedy zwykle drobne zatorowe ogniska, które przechodzą w ropnie albo zgorzel i współcześnie, ponieważ podstawą swoją są zwrócone do oplucnej dają powód do silnych ropnych wylewów w worek oplucnej. Rzadkiem natomiast jest zejście w zgorzel przy zatorach płucnych, towarzyszących chorobom serca, i które zwykle powstają z zakrzepów serca prawego. Względnie częstą przyczyną przerzutowej (zatorowej) zgorzeli są zakrzepy zatorowe (*thrombosis maritima*), powstające po ciężkich chorobach ostrych. Te zakrzepy z łec ulegają nie rzadko pod niekorzystnymi warunkami ropnemu rozpadowi, stają się powodem płucnych zatorów, z których zgorzel rozwijać się może. I takie wypadki widzieliśmy w naszej klinice: i tak ciężki wypadek tyfusu, zakończył się w kilka dni po przyjęciu chorego śmiertelnie. Drugi po *febris recurrens* ukończył się wyzdrowieniem; podobnież trzeci po tyfusie wysypkowym. Nakoniec zwracam uwagę jeszcze na jedną rzadszą postać zgorzeli przerzutowej przy próchnieniu kości ucha, a więc przypuszczalnie z małych zakrzepem zatkanych żyłek kości skalistej.

Ta postać przerzutowa zgorzeli należy do ograniczonych, tworzy klinowate ogniska, które swoją podstawą sięgają do oplucnej. Małe ogniska tego rodzaju przebiegają dość często lekko i po krótkim czasie kończą się wyzdrowieniem. Silne, rozległe wypadki prowadzą do zgorzeli rozlanej, wikłają się nierzadko z zapaleniem oplucnej, albo prowadzą do pęknięcia, do odmy piersiowej.

c) Trzecia postać zgorzeli płucnej pochodzi z *oskrzeli*; rozpada się ona na dwa podziały: *α)* W skutek wniknięcia ciał obcych i *β)* w rozszerzeniach oskrzeli (*Bronchiectasie*). Gdy obce ciała dostaną się do oskrzela, to naprzód wywołują silne pobudzenie do kaszlu, przez co mogą być wydalone, albo też zostają w oskrzeli wklinowują się silnie, zatykają oskrzele i wywołują w jego zakresie atelektazę, albo jeżeli się rozkładają, w skutek drażnienia produktami rozkładu wywołują zapalenie, takowe przechodzi albo w utworzenie ropnia, albo w zgorzel. W taki sposób u obłąkanych lub porażonych, którzy źle łykają i którym część pokarmu wnika do płuc, powstają *Bronchopneumonie*, które mogą przechodzić w ropnie lub zgorzel. Częściej zgorzel powstaje przez połknięcie większych ciał, które do dróg powietrznych wnikają. W jednym wypadku, który dawniej widzieć miałem sposobność, znalazł się przy oględzinach pośmiertnych wewnątrz jamy zgorzelowej kawał kości wielkości członka palcowego; w innym zaś wypadku, który na naszej widziałem klinice, znalazła się okryta naskorupieniami pestka wiśni, w oskrzela doprowadzające wtłoczona. Nakoniec jest analogicznym sposób powstania, gdy ognisko zgorzelowe do sąsiedniego otworzy się oskrzela. Mogą to być ropnie np. zagardzielowe, stosu kręgowego wątroby. Często jest powstanie zgorzeli płucnej przez otworzenie się raka przelyku do oskrzela, zwykle prawego. Przez przedziurawienie masy nad zwężeniem zebrane i roz-

kladające się przesiakają do płuc i wywołują powstanie ognisk zapalnych, które łatwo w zgorzel przechodzą.

Drugą klasą zgorzeli płucnej powstającej z oskrzeli jest postać opisana przez *D i t t r i e h'a*, wytwarzająca się z rozszerzeń oskrzeli. Rozkład gnilny powstaje w samych nagromadzonych wydzielinach oskrzeli, takowe gryzącemi własnościami swemi drażnią ścianę, wywołują zapalenie, wysięk i owrzodzenie, które pod wpływem już istniejącego gnilnego rozkładu (z rozwinięciem się grzybków) staje się charakteru zgorzelowego.

Ta sprawa odbywa się zarówno w rozszerzonych oskrzelach, jak i w innych niernormalnych jamach, powstałych z ropni płucnych lub zgorzeli, nader rzadko w jamach gruźliczych. Prowadzi ona do tej formy rozlanej, zwykle śmiercią się kończącej zgorzeli płuc, której opis zawdzięczamy szerególniej *D i t t r i e h'o w i*.

d) Czwartym dość ważnym sposobem powstawania zgorzeli płuc jest *t r a u m a t y c z n y*. Jest ona zupełnie analogiczną ze zgorzelą innych tkanek, szczególnież też skóry i powstaje, jak ta, w dwojaki sposób: α) Przez rozerwanie ciągłości części i β) przez zgniecenie. (Dokończenie nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Zamość, 25 lutego 1872 r.

Przyczynę do kazu i styki ciał obcych w odbytnicy. Artykuł *Dra Stanisława Michałowskiego*, zacnego naszego uniwersyteckiego kolegi, umieszczony w Nrze 25 Tomu XI *Gazety Lekarskiej*, w którym autor tegoż opisuje tak rzadko napotykaną w praktyce utkwienie polkniętej koci w odbytnicy, przypomniał mi jeden podobny wypadek przed kilkoma miesiącami obserwowany przezemnie, którym z czytającą naszą publicznością lekarską podzielić się zamierzyłem.

W miesiącu październiku roku zeszłego zawezwany zostałem wieczorem do muzykanta 30 piechotnego *Poltawskiego pułku*, stojącego obecnie w *Zamościu*. Pacjent około 40 lat wieku liczący, wzrostu dobrego, z układem mięsnym i kostnym średnio rozwiniętym, cierpienie swoje datuje od kilkunastu godzin. Objawia się ono ciągłą chęcią oddawania stolca. Kilka pierwszych stolców które oddał były rozwolnione i dość obfite, przy następnych zaś odchodziła tylko mała ilość śluzu różowo zabarwionego. Stolce są nader częste i połączone z okropnemi wydymaniem i pieczeniem w odbytnicy. Za przyczynę choroby podaje to, iż w dniu wczorajszym czy onegdajszym, jałł późno w nocy czego zwykle nie robił i że to mu zapewne zaszkodzić musiało, oraz że wracając do koszar nocą, w czasie silnego wiatru i deszczu musiał się zaziębić. Zapytany czy nie cierpiał kiedy przypadkiem na hemoroidy, odpowiedział przecząco.

Przy egzaminie oprócz cokolwiek przyspieszonego puls i silnej rozedmy płuc zwykłej prawie osobom grającym na dętych instrumentach, nic więcej nie znalazłem. Okolica żołądka i kiszki grubych za dotknięciem niebolesna, brzuch zapadły. Odbijania, nudności lub inne objawy gastryczne w wypadku owym nie miały miejsca. Przy obejrzeniu odbytu nie szczególnież zaobserwować nie mogłem, żadnego zacerwienia, obrzmienia, ani też za dotknięciem bólu.

Egzamin mój wypadł w czasie, kiedy w okolicy naszej panowała najprzód epidemia dyssenteryi, a następnie silne katarzyskie gruby, objawiające się rozwolnieniem z wydymaniem przy oddawaniu stolca i uczuciem silnego pieczenia w kiszce prostej. Widząc z anamnezy, iż przyczyną choroby był błąd w diecie, w wypadku danym cierpienie owe wzięłem za ostry katarzyski prostej i poleciłem choremu leżenie w łóżku, przykładanie ciepłego okładu na brzuch; do wewnątrz zaś celem oczyszczenia przewodu pokarmowego z substancji niestrawnych katarzyskich wywołujących, łyżkę oleju rycinowego; obiecując mu, iż nazajutrz go odwiedzę.

Nazajutrz rano widząc się z nim, znalazłem go daleko weselszym, a co większa uwolnionym zupełnie od wczorajszych przykrych objawów brzusznych. Opowiedział mi, iż po odejściu moim, przyjąwszy według otrzymanego polecenia łyżkę wyż wspomnianego oleju, miał kilka stolców. Przy ostatnim z nich uczul nader klujący ból w odbytnicy podobny, jak się wyrażał, do krajanania kiszki jakby jakimś ciałem ostrym. Stolec ten cokolwiek zabarwiony był krwią. Chory mój wiedziony niejako instynktem zachowawczym wprowadził palec do

kiszki i w odległości cała tamże od otworu zewnętrznego namacał jakby jakieś ciało twarde, tkwiące w ścianie кишки, które obszedłszy palcem haczykowato zsunął ku dołowi na zewnątrz. Ciało owe jak się okazało było również jak w wypadku kol. M i e l a l o w s k i e g o kostką, pochodzącą jak się zdaje z drobiu, długość cała mającą, cienką, ostrą z jednego końca, kalem i krwią zawałaną. Obawiając się podrażnienia кишки prostej, nie robiłem badania tejże. Na zewnątrz wyż wspomniana okolica okazała się nieco zaczerwienioną i bolesną. Zaleciwszy pacyentowi swojemu leżenie przez kilka dni w łóżku, zimne okłady na miejsce odbytu i przepisał w proszkach odpowiednią ilość opium, celem wstrzymania ruchu robaczkowego kiszki a tem samem i stołca, który przechodząc przez miejsce obrazone, drażniąc je, zapalenie кишки prostej mógłby wywołać, opuściłem chorego powiedziawszy mu, iżby w razie najmniejszego pogorszenia, zaraz mnie o tem zawiadomił. Chory jednak nie zgłosił się więcej, a w tydzień potem widziałem go w najlepsze wygrywającego na placu Zamajskim.

W wypadku naszym o ile się zdaje, kostka uwięzła zapewne gdzieś wyżej w kiszce prostej, gdyż ani zewnętrzne objawy, ani też uczucie klócia nie przemawiały za jej obecnością w bliskości odbytu, przy stołcach sprowadzonych załamaniem olejku rycinowego, kostka owa usunąć się musiała ku odbytowi.

Z owego okazuje się również, iż jedyną drogą którą dostała się do przewodu pokarmowego musiała być jama ustna; pacyent mój bowiem po odejściu koci przypomnił sobie dopiero, iż grając na owym balu, dano mu kawalek potrawy z kury, którą jadł skwapliwie, przez pośpiech tedy nie żując dobrze kęsów wziętych do ust, kostka owa do przewodu pokarmowego dostać się musiała.

Na pierwszy rzut oka nie jeden z czytelników posądził mnie może o złą diagnozę choroby, bliżej się jednak zastanowiwszy sądzę, iż nie rozpoznałem tylko przyczyny choroby, co zresztą było rzeczą niemożliwą ani z objawów, ani też z opowiadania rozpoznać, cierpienie zaś samo uważam za ostry katar кишки prostej, wywołany drażnieniem onej кишки ostrym kawałkiem koci.

Kurczewski Stefan.

Wiadomości bieżące.

— Kumys. W Nrze 559 *British medical Journal*, z dnia 16 września 1871 roku czytamy następujący list przysłany do redaktora tejże gazety. Panie! Za pańskim pozwoleniem ośmielam się nadesłać panu sprostowanie pomyłki, zaszczyt w jego artykule: „*The Geography of Phthisis* (Geografia suchot) w *British medical Journal*, w zeszytzie z d. 2 września 1871 r. pomieszczonej: Zakłady kumysowe nie są jeszcze w ogólnem użyciu w Europie, wszelako one mnożą się corocznie, a więcej jeszcze literatura o tym przedmiocie wzrasta szybko i staje się coraz bardziej interesującą; fakta te mogą być sprawdzone w katalogach księgarskich wychodzących w Lipsku i w Petersburgu. Ile mi wiadomo *Stralberg* obecnie kieruje wielkim zakładem kumysowym w Petersburgu, a drugi zakład również wielkim zaszczycony zaufaniem istnieje w Warszawie pod zarządem Drów *Przystalskiego* i *J. F. Nowakowskiego*; w Odessie Dr *Lewinsonsohn* stoi na czele podobnegoż zakładu; w Moskwie *Marecki*; w Ottenstein w Saksonii blisko Drezna Dr *Weith* (młodszy); w Samarze, Berlinie i różnych częściach Europy znajdują się obecnie jeszcze większe i mniejsze tego rodzaju zakłady, cieszące się wzrastającym ciągle powodzeniem. Nadto podobne zakłady wprowadzają się w życie teraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

W Anglii nie ma zakładu leczniczego kumysowego, ale tu w Londynie jest fabryka kumysu czynna od dwóch lat i z tej fabryki wielu lekarzy tutejszych przepisuje kumys dla swoich chorych. I nakoniec moje własne spostrzeżenia i doświadczenie upoważniają mnie do powiedzenia, że dobre skutki kumysu nie zależą od miejscowości, lecz że tutaj także dobrodziejstwa z kumysu dają się uzyskać jak i w Tartaryi.

8 Weymouth Street, September 7, 1871.

Victor Jugielski M. D.

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 Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.