

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitcie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak miemam zupełne prawo do konkurencji z podobnemi wyrobami zagranicznemi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

**M. Mutniański.**

# EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE

## (Wilhelmsquelle)

**E**wyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysłka odbywa się w butelkach szklanych  $\frac{3}{4}$  trowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen w Bad-Ems.

0—13

**D-r W. MAYZEL** wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne. analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

# FRANCISZKA JÓZEFA

## WODA GORZKA,

Najlepszy środek przeczyszczający—składy wszędzie.

Dyrekcya w Buda-Peszcie.

5—5

# „ZDROWIE”

0-2

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

z udziałem licznego szeregu uczonych w kraju i zagranicą.

Każdy numer zawiera około 30 stron druku (60 szpalt). W miarę potrzeby dołączają się drzeworyty i litografie.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50. Prospekt i numer okazowy na żądanie gratis franco.

Adres Redakcyi 25 Ś-to Krzyzka, w Warszawie.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. S. KRYSIŃSKI. Przyczynki do techniki histologicznej. — II. M. JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*) [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie*. 13. A. ZALESKI. Przypadek ciężca podbrzusznego. — List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej. — Dodatki. — Ogłoszenia.

## I. PRZYCZYNKI DO TECHNIKI HISTOLOGICZNEJ.

Podał

D-r med. S. Krysiński.

### 4. Nowy okular mikrometryczny i jego zastosowania.

W cenniku z r. 1882 podał D-r HARTNACK po raz pierwszy wiadomość o nowym przyrządzie zwanym: „*das neue bewegliche Ocularmikrometer*“, mającym dozwalać wymierzać wielkości drobnowidzowe aż do 0,0001 mm.

Czyniąc zadość mojej prośbie i według mojego projektu, zmienił w tymże samym roku D-r HARTNACK konstrukcję tego narzędzia tak, że ruch skali odbywać się mógł nie w jednym, lecz w dwóch do siebie prostopadłych kierunkach.

Tak zmienione narzędzie mam od lat pięciu w ciągłym użyciu i gdy przez ten czas wiele tysięcy pomiarów niem wykonałem i to pomiarów między innymi tak delikatnych jak wymierzanie grubości warstwy obłożonego na lasecznikach gruzliczych barwnika i gdy nadto prawie absolutna zgodność wyników tych pomiarów między sobą dostatecznie mnie przekonała o dokładności narzędzia i metody, gdy wreszcie przed niedawnym czasem udało mi się przez wprowadzenie nowej zmiany uczynić pomienione narzędzie zdolnem do wymierzania kątów dwuściennych, a temsamem do krystalograficznego oznaczania kryształów drobnowidzowych, sądzę, że narzędzie to uwadze czytelników GAZETY zalecić powinienem.

Szczegółowy opis tego ostatniego zastosowania wraz z rozwinięciem odpowiednich formuł matematycznych i przykładów liczebnych zamieściłem w czasopiśmie: *Zeitschrift für Krystallographie*, szczegóły konstrukcyjne opisał D-r HARTNACK w czasopiśmie *Zeitschrift für Instrumentenkunde*, teraz zaś przytaczam tylko ogólny opis narzędzia i jego zastosowań. Na zwykłym cylindrze metalowym okularu o średnicy około 22 mm, na wysokości około 12 mm. od podstawy [soczewki zbierającej] umocowany jest bęben metaliczny o średnicy 55 mm. i wysokości 12 mm.. W bębnie tym umieszczona jest skala fotografowana na szkle

utwierdzona w ramach metalowych. Ramki te wraz z skalą swobodnie przesuwają się dając za pomocą po za bęben wystającej szruby, pomiędzy parą z sobą stale połączonych szyn. Te zaś ostatnie wraz z całą ich zawartością dają się również za pomocą po za bęben wystającej szruby przesunąć tam i na powrót pomiędzy parą innych szyn, których kierunek jest do kierunku pierwszej pary szyn dokładnie prostopadły.

Urządzenie takie pozwala przesunąć skalę za pomocą szrub w dwóch dokładnie do siebie prostopadłych kierunkach, a skutkiem odpowiedniej długości szyn, skala może być przesunięta w każdym z tych kierunków przez całą rozległość pola widzenia.

Skala sama, zresztą podobna do zwykłych skal mierniczych, fotografowana jest na tafelce szklanej. Składa się ona z dwóch długich, przecinających się i nachylonych pod pewnym kątem linii prostych. Jedno z ramion przez te linie utworzonego kąta, które nadal ramieniem poziomym zwać będziemy, podzielone jest przez szereg stu prostopadle do niego pociągniętych linii na sto równych części. Drugie ramię kąta, które skośnym nazywać będziemy, tworzy wraz z ramieniem poziomym i setną [ostatnią] prostopadłą trójkąt prostokątny, w którym długość boku prostopadłego jest dokładnie dziesiątą częścią boku poziomego. Z konstrukcyi tej wynika, że długość odcinka wszelkiej prostopadłej, zwartego między ramionami kąta, jest dokładnie równą dziesiątej części długości odpowiedniego odcinka ramienia poziomego, zawartego między spodkiem tejże prostopadłej, a wierzchołkiem kąta, to jest np., że długość odcinka 48 prostopadłej równa się dokładnie 4,8 podziałkom.

Okoliczność, że skala w opisywanym przyrządzie, jest fotografowaną, sprawia, że wszystkie linie są nadzwyczaj cienkie, a pomimo to są czarne i również jak cyfry wartość ich oznaczające nadzwyczaj wyraźne.

Bezwzględna, zresztą zupełnie dowolna, długość jednej podziałki skali równa się 0,1 mm., pozorna zaś, to jest wielkość obrazu takiej podziałki, widzianego przez soczewkę oczną okularu, wynosi około jednego milimetra. Soczewka oczna tego okularu może być w dość szerokich granicach, za pomocą szruby, opuszczaną lub podnoszoną, a to w celu aby można było przesunąć obraz skali na odległość dokładnego widzenia oka obserwatora. Również jak przy każdym innym mikrometrze ocznym, należy i przy opisywanem narzędziu oznaczyć dla każdego systemu przedmiotowego soczewek wartość obrazu jednej podziałki skali, co, jak wiadomo, uskutecznia się w sposób następujący.

Na stoliku drobnowidzowym kładzie się mikrometr przedmiotowy (*Objectivmikrometer*), to jest tafelkę szklaną, na której długość jednego milimetra podzieloną jest np. na sto równych części i po właściwem ustawieniu, oznacza się przy zupełnie wysuniętym tubusie drobnowidza <sup>1)</sup> ile podziałek mikrometru ocznego

<sup>1)</sup> Systemy HARTNACK'a są korygowane i akomodowane przy zupełnie wysuniętym tubusie i tylko w tym razie dają *optimum* obrazu. Z podstawowych zasad optyki wynika, że drobnowidz tylko przy pewnej ściśle oznaczonej odległości między systemem przedmiotowym a okulem dać może zadawalający pod względem dokładności obraz i że *caeteris paribus* przy odmiennej długości tubusu obraz będzie tem gorszy im odległość ogniskowa systemu będzie krótszą — co by w zupełności wystarczyło powinno do używania drobnowidza tylko przy tej długości tubusu, dla której syste-

pokrywa dokładnie pewną liczbę podziałek mikrometru przedmiotowego. W razie absolutnej zgodności należy jeszcze przekonać się, czy taka zgodność panuje także i dla odpowiednich części i wielokrotności tych liczb. Gdyby np. 22 podziałek mikrometru ocznego pokrywało zupełnie obraz 14 podziałek mikrometru przedmiotowego, należało by się przekonać, czy także 11, 33, 44, 55 i t. d., podziałek mikrometru ocznego pokrywa dokładnie obraz 7, 21, 28, 35 i t. d., podziałek mikrometru przedmiotowego, a gdyby dla tych wszystkich liczb zgodność ta miała miejsce, moglibyśmy na pewno wnosić, że wartość jednej podziałki mikrometru ocznego równa się dla tego systemu dokładnie  $\frac{7}{11}$  jednej setnej, czyli  $\frac{7}{11} = 6,3636$  jednej tysięcznej milimetra. Gdyby absolutna zgodność pomiędzy żadnymi liczbami nie zachodziła, należałoby wziąć za podstawę rachunku te liczby, przy których zgodność jest największa, odnosząc się o ile można do liczb najwyższych. Gdyby np. 6 podziałek mikrometru ocznego pokrywało troszeczkę więcej niż  $5\frac{1}{3}$  podziałek mikrometru przedmiotowego, a zarazem 12 podziałek mikrometru ocznego = prawie  $10\frac{2}{3}$  miary mikrometru przedmiotowego, 24 podziałek mikrometru ocznego = prawie  $21\frac{1}{3}$  podziałek mikrometru przedmiotowego, 48 podziałek mikrometru ocznego =  $42\frac{3}{4}$  podziałek mikrometru przedmiotowego i w końcu 96 podziałek mikrometru ocznego =  $85\frac{1}{2}$  podziałek mikrometru przedmiotowego, należałoby tę ostatnią liczbę uważać za najlepszą, bo ewentualny błąd pomiaru przy 96 podziałkach mikrometru ocznego byłby w tym razie niewątpliwie mniejszy od połowy podziałki mikrometru przedmiotowego, kiedy przy liczbach mniejszych błąd możliwy mógłby być znacznie większym. I tak skoro 96 podziałek mikrometru ocznego są stanowczo większe od 85 podziałek mikrometru przedmiotowego, to 1 podziałka mikrometru ocznego stanowczo jest większa od  $0,8854 \mu$ , ponieważ zaś z równą pewnością 96 podziałek mikrometru ocznego są mniejsze od 86 podziałek mikrometru przedmiotowego, to 1 podziałka mikrometru ocznego jest stanowczo mniejsza od  $0,8906 \mu$ , tak, że błąd jaki by powstał z niezupełnie pewnego odczytania 96 podziałki mikrometru ocznego =  $85\frac{1}{2}$  podziałki mikrometru przedmiotowego, przyczem jedna podziałka mikrometru ocznego =  $0,8906 \mu$ , musiałby być w każdym razie mniejszym od całkowitej różnicy dwóch powyższych skrajnych wartości,  $0,0102 \mu$  wynoszącej. Wychodząc zaś z liczb 6 podziałki mikrometru ocznego = prawie  $5\frac{1}{3}$  podziałki mikrometru przedmiotowego, otrzymalibyśmy *resp.* 1 podziałkę mikrometru ocznego  $> 0,8333 \mu$ , 1 podziałkę mikrometru ocznego  $< 1 \mu$ , 1 podziałkę mikrometru ocznego =  $0,8833$ , przyczem wiedzielibyśmy tylko, że błąd wyznaczenia musi być mniejszy od  $0,1667 \mu$ , z czego wypada, że ewentualny błąd mógłby w tym razie być przeszło 16 razy większym niż w poprzednim.

my akomodowane i korygowane zostały, a więc dla systemów HARTNACK'a przy zupełnem wysunięciu. Co się tyczy wyznaczania wartości podziałki mikrometru, to zupełne wysunięcie tubusu drobnowidza jest już przy tej czynności z tego względu konieczne, że wartość ta jest wprost zależną od długości tubusu. Wysuwając przy tej czynności tubus nie całkowicie, „troszeczkę“ otrzymuje się liczby zupełnie bezwartościowe, bo stosują się tylko do tej dowolnej długości, której po raz drugi nikt chyba na pewno nie utrafi. Robienie zaś na tubusie znaków wskazujących owe pośrednie wyciągnięcia już dlatego nie ma racji bytu, że obraz przy takowem pośrednim wysunięciu nigdy nie może być tak dobrym jak przy zupełnem wysunięciu.

Przy opisanem wyznaczaniu wartości podziałki, należy zawsze jedną z kreszek podziałkowych mikrometru ocznego przyprowadzić do zupełnego zlania się z jedną z kreszek mikrometru przedmiotowego, a to w celu, aby ewentualna niepewność odczytania istnieć mogła tylko przy jednym końcu.

Kreski podziałkowe mikrometru przedmiotowego wydają się już przy średnich systemach, a tembardziej przy wyższych, nie jako cienkie, prawie matematyczne linije, lecz jako szerokie i nieregularne zagłębienia. Ponieważ zaś kreski mikrometru ocznego, jako zupełnie niezależne od systemu przedmiotowego soczewek, zawsze wydają się jako cieniutkie czarne linije, należy rozumieć przez zgodność kresek nie całkowite pokrycie się wzajemne ich obrazów, lecz tylko dokładną styczność kreski mikrometru ocznego z jednym brzegiem, naprzykład lewym, kreski mikrometru przedmiotowego.

Przy układaniu w tabliczkę liczb tą drogą pozyskanych, należy odróżniać wartości zupełnie pewne od przybliżonych i wypisać przy tych ostatnich granice możliwego błędu.

Przy sposobności zwracam uwagę, że podawane przez optyków tablice wartości podziałki mikrometru ocznego bynajmniej na zaufanie nie zasługują, gdyż cyfry w nich zamieszczane rzadko kiedy o mniej niż 50 do 100% od prawdziwej wartości się różnią.

Mając już w powyższy sposób wyznaczoną wartość podziałki skali opisywanego narzędzia dla każdego systemu soczewek i chcąc wymierzyć niem wielkość obrazu danego mikroskopowego przedmiotu, należy rozróżnić w postępowaniu 2 przypadki, a mianowicie:

1-o Jeżeli obraz przedmiotu mniejszy jest od 10 podziałek skali, należy przez stosowne obrócenie okularu, a pokręcenie odpowiedniej szruby bębna, przesunąć skalę tak, aby jej ramię poziome było dokładnie styczne do danego przedmiotu. Przez pokręcanie drugiej szruby bębna, należy następnie skalę przesuwać dotąd, aż jej ramię pochyłe zetknie się z przeciwnym końcem średnicy danego przedmiotu. Kreska prostopadła, wychodząca z tego punktu zetknięcia, daje odrazu długość średnicy danego przedmiotu. Ten sposób mierzenia nazywam dla skrótowania w klinowaniu.

2-o Jeżeli obraz danego przedmiotu jest większym od 10 podziałek skali, wtedy wklinowania już być nie może, a chcąc przedmiot dokładnie wymierzyć, należy przez obrót okularu doprowadzić ramię poziome skali do równoległości z średnicą, którą wymierzyć chcemy, i następnie przez ruch odpowiedniej szruby doprowadzić to ramię poziome do zupełnego pokrycia średnicy i w końcu przez pokręcenie drugiej szruby przesunąć ramię poziome, które przy tym ruchu zawsze na średnicy pozostanie, tak, aby jeden z końców średnicy przypadł dokładnie na jedną z podziałek skali. Dogodności mierzenia za pomocą opisywanego narzędzia dadzą się streścić jak następuje:

1-o Przez możność łatwego przesunięcia skali do każdego punktu pola widzenia i zwracanie jej we wszystkich kierunkach, unika się mozolnego, a częstokroć zupełnie niewykonalnego dokładnego podsunięcia przedmiotu pod skalę.

2-o Ponieważ nierównie łatwiej oznaczyć można styczność z danym przedmiotem cienkiej, długiej i czarnej linii, aniżeli krótkiej, nieregularnie dyjamentem wydrapanej i przezroczystej kreski, pomiar musi być nierównie ściślejszym.

3-o Przez możność bezpośredniego mierzenia wielkości, jedną dziesiątą podziałki skali wynoszących, nieunikniony błąd przy mierzeniu tem narzędziem będzie zawsze dziesięć razy mniejszy, aniżeli przy mierzeniu z wykłym mikrometrem.

Położenie płaszczyzny w przestrzeni i równania analityczne, płaszczyznę tę przy danych osiach współrzędnych wyrażające, jest zupełnie oznaczone przez współrzędne trzech punktów na tej że płaszczyźnie, lecz nie na jednej prostej leżących.

Wielkość kąta dwuściennego, zawartego między dwiema płaszczyznami, może być z łatwością na mocy znanego twierdzenia geometrii analitycznej oznaczoną, jeżeli tylko równania obu płaszczyzn są znane.

Jedyna więc trudność w obrachowaniu kąta nachylenia dwóch płaszczyzn drobnowidzowego kryształu polega na ściśłości wymiarów współrzędnych punktów, na tychże płaszczyznach leżących.

G. WERTHEIM, który pierwszy według tej zasady kąty kryształów oznaczał, wymierzał współrzędne punkty w następujący sposób: szkiełko przedmiotowe wraz z preparatem kładł na stoliku drobnowidzowym ruchomym, poruszonym za pomocą szrub w dwóch prostopadłych do siebie kierunkach. W okularze drobnowidzowym miał WERTHEIM utwierdzony krzyż dwóch, na osi optycznej pod kątem prostym przecinających się, linii i obrawszy na ścianie kryształu trzy dowolne, łatwe do poznania punkty, odczytywał naprzód stan wskazówek, tak na podzielonych główkach szrub stolik poruszających, jak i na szrubie mikrometrycznej drobnowidza. Następnie, nastawiając drobnowidz na jeden z obranych punktów, punkt ten centrował przez pokręcanie szrub stolikowych, t. j., przyprowadzał obraz jego do zlania się z obrazem przecięcia krzyża w okularze i nakoniec stan wskazówek wszystkich trzech szrub ponownie odczytywał. Z wiadomej wielkości kroku każdej szruby, ilości podziałek, na jej główce się znajdujących, tudzież wielkości każdego z trzech wykonanych obrotów, wielkość rzeczywistego oddalenia danego punktu od systemu trzech do siebie prostopadłych osi, czyli wielkość współrzędnych tego punktu, odniesionych do tychże osi, bezpośrednio oznaczał.

Ruchome stoliki drobnowidzowe (*die beweglichen Objecttische*) mają, jak wiadomo, tak niestarannie wykonane szruby poruszające, że o mierzeniu niemi wielkości przesunięcia mowy nawet być nie może. Mikrometry przedmiotowo-szrubowe (*Objecttischschraubennikrometer*) mają wprawdzie szruby bardzo dokładne i pozwalają, jak np. odpowiedni przyrząd ZEISS'a, mierzyć wielkość przesunięcia aż do 0,002 mm., ale przyrządy te, lubo już i tak bardzo skomplikowane i drogie [120 marek], dają przesunięcie tylko w jednym kierunku i żeby mogły być do sposobu WERTHEIM'a zastosowane czyli w dwóch kierunkach ruchome, musiałyby być nierównie bardziej skomplikowanemi i droższemi. Ale, gdyby nawet kwestję ceny z uwagi wypuścić, to przyrządy takie, właśnie wskutek wielkiego po-

wikłania, ani zbytnią dokładnością, ani dogodnością w użyciu bynajmniej odznaczać się nie mogą i z tego też powodu metoda WERTHEIM'a szerszego zastosowania nie znalazła.

Cała jednak trudność konstrukcyjna znika odrazu zupełnie, jeżeli przyrząd poruszający przenieść ze stolika do okularu i szruby używać tylko do wykonania, nie zaś do mierzenia wykonanego przesunięcia.

Mysł tę starałem się urzeczywistnić w następujący sposób:

Bęben okularu mikrometrycznego, w którym umieszczona jest powyżej opisana ruchoma skala, składa się w moim nowym mikrometrze ocznym z dwóch części: dolnej i górnej. Dolna, nieruchomo z dolną częścią okularu połączona, ma w swojej górnej części stale umocowaną tafelkę szklaną z fotogramem krzyża (*Fadenkranz*). Dwie linije, krzyż ten stanowiące, przecinają się dokładnie na osi optycznej okularu. Górna część bębna, będąca również jak i dolna, dokładnym cylindrem i nierozzerwalnie z górną częścią okularu połączona, może się w dolnej przy łagodnem tarciu (*à frottement doux*) obracać. U spodu tej części i bezpośrednio ponad tafelką z krzyżem, umieszczona jest wyżej opisana ruchoma skala. Odległość pomiędzy fotogramami krzyża i skali jest tak mała, że przy stosownem nastawieniu, dającej się dowolnie opuszczać i unosić soczewki ocznej okularu, można jednocześnie i niemal równie dokładnie widzieć obrazy obu.

W dolnej części bębna, przy jego osadzie na cylindrze okularu, znajduje się sztyfcik metalowy, wchodzący w odpowiednie nacięcie tubusu drobnowidza, a to w celu stałego ukierunkowania i unieruchomienia tej części.

Obwód górnej części bębna podzielony jest na  $360^\circ$ , a na obwodzie dolnej części znajduje się odpowiedni nonius. Chcąc tym przyrządem mierzyć współrzędne punktów przestrzeni, przyjmujemy kierunek ramienia krzyża, idący dokładnie od ręki lewej do prawej za oś X-ów, kierunek ramienia krzyża do poprzedniego prostopadły, z przodu do tyłu idący—za oś Y-ów, punkt przecięcia się tych ramion za początek współrzędnych, a kierunek, prostopadły do płaszczyzny XY i przez początek współrzędnych przechodzący, a tem samym do osi drobnowidza równoległy—za oś Z-ów, i ustawiamy ruchomą część górną bębna tak, aby obraz ramienia poziomego skali zlał się dokładnie z obrazem osi X.

Dalsze postępowanie zależne jest od tego, czy odległości prostopadłe obrazu punktu od osi współrzędnych mniejsze są czy też większe od dziesięciu podziałek skali.

1-o Jeżeli odległości te są mniejsze, to za pomocą odpowiedniej szruby przesuwamy skalę dopóty, aż jej ramię skośne obrazu obranego punktu nie przeźnie. Ponieważ przy tym ruchu ramię poziome skali pozostawało statecznie na osi X, długość podziałki prostopadłej, wychodzącej z punktu danego leżącego na ramieniu skośnem, wyraża odległość prostopadłą tego punktu od osi X, czyli jego współrzędną Y. Długość ta bezpośrednio na skali odczytaną być może. Obracając następnie część górną okularu tak, aby ramię poziome skali przypadło dokładnie do osi Y-ów i przesuując za pomocą odpowiedniej szruby skalę, aż dopóki jej ramię skośne nie przejdzie znowu przez punkt dany, będziemy mogli



dla zupełnie tych samych powodów bezpośrednio odczytać prostopadłą odległość tego punktu od osi Y-ów, czyli jego współrzędną X.

Odczytując stan wskazówki przy główce szruby mikrometrycznej drobnowidza, przy możliwie ostrem ustawieniu drobnowidza na płaszczyznę XY i na punkt dany, możemy z wiadomej wartości podziałki tej szruby i wielkości obrotu oznaczyć bezpośrednio jego prostopadłe wzniesienie ponad płaszczyznę XY, czyli jego współrzędną Z.

2-o Jeżeli prostopadłe odległości punktu od osi większe są od dziesięciu podziałek skali, to przyprowadzamy, jak w poprzednim razie, ramię poziome skali do zlania się z osią X, następnie jednak, zamiast przesuwać skalę tak, aby to ramię zawsze na osi X pozostawało, przez pokręcanie drugiej szruby przesuujemy je na dół lub do góry, aż do przejścia tego ramienia przez punkt dany. Ponieważ na mocy konstrukcyi narzędzia ramię poziome skali przy takim przesuwanu pozostaje zawsze od pierwotnego położenia, a więc jak w tym razie od osi X, ściśle równoległym, będzie więc pomienione ramię w tem położeniu do osi Y dokładnie prostopadłym i skutkiem tego będziemy mogli na niem bezpośrednio odczytać prostopadłą odległość punktu danego od osi Y ów, czyli jego współrzędną X.

Odczytanie tej odległości, jak w ogóle mierzenie opisywanem narzędziem, jest znakomicie ułatwione przez możność przesunięcia skali drugą szrubą, aż do zlania się dokładnego dowolnej podziałki skali z osią Y-ów.

Przyprowadzając odpowiednim obrotem szruby i górnej części okularu ramię poziome do zlania się z osią Y-ów, przesuując następnie za pomocą obrotu odpowiedniej szruby skalę aż do przejścia ramienia poziomego przez punkt dany, będziemy mogli na temże ramieniu, dla wyżej wyłożonych powodów, bezpośrednio odczytać odległość danego punktu od osi X-ów, czyli jego współrzędną Y. Opisany sposób wyznaczania współrzędnych punktów przestrzeni nie wymaga ani osobnego mineralogicznego statywu, ani drogiego i skomplikowanego mikrometru szrubowo-przedmiotowego i daje, jak rozbiór krytyczny i liczne przykłady łatwo przekonać mogą, nierównie ściślejsze wyniki, niż wszystkie inne, dotąd znane. Ścisłość tego sposobu zwiększyć można dowolnie przez używanie systemów soczewek o coraz krótszem ognisku, tak np., że dla systemu jednorodnego (*homog. Immers.*) HARTNACK'a Nr. III =  $\frac{1}{24}$ , dla którego wartość podziałki skali jest 0,534 $\mu$ , a tem samem dającej się odczytać bezpośrednio dziesiątej części tej podziałki = 0,0534 $\mu$ , błąd w wyznaczeniu współrzędnych poziomych X i Y będzie z pewnością mniejszy od  $\frac{1}{19000}$  mm.

Najslabszą stroną tej metody, jak i wszystkich innych, jest bezspornie wyznaczenie współrzędnej pionowej Z. Dokładność bowiem tego wyznaczenia zależy:

1-o Od dokładności sprężyny uciskającej pryzmat i siły sprężyny unoszącej górną część drobnowidza.

2-o Od dokładności wykonania szruby mikrometrycznej.

3-o Od dokładności wyznaczenia wysokości kroku tej szruby tą samą maszyną do dzielenia, którą mikrometr przedmiotowy wykonany albo przynajmniej sprawdzonym został i wreszcie:

4-o Od dokładności nastawienia drobnowidza raz na płaszczyznę górną szkiełka przedmiotowego, a drugi raz na punkt dany.

Dokładność tego nastawienia będzie *ceteris paribus* tem większa, im odległość ogniskowa systemu będzie mniejsza, im system sam dokładniej skorygowany będzie. Przy dzisiejszych najlepszych systemach jednorodnych można na pewno liczyć, że błąd w nastawieniu z winy systemu mniejszym będzie od 0,0005 mm. czyli  $\frac{1}{2}\mu$ .

W tem wyznaczaniu różnicy wzniesień należy jeszcze uwzględnić, czy dany przedmiot i soczewka przedmiotowa pogrążone są w tem samym medyum [powietrzu, wodzie, balsamie], czy w różnych, bo tylko w tym pierwszym razie wynik pomiaru bezpośrednio użytym być może. W razie zaś różności optycznej medjów należy przypadek otrzymany poprzednio zredukować przez pomnożenie go przez stosunek wskaźników załamania tych medjów. Dla przykładu przypuścmy, że grubość pewnego przedmiotu leżącego w balsamie, mierzona systemem suchym, wypadła 45,3 $\mu$ , zaś grubość mierzona immersyją wodną wypadła 60,2 $\mu$ , a wreszcie mierzona systemem jeonorodnym 0,068 mm. 68 $\mu$ . Oczywiście, że tylko ta ostatnia liczba, jako pozyskana przy warunkach prawidłowych [jednorodność optyczna balsamu w którym pogrążony jest przedmiot i oleju w którym pogrążonym jest system], jest prawdziwa, a chcąc dwie poprzednie zredukować, należy pomnożyć je przez stosunek wskaźników załamania dla balsamu i powietrza, ewentualnie dla balsamu i wody. Jakoż ponieważ dany wskaźnik dla powietrza równa się 1, dla wody 1,38, a dla balsamu 1,5 będzie: dla systemu suche-

go  $45,3 \times \frac{1,5}{1} = 68,05\mu$ , dla immersyi wodnej  $60,2 \times \frac{1,5}{1,33} = 67,8699\mu$ , to jest

wypadki z prawdą niemal zupełnie zgodne.

W końcu pozwalam sobie jeszcze dodać, że okular opisywany zastosować jeszcze można do mierzenia kątów płaskich. W tym celu należy przez stosowny obrót górnej części okularu i odpowiednie pokręcanie szrubami bębna przyprowadzić ramię poziome skali do zlania się z jednym ramieniem danego kąta i stan noniusa na bębnie odczytać. Następnie potrzeba, przez stosowny obrót górnej części okularu i właściwe pokręcanie szrubami bębna, przyprowadzić toż samo ramię poziome skali do zlania się z drugim ramieniem kąta, a różnica stanowisk nonijusa w pierwszym i drugim razie da nam bezpośrednio wielkości szukanego kąta płaskiego.

## II. O TWARDZIELI NOSA.

(*Rhinoscleroma Hebrae*).

Podali

**Maryjan Jakowski**

zarządzający pracownią bakteryjologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus

i **Władysław Matlakowski**

ordynator tegoż szpitala.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 51]

### 3-o Zakończenie.

W poprzednich częściach pracy przedstawiliśmy stronę kliniczną, oraz wyniki badań pod względem anatomicznym i pasorzytniczym; pozostaje nam obecnie dodać kilka uwag, jakie nastroczają się przy rozważaniu twardzieli nosa.

Jest to choroba ściśle umiejscowiona do terytorjum górnego odcinka dróg oddechowych; najdalszą znaną napewno granicę stanowi podział tchawicy, do kąd zmiany sięgały w przypadku ściśle zbadanym przez GANGHOFNER'a. Czy jest to atoli rzeczywiście ostatni kres w rozpostarciu się sprawy, czy też może się ona rozszerzyć i na grube oskrzela, to pozostaje dotychczas nie rozstrzygniętem, chociaż z góry można odpowiedzieć twierdząco, zważywszy, że budowa grubych oskrzeli nie różni się od budowy tchawicy. Na tem więc terytorjum możemy mieć przypadki rozmaitego stopnia co do rozpostarcia się choroby: najczęściej widzujemy zajętemi nos i gardziel, lecz i inne kombinacje są możliwe; kazuistyka poucza, iż możliwe jest zajęcie jednocześnie nosa i krtani [np. nasze spostrzeżenie drugie], nosa i tchawicy [przyp. HERYNGA], gardzieli i krtani [np. przyp. GANGHOFNER'a]; najciekawszymi są te przypadki, w których sprawa zajmuje dwa odcinki dróg oddechowych, oddzielone od siebie, np. nos i krtani, lub nos i tchawicę. Brak nam dotychczas ścisłych badań, czy w tych przypadkach błona śluzowa gardzieli jest rzeczywiście zdrową, czy też jest dotkniętą tylko w daleko niższym stopniu od sąsiednich organów [krtani i nosa]; chociaż to drugie przypuszczenie wydaje się nam prawdopodobniejszym, to jednak godnym jest uwagi taki niejednostajny rozwój cierpienia na rozmaitych ustępach kanału oddechowego. Niemniej ciekawymi pod względem klinicznym są przypadki, w których sprawa ogranicza się tylko do jednego odcinka dróg oddechowych, mianowicie gardzieli, krtani, lub tchawicy, dlatego, że przypadki te są wtedy niezmiernie trudne do rozpoznania. Literatura przedmiotu przedstawia już podobny przykład; jest nim wyżej przytoczony przypadek CARTTÉ'ego, który znalazł u chorego w krtani *Chorditis vocalis inferior hypertrophica*, a u którego później w dwa lata rozwinęła się twardziel nosa. To nas prowadzi do rozważenia stosunku rozbieranej sprawy do innych pokrewnych chorób dróg oddechowych, do którego zaraz niżej powrócimy.

Rzadkość cierpienia w ogóle, a zejścia śmiertelnego w szczególności tłumaczy dostatecznie duże luki w wiadomościach naszych pod względem szczegó-

łów dotyczących twardzieli; badanie anatomiczne z wyjątkiem nielicznych przypadków [GANGHOFNER'a, CHIARI'ego] ograniczyć się musiało do kawałków wyciętych u żywych osobników. Nawet znane, a rzadkie przypadki twardzieli, zakończone śmiercią, nie wszystkie były wyzyskane pod względem anatomo-patologicznym. Ztąd to pochodzi, że brak badań drobnowidzowych wytworów około worków łzowych, w przewodach usznych i t. d., które zaliczono w odnośnych przypadkach do twardzieli na tej jedynie podstawie, że jednocześnie była niewątpliwie twardziel nosa. Niemniej także ważny jest brak danych co do rozpostarcia się sprawy w jamach nosowych średnich i górnych, w zatokach szczękowych, oraz w trąbkach EUSTACHIJUSZA.

O początkowym okresie choroby istnieją tylko domysły; dotykając przeważnie osobniki z klas uboższych, cierpienie tak mało sprawia dolegliwości, że chorzy zwracają się o poradę po kilkoletniem jego trwaniu, kiedy już zajęty jest nos i gardziel w znacznym stopniu. Ztąd też niewiadomo właściwie napewno, gdzie się rozpoczyna choroba. Pierwsi spostrzegacze, jak HEBRA, przypuszczali, że punktem wyjścia jest błona śluzowa przedniej części nosa, a mianowicie przejście błony śluzowej w skórę, tak na przegrodzie jak i na skrzydle nosa; w ten sposób tłómaczyli sobie fakt, że w tem miejscu zgrubienie i guzowatości są największe, i że głębiej w jamach nosowych zgrubienie błony śluzowej jest mniejsze. Już atoli KAPOSI zwrócił uwagę na fakt, że zmiany na podniebieniu miękkim są daleko wcześniejsze niż w nosie. MIKULICZ, zaznaczywszy na samym początku, że na tym punkcie brak nam bezpośrednich obserwacji i że poprzestawać musimy jedynie na domysłach, powiada, że tyle tylko napewno rzec można, iż cierpienie rozpoczyna się gdzieś między otworami nosowemi od przodu i gardziela od tyłu; czy punkt wyjścia jest zawsze w tem samym miejscu, gdzie się on znajduje, o tem nie wiemy, to tylko pewna, że błona śluzowa jamy nosogardzielowej, tak bogata w limfoidalne elementy w stanie fizyologicznym, bardzo łatwo stać się może gruntem dogodnym nietylko dla twardzieli, lecz i dla innych spraw zapalnych występujących w gardzieli. PELLIZZARI, wychodząc z założenia, że początkowe przypuszczenie o wyjściu sprawy z przedniej części błony śluzowej nosa polegało na błędnej obserwacji, a mianowicie na przeoczeniu zmian w gardzieli, jako mniej rzucających się w oczy, stanowczo twierdzi, że sprawa rozpoczyna się w jamie noso-gardzielowej, opierając się na tem, że zmiany na podniebieniu miękkim są bez porównania starsze od zmian w przedniej części nosa: tam bliznowate stwardnienie i zanik, tu rozrost i nacieczenie drobnokomórkowe. Za nim większość autorów przypuszcza początek cierpienia w jamie nosogardzielowej, z kąd sprawa szerzy się w tył do gardzieli i ku przodowi, ku otworom nosowym. Według PICK'a twardziel rozpoczyna się w jamach nosowych i ztąd szerzy się ku tyłowi i ku przodowi, i to przedewszystkiem ku tyłowi, o czem wnosić możemy na podstawie większej wagi, natężenia i rozpostarcia zmian w gardzieli, w porównaniu ze zmianami w przedniej części nosa. KOEBNER nazywa nawet całą sprawę *Rhinopharyngosklerom*. W nowszych czasach MASSEI znowu powraca do pierwotnego twierdzenia HEBRY i przypuszcza, że w jego przypadku punktem wyjścia twardzieli była błona śluzowa chrzęstnej przegrody nosowej, co również dla kilku



przypadków przyjmują CORNIL i ALVAREZ, którzy wyrażają się w ten sposób: „twardziel rozpoczyna się najczęściej zgrubieniem i stwardnieniem przegrody lub ściany zewnętrznej jam nosowych, w miejscu przejścia błony śluzowej w skórę; taki był początek i jedyne umiejscowienie w przypadku V, XIII i XX“.

Jeżeli uwzględnić zechcemy wszechstronnie znane dotychczas obserwacje, nietylko wcześniejsze, ale i z ostatnich lat, gdzie nie może być mowy o przeoczeniu zmian w gardzieli, przyjdziemy do przeświadczenia, że aczkolwiek prawdopodobnie najczęściej punkt wyjścia bywa w jamie nosogardzielowej, lecz że zarówno cierpienie może się rozpocząć w błonie śluzowej nosa, krtani, tchawicy i że ztąd szerzy się coraz dalej, a jednocześnie i głębiej. Według SCHULTHESS'a rozpościeranie się jej skokami (*sprungweise Verbreitung*) nie zdarza się: przypadek jednak HERYNGA zdaje się temu przeczyć stanowczo.

Od czasu, gdy dokładniejsza obserwacja i ściślejsze badanie drobnowidzowe budowy tkanek zajętych przez twardziel niezbitcie wykazały, że *rhinoscleroma* nie jest, jak to przypuszczali pierwsi badacze [HEBEA, KAPOSI, TANTURRI], nowotworem, lecz *sui generis* sprawą zapalną dróg oddechowych, niezmiernie powolnego przebiegu, dalej od czasu gdy poznane zostały umiejscowienia twardzieli w gardzieli, w krtani i w tchawicy, zrodziła się kwestyja stosunku tego cierpienia do innych spraw zapalnych dróg oddechowych. Pierwszy GANGHOFNER wyraził przypuszczenie, że t. z. *chorditis vocalis inferior hypertrophica* znajduje się w związku z jednej strony ze STOERK'owską „*blennorrhoea chronica*“ górnych dróg oddechowych, z drugiej z twardzielą. Przypuszczenie to dla braku sekcij zostało przez SCHROETTER'a przyjęte z pewną rezerwą; zdaniem jego, tylko od noża można spodziewać się wyjaśnienia co do anatomopatologicznej natury tych cierpień. Traf zrządził, że GANGHOFNER mógł wykonać sekcję i poddać badaniu drobnowidzowemu przypadek twardzieli gardła i tchawicy i na zasadzie tego badania, które streściliśmy powyżej, przyszedł do wniosku, że istnieje cierpienie krtani i tchawicy, które, prowadząc do zgrubienia błony śluzowej i następczego zwężenia dróg oddechowych, pod względem histologicznym przedstawia tę samą sprawę przewlekłą zapalną, jaka znana jest pod mianem *rhinoscleroma*; dalej że to zwężenie krtani i tchawicy przebiega pod kliniczną formą, opisywaną dawniej jako *chorditis vocalis inferior hypertrophica*, później jako *laryngitis chronica subchordalis*, lub *laryngitis chronica subglottica*; i wreszcie, że to cierpienie, które pojmować należy jako twardziel krtani i gardzieli, może występować, chociaż u danego osobnika nie ma zmian w nosie zewnętrznym; słowem GANGHOFNER postać kliniczną *chorditis voc. inf. hyp.* wliczył ryczałtem do *rhinoscleroma*. Z drugiej strony wyraził przypuszczenie, że tu także mogą należyć zwężenia krtani i tchawicy, zdarzające się w przebiegu niektórych przypadków *blennorrhoeae Stoerkii*; zmiany anatomopatologiczne, zachodzące przytem w jamie nosowej, noszą cechy przewlekłej sprawy zapalnej z zejściem w zwyrodnienie łącznotkankowe elementów składowych błony śluzowej, z zanikiem gruczołów i t. d.. Od zaliczenia tych przypadków do twardzieli powstrzymuje GANGHOFNER'a okoliczność, że anatomiczne dane nie pouczają nas wcale o tem, czy istnieje między STOERK'owskim śluzopotokiem nosa a cierpieniem krtani i tchawicy tego rodzaju związek, że możemy je uważać za

„manifestację“ jednej i tej samej sprawy, *resp.* za umiejscowienie pewnej dyskracji, czy też nie istnieje tu przewlekłe zapalenie tych narządów, spowodowane przez ustawiczne drażnienie mechaniczne krtani i tchawicy przez spływającą wydzielinę z nosa, które zatem nie ma w sobie nic swoistego. Zważywszy nadto, dodaje GANGHOFNER, iż etjologia śluzoropotoku STOERK'a nie jest wyjaśnioną, że nie jesteśmy w możności postawić ostrej granicy między tem cierpieniem i innymi postaciami *ozaena*, musimy w osądzeniu tego pytania zachować wszelką rezerwę.

Dalszy bardzo ważny przyczynek co do stosunku chorób, o których mowa, do twardzieli, stanowi praca CHIARI'ego, który z całą słusnością ograniczył niektóre z twierdzeń GANGHOFNER'a. Zdaniem jego na pytanie, co do tego, czy *chorditis inf.* stanowi zawsze cierpienie identyczne z *rhinoscleroma*, wtedy dopiero można odpowiedzieć, gdy badanie anatomiczne dotyczy przypadków pewnych, niepowikłanych. Natomiast wykluczyć ztąd należy wszystkie rodzaje zwężeń krtani, występujące pod postacią t. z. *chorditidis inf.*, które wytwarzają się w skutek zablżnienia owrzodzeń gruźliczych, przymiotowych, tyfusowych, ospowych, lub przy gwałtownym ostrym nieżycie lub zapaleniu krupowem. Skutkiem tego CHIARI przyjmuje tylko dwa pierwsze twierdzenia GANGHOFNER'a, trzeciego zaś, mianowicie „że twardziel krtani i tchawicy, może występować bez zmian twardzielowych w nosie zewnętrznym“, nie można uważać za dowiedzione napewno dla tych przypadków, w których nie można stwierdzić zmian właściwych dla twardzieli w nozdrzach tylnych lub na podniebieniu miękkim, ponieważ dotychczas żaden taki przypadek nie był przedmiotem poszukiwania histologicznego. Można się zresztą, dodaje CHIARI, spodziewać, że nadarzy się potemu sposobność i w ten sposób uda się wykazać histologiczną tożsamość wszystkich tych twardzieli (*Sklerom*) krtani i tchawicy, które pod względem laryngoskopowym i pod względem przebiegu są tak niesłychanie do siebie podobne. Wtedy należałoby je uważać wszystkie za zależne od siebie (*zusammengehörig*), a przy częstej koincydencji z twardzielami nosa, podniebienia miękkiego, nozdrzy tylnych, lub z przewlekłym nieżytem przerostowym lub zanikowym nosa i gardzieli (*blenorrhoea chronica Stoerkii*), możnaby cały stosunek wyłożyć w następujący sposób:

Przy długotrwałych nieżytach górnych dróg oddechowych, być może wskutek zakażenia, na pewnych miejscach, bądź to w gardzieli, bądź w krtani w tchawicy, lub w nosie zewnętrznym, może zapalenie przewlekłe doprowadzić do wytworów przerostowych, które zwężają drogi oddechowe [*rhinoscleroma* w nosie i gardzieli, *chorditis inf.* lub *skleroma* krtani i tchawicy]. U większości osobników sprawa dochodzi tylko do umiarkowanego stopnia przerostu z obfitą wydzieliną śluzowo-ropną, a w nielicznych do zaniku błony śluzowej i muszel (*ozaena*). Głębiej sięgające sprawy wrzodziejące nie zachodzą tu nigdy, lecz mamy jedynie tworzenie się modzelowatości i blizn bez poprzedzającego owrzodzenia. Kończąc to zestawienie trzech spraw, a mianowicie: *rhinoscleroma*, *chorditis inf.* i *blenorrhoea Stoerkii*, CHIARI dodaje, że najważniejszym jest zdobycie więcej danych histologicznych, dotyczących przypadków twardzieli, krtani i tchawicy, zwłaszcza

bez powikłania ze strony nosa, oraz zbadanie zaraźliwości wydzieliny przy *blennorrhoea chr.* i przy twardzieli nosa.

Jak widzimy z tych ustępów, wyjętych z prac powyższych badaczy, dalecy jesteśmy jeszcze od całkowitego poznania rozmaitych form przewlekłych zapaleń krtani, tchawicy, gardzieli i nosa, oraz ich wzajemnego do siebie stosunku, a to głównie z tego powodu, że badania histologiczne nie mogą iść ręką w rękę z badaniem klinicznym, dokonywanem za pomocą zwierciadła. Dążeniem klinicystów jest sprowadzić rozmaite formy do jednej kategorii, lecz dotychczas ta dążność nie uwieńczyła się powodzeniem. Nie małą przeszkodą jest okoliczność, że anatomo-patologowie, napotykać przy sekcji rzadkie przypadki zmian w krtani i tchawicy, polegające na zwężeniu światła skutkiem zgrubienia błony śluzowej i podśluzowej, nie mogą wiązać ich dla braku danych z przebiegiem klinicznym. Znanym jest przypadek EPPINGER'a, który pod nazwą *phlegmone chronicum* opisał zmiany histologiczne zaszłe w krtani, tchawicy i grubszych oskrzelach u osobnika 15-letniego, zmarłego z uduszenia się, a znalezione na preparacie, przechowywanym w Praskim zakładzie anatomo-patologicznym. Światło tchawicy zwężone było do grubości ołówka, a powierzchnia wewnętrzna, brodawkowata, kosmkowata, lub guzowata, nierówna; przytem ani śladu gruźlicy lub przymiotu. Niedawno w Warszawskim Tow. Lek. prosektor PRZEWOŚKI pokazywał preparat w najwyższym stopniu interesujący, pochodzący od chorego zmarłego z uduszenia się, a u którego zmiany, znalezione po śmierci w krtani, tchawicy i oskrzelach, były prawie identyczne ze zmianami opisanymi przez GANGHOFNER'a i EPPINGER'a; kol. PRZEWOŚKI nie znalazł również na zwłokach żadnych śladów przymiotu lub gruźlicy; nie udało się mu też wykryć bakteryj FRISCH'a, być może zaginionych przy przechowywaniu preparatu i dlatego sprawy nie zaliczył do *rhinoscleroma*, lecz nazwał ją: *pachydermia laryngis, tracheae et bronchorum*. Nieślychanie rzadki i ciekawy ten przypadek niebawem zostanie ogłoszony.

Badania bakteryjologiczne nie przyczyniły się dotychczas do rozstrzygnięcia powyższej kwestyi, a natomiast wciągnęły tu nowe sprawy zapalne dróg oddechowych. PALTAF i EISELSBERG zwrócili na to uwagę, że bakteryje twardzielowe przedstawiają co do kształtu i wzrostu wielkie podobieństwo do bakteryj zapalenia płuc krupowego, do t. z. FRIEDLAENDER'a *Kapselcoccen* [twierdzenie 4]. Ponieważ te ostatnie oprócz zapalenia płuc znalezione przy bronchopneumonii, przy *ozaena*, przeto z punktu bakteryjologicznego przynajmniej wszystkie te sprawy można zestawiać z twardzielą. „Zestawiając, mówią PALTAF i EISELSBERG, przytoczone fakty bakteryjologiczne z rozmaitemi zjawiskami klinicznymi rynoskleromatu i pokrewnymi mu przewlekłymi sprawami zapalnymi produkcyjnymi dróg oddechowych, da się łatwo objaśnić przypuszczenie, wypowiedziane przez klinicystów, że przy *chorditis inf.*, *rhinitis chronica*, *ozaena* i t. d. oraz przy *rhinoscleroma* chodzi o jeden i ten sam zarazek, który jedynie skutkiem umiejscowienia i natężenia sprawy daje powód do rozmaitych form klinicznych, jeżeli się przyjmie, iż jeden i ten sam drobny ustrój wywołuje owe rozmaite formy chorobowe przez rozmaite rodzaje szerszenia się i zagnieżdżenia. Z drugiej strony z teoretycznego punktu widzenia nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że



ten sam drobny ustrój przy rozpostarciu się w pniu oskrzelowym wywołuje sprawę krupowe.“

Na tem kończymy naszą pracę, w której staraliśmy się objąć całość zarówno faktów jak i przypuszczeń dotyczących ciekawej sprawy, ochrzczonej przez HEBRĘ mianem *rhinoscleroma*. Jak dotychczas napewno da się powiedzieć tyle, że jest to niesłychanie przewlekły samoistny proces zapalny, nie mający nic wspólnego z przymiotem, za jaki go z początku mylnie brano, anatomicznie należący do grupy VIRCHOW'a ziarniniaków (*Granulationsgeschwülste*), wywołany przez pewien rodzaj bakteryj, wyróżniający się wszelako od innych guzów granulacyjnych [trąd, gruzlica, przymiot i t. d.], pod tym wielce charakterystycznym względem, że spotyka się go jedynie w pierwszych drogach oddechowych i że jest sprawą natury czysto miejscowej.

**Przypadek I-y.** Rymaszewska Zofija, l. 40, zpod Mińska gubernijalnego, wstąpiła do oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus d. 20. X. 1882, wyszła d. 3. XI. Chora opowiada, że choroba jej rozpoczęła się przed kilku laty zatknięciem nosa, coraz bardziej się zwiększającym. Była zawsze zdrową; o cierpieniu przymiotowem nic nie wie; żadnych śladów takowego nie przedstawia. Ma kilkoro zdrowych dzieci.

Zmiany w zewnętrznych częściach nosa dobrze oddaje załączony światłodruk, sporządzony z fotogramu. Chrzęstna część nosa potwornie zgrubiała, składa się jakby z trzech guzów, odgraniczonych płytkimi zagłębieniami, oznaczającymi granice między skrzydłami i grzbietem nosa. Skóra chrzęstnej części nosa zgrubiała, nierówna, z rozszerzonymi torebkami lojowymi, sinawa. Cała część chrzęstna jest twardą, jak twarde nowotwory np. chrzęstniaki. Brzegi skrzydeł nosa i przegroda są tak zgrubiałe, że w kształcie twardej masy zatykają oba przewody nosowe, które wcale powietrza przy oddechu nie przepuszczają. Twarde nacieczenie wyraźnie odgraniczone zajmuje część wargi górnej wzdłuż granicy otworów nosowych przednich, i tu znajdują się powietrzne owrzodzenia, z twardym dnem, pokryte zeschniętymi strupami, skutkiem skąpej wydzieliny. Skutkiem zatkania jam nosowych i nieruchomości zwyrodnionej części nosa cała twarz ma wyraz ospały. Nader ciekawe są zmiany w gardzieli: chora wcale nie ma języczka, *arcus palatoglossi* szarobiaławe, blade, skurczone i nieruchome, twarde w dotknięciu, tworzą dwa wałki, zbiegające się ze sobą i tworzące łuk gotycki; podniebienie miękkie również szare i skurczone i tworzy część środkową tego łuku. Tylne ściana gardzieli sucha, szarawa, jama gardzielowa mała. W krtani zmian żadnych nie ma. Nozdrza tylne nie były badane. Badanie palcem gardzieli, manipulowanie lusterkiem nie wywołuje zwykłego w takich razach krztuszenia się; czucie w gardzieli jest znacznie zmniejszone.

Chorą przedstawiałem zmarłemu kol. KLINKOWI, który wszakże, nie widząc nigdy twardej, nie mógł potwierdzić mojego rozpoznania.

**Przypadek II-gi.** Zawistowska Władysława l. 32, włościanka z Podlasia, przybyła do oddziału Dzieciątka Jezus d. 4. Stycznia 1887; chora opowiada, że na wiosnę w roku 1886 zauważyła guzik w miejscu, w które się poprzednio uderzyła była żerdzią, a mianowicie na błonie śluzowej lewego skrzydła nosa. Z. była zdrową, pochodzi ze zdrowej rodziny i ma dzieci zdrowe; obecnie jest brzemienną. Chrzęstna część nosa zmieniona co do kształtu, rozszerzona i spłaszczona, bańkowata, grzbiet i koniec nosa wyglądzone, skrzydło lewe bardziej wywinięte; nos szeroki; skóra na grzbiecie części chrzęstnej oraz na skrzydłach gładka, zlekka połyskująca, sinawa. Skrzydła grube, nozdrza tak za-

phane, że tylko z trudnością powietrze się przeciska; zatkanie to głównie spowodowane jest przez masy twarde, wyrastające z podłogi przewodów nosowych, z których w lewym siedzi duży guz, w części schodzący w sąsiednią skórę wargi. Między zgrubiałą przegrodą i tym guzem pęknięcie powleczone zaschłym strupkiem. Nos w dotknięciu twardy jak chrząstka i sztywny. Wargi niezmięnione. Nos kostny zmian nie przedstawia. Zęby zdrowe, jako też i podniebienie twarde. W jamie gardzieliwej prócz nieznacznego zaczerwienienia nie dostrzeżono zmian grubszych. Palcem hakowato zgiętym wprowadzonym do jamy nosogardzieliwej wyczuwa się zgrubienie błony śluzowej nozdrza tylnego lewego. Chora jakoby od 5 tygodni ochrypla; wziernikiem odkrywamy: fałdy nalewko-nagłośniowe zaczerwienione i zgrubiałe, *spatium interarytaenoiderum* białawoszare, zgrubiałe; struny prawdziwe bez blasku, żółtawobiałe, mętne; brzegi ich wolne nierówne: prawej wgięty, lewej ząbkowaty; obie struny zgrubiałe, a nadto lewa widocznie daleko mniej porusza się przy wydawaniu głosu niż prawa; pod lewą struną głosową widać zgrubiałą błonę śluzową krtani. Zewnętrznie krtani nie przedstawia żadnych zmian. Przy najszerszemu zbadaniu powłok ogólnych [skóra i jej wytwory] żadnych śladów przebytego przymiotu nie znaleziono. Gruczoły niepowiększone.

## L I T E R A T U R A.

- I. WEBER. Die Krankheiten des Gesichts. w BILLROTH & PITHA Handbuch der allg. und speciel. Chirurgie. str. 200. 2. FOLLIN & DUPLAY. Traité élémentaire de Pathologie externe. Tom III. r. 1868 i 1869. str. 793 i 847. 3. HEBRA. Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase — Rhinosclerom. Wiener medic. Wochenschrift. 1870. N. 1. 4. SCHEFF. Wiener medicinische Presse. 1871. Nr. 51. Streszczone u GANGHOFNER'a w pracy „Ueber die chronische stenosirende Entzündung“ i t. p. patrz niżej. 5. KAPOSI. Rhinosclerom. w Lehrbuch der Hautkrankheiten von HEBRA und KAPOSI. II tom. str. 288—297. wyd. 1876. 6. WEINLECHNER. Ueber sechs Fälle von Rhinosclerom. Archiv f. Derm. 1870. str. 578. 7. WEINLECHNER. Streszczenie w Vierteljahr. f. Derm. 1878 ze sprawozdania z posiedzenia 15. III. w Anzeiger der Wiener Gesell. d. Aerzte. Nr. 22. 8. GEBER. Ueber das Wesen des Rhinoscleroms. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Prag. 1872. str. 493, według streszczenia pomieszczonego w pracy PELLIZZARI'ego. 9. TANTURRI. Un caso di Rhinoscleroma Hebrae, streszczone u PELLIZZARI'ego i u MIKULICZA z Il Morgagni. 1872 r. 10. RICCHI. Contribuzione alla terapia del Rhinoscleroma, streszczone tamże z Il Raccoglitore medico. 1873. 11. HEBRA junior. Zwei Fälle von Rhinosclerom. Streszczenie w Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph. 1875. str. 117, z pracy pomieszczonej w Jahresbericht der allg. Krankenhaus für 1874. 12. MIKULICZ. Ueber das Rhinosclerom [HEBRA]. Archiv f. klin. Chir. Tom XX. r. 1877. str. 485—534. 13. CATTI. Allgemeines Wiener medicinische Zeitung. 1878. Nr. 30., streszczone u GANGHOFNER'a w pracy „Ueber die chronische stenosirende“ i t. d. patrz niżej. 14. GANGHOFNER. Zur Lehre von den Kehlkopfstenosen. Prager medicinische Wochenschrift. 1878. Nr. 45. streszczone w pracy GANGHOFNER'a, „Ueber die chronische stenosirende Entzündung“ i t. d. patrz niżej. 15. JARISCH. Bericht der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wiener med. Presse. 1879. Nr. 44. str. 1405. 16. BILLROTH. Streszczenie przemówienia. Tamże. 17. KAPOSI. Streszczenie przemówienia. Tamże, str. 1406. 18. ZEISSL MAX. Ein Fall von vereiternden Rhinosclerom. Wiener med. Wochens. 1880. Nr. 22. 19. SCHMIEDICKE. Ueber das Rhinosclerom. Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph. 1880. str. 257—275. 20. GANGHOFNER FRIED. Ueber die chronische stenosirende Entzündung der Kehlkopf — und Luftröhrenschleimhaut. Zeitschrift für Heilkunde. 1881. Praga. Sonderabdruck. 21. CHIARI O. Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosclerom. 1882. Med. Jahrbücher. Sonderabdruck. 22. FRISCH. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Wiener med. Wochenschrift. 1882. Nr. 22. 23. PELLIZZARI CELSO. Il rhinoscleroma; monografia con 5 tavole litografiche. Firenze coi tipi dei successori Le Monnier. 1883. 24. LANG EDUARD [Innsbruck]. Ueber Rhinosclerom und seine Behandlung. Wiener med. Wochenschrift. r. 1883. 25. RIEHL. Zwei Fälle von Rhinosclerom. Streszczenie w Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph. 1884. z Anzeiger Nr. 11 der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien z posiedzenia 10. II, i 4. I. 1884. [Streszczający do Jahresbericht VIRCHOW'a i HIRSCH'a zrobił z RIEHL'a RIEDEL'a; z treści jednak widać, że to ta sama praca. p. Jahresbericht za rok 1884. str. 516]. 26. PICK. Demonstration eines Falles von Rhinosclerom; streszczone w Viertelj. f. Derm. und Syph. 1884. z Verein deutscher Aerzte in Prag. 26. X. 1883. 27. MASSEI e MELLE. Contribuzione allo studio del Rhinoscleroma. Archivii Italiani di Laringologia. 1883-4. str. 168. 28. HERRING. Przedstawienie cho-

rego z twardziłą nosa Pamięnik Tow. Lek. 1884. str. 583 [w odnośniku drugiej pracy HERINGA błędnie podano datę tej pracy jakoby 1874]. 29. KOEBNER. Streszczenie w Deutsche medie. Wochenschrift. 1885. Nr. 26. str. 457. według Verhandlungen des Vereines für innere Medicin; posiedzenie z 15. VI. 1885. 30. BARDUZZI. Streszczenie w Vierteljahresschrift für Derm. u. Syph. 1885. str. 610. z Giornale italiano delle malattie ven. e della pelle. 31. HERING. Przemówienie na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 1885. Pam. Tow. Lek. str. 326. 32. CORNIL ET ALVAREZ. Mémoire pour servir à l'histoire du rhinosclérome. Archives de physiologie normale et pathologique. 1885. juin. str. 11—40. 33. PAYNE UND SEMON. Rhinoscleroma. British Medical Journal. 1885. 7 Marca. str. 485. 34. MORELL MACKENZIE. Farther note on rhinoscleroma. British Medical Journal. 1885. 21 Marca. str. 587. 35. PALTAUF UND EISELSBERG. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Fortschritte der Medicin. 1886. Nr. 19 i 20. 36. JANOVSKY. Ueber Rhinoscleroma und Xeroderma pigmentosum. Wiener med. Presse. 1885. N. 13 i 14. 37. MANDELBAUM. O rhinoscleromie. Wracz. 1886. Nr. 38. 38. STUKOWIENKOW. Rhinoscleroma. Soobszczeno w Obszczestwie Kijewskich wracej 8. XI. 1886, wydrukowane w „Priloženija k protokolam zasiedanij obszczestwa kijewskich wracej za 1885—1886 god. 1887. 39. WOLKOWITSCH. Histologie et nature parasitaire du rhinosclérome. Archives slaves de biologie. r. 1887. Tom III. str. 244. 40. DOUTRELEPONT. Zur Therapie des Rhinoskleroms. Deutsche med. Wochenschr. 1887. Nr. 5. str. 85. 41. O. CHIARI i G. RIEHL. Das Rhinosklerom der Schleimhaut. Zeitschrift für Heilkunde. Prag. 1885 str. 305—340 z jedną tablicą litograficzną. 42. CORNIL ET BABES. Les bactéries etc. 1885. str. 562. 43. PALTAUF. Ueber Rhinosclerombacillen Deutsche medie. Wochenschrift 1886. Nr. 45. 44. BENDER. Das Rhinosclerom. Zusammenfassen der Bericht etc. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. 1887. Nr. 19. 45. Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von der pathogenen Mikroorganismen [BAUMGARTEN] II. za rok 1886.

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 13. Przypadek cięcia podbrzusznego.

Kwestyja wyboru metody usuwania kamieni pęcherza moczowego ciągle jeszcze stoi na porządku dziennym; sądę więc, iż nie pozbawionym interesu będzie przypadek przezemnie spostrzegany.

D. 16 Maja 1887 r. przybył do szpitala Ś-go Mikołaja w Łęczycy Kominiak Batłomiej, parobek wiejski, w wieku lat 22. Od lat 3 zauważył potrzebę częstego oddawania moczu, przyczem od 1½ roku zaczęła też w moczu czasami pokazywać się krew w niewielkiej ilości, od roku zauważył ból w końcu prącia przy oddawaniu moczu, przyczem to ostatnie stawało się coraz częstszem; następnie mocz odchodził kroplami bez przestanku dniem i nocą, tak, iż chory, niezdolny do żadnej pracy, udał się do szpitala z prośbą o pomoc. Chory dobrze zbudowany, z podupadłym odżywianiem, stan bezgorączkowy; narządy wewnętrzne nie przedstawiają nic godnego uwagi. Oddawanie moczu odbywa się co 10—15 minut potrochu z silnemi bólami, a prócz tego mocz odchodzi ciągle kroplami; oddany mocz mętny z wielką ilością ciągnącego się śluzu i ropy, oddziaływa alkalicznie. Przy badaniu zgłębnikiem, takowy w otworze pęcherza napotyka ciała twarde, przeszkadzające przeniknięciu do pęcherza, dużej objętości. Przy badaniu przez odbytnicę, znajdujemy ścianę tylną pęcherza wypukłą do odbytnicy, a przez nią wyczuć się daje ciało twarde dość znacznej wielkości. Kilkakrotnie robione próby wstrzykiwania płynu do pęcherza nie udawały się z powodu niemożności wprowadzenia cewnika. Łaknienie było bardzo małe, noce bezsenne, chory cierpi bardzo, prosi o pomoc.

Nie było wątpliwości, iż mamy do czynienia z kamieniem w pęcherzu moczowym, znacznej objętości, zasłaniającym początek cewki moczowej. Co do składu chemicznego, to mając na uwadze znaczną objętość kamienia i alkaliczności moczu, można było przypuścić, iż przynajmniej wierzchnie warstwy kamienia składają się z fosforanów. Wybór metody operacyjnej nie był trudnym, cięcie wysokie, przy tak znacznej objętości kamienia, zdawało się najodpowiedniejszym.

Z różnych powodów, do operacji przystąpiono dopiero d. 3 VI. r. b. przy łaskawej pomocy lekarza powiatu D-ra WITOLDA KUSZLA. Nastrzyknięcie pę-

cherza moczowego, jak również wprowadzenie zgłębnika pęcherzowego rowkowanego okazało się niewykonalnem pomimo licznych prób. Do odbytnicy wprowadzono pęcherz kauczukowy, który wypełniono wodą w ilości około 400 ctm. sześciennych. Po zachloroformowaniu chorego zrobiono cięcie w smudze białej długości 8 centymetrów; po pierwszych cięciach, chory, który z trudnością dał się uspić, zaczął się wydymać, przy czem balon kauczukowy pękł, w braku innego pod ręką, prostnicę wypełniono kilkoma tamponami. Po odsłonięciu pęcherza moczowego, takowy okazał się cokolwiek powyżej spojenia łonowego; otrzewnę pokrywającą połowę ściany przedniej, odluszczone ku górze hakowato zgętnym palcem; przez ściankę pęcherza przewleczono podwójną nitkę dla łatwiejszego utrzymania go. Nastąpiło dalej cięcie pęcherza kończastym nożem, rozszerzenie cięcia główkowatym na 3 ctm. ku dołowi. Wprowadzony do pęcherza palec wyczuwał na dnie dużej wielkości kamień, którego poruszyć z miejsca nie udało się; schwycony kleszczami kruszy się, lecz z miejsca nie rusza. Cięcie pęcherza rozszerzyliśmy jeszcze na 3 ctm. ku dołowi i górze, kamienia jednakże w żaden sposób kleszczami wyjąć nie było można, chociaż dość duże kawałki można było odkruszyć. Wobec tego, widocznem było, iż kamień zostaje w bardzo ścisłym związku ze ścianką pęcherza. Nie mogąc inaczej dojść do końca i straciwszy dosyć czasu, około pół godziny, na próby wydobywania kleszczami, przystąpiliśmy do podważenia kamienia od dołu za pomocą mocnego zakrzywionego raspatora, co, po wielu usiłowaniach, nakoniec się udało i kamień nareszcie został wydobyty, przyczem uraz pęcherza był bardzo silny; krwawienie w ciągu całej operacyi było bardzo małe.

Wobec tak silnego urazu ścianek pęcherza, a szczególnie z powodu rozkładającego się moczu i nieżytu pęcherza, odstąpiliśmy od zamiaru nałożenia szwu pęcherzowego. Po oczyszczeniu więc pęcherza ciepłym roztworem 1% kwasu karbolowego i 4% kwasu borowego, wprowadziliśmy do dna pęcherza 2 zeszyte z sobą sączki kauczukowe, ranę skórną zeszyliśmy, pozostawiliśmy od dołu miejsce dla sączków, opatrunek z gazy sublimatowej i waty odtłuszczowej. Cewnika do pęcherza nie wkładaliśmy. W przebiegu pooperacyjnym mamy do zanotowania.

Szew brzuszny w kilka dni się rozszedł, chory gorączkował przez dni 8 nieznacznie, ciepłota nie dochodziła do 39° C., mocz wydzielał się początkowo tylko przez ranę, ale już 16 Czerwca zaczął odchodzić i przez cewkę, a już 20 Czerwca przez ranę odchodził w bardzo małej ilości. W początku opatrunki wraz z przestrzykiwaniem pęcherza musiały być robione 2 razy dziennie z powodu przemakania, następnie raz dziennie. Rana brzuszna zaciągała się jednak powoli, tak iż dopiero 3 Sierpnia chory mógł być wypisanym ze szpitala w stanie zupełnie zadawalającym, mocz oddaje 5 do 6 razy przez dzień i 1 do 2 razy w nocy, zupełnie czysty, bez żadnych bólów. Wygląd chorego bardzo dobry.

Wydobyty kamień waży 60 grm., składa się z wierzchniej skorupy kruszej i w środku z twardego jądra wagi 12 grm.. Cały kamień ma długości 6 ctm. grubości 3½ ctm., zabarwienie skorupy jasno brunatne, jądro dużo ciemniejsze o nierównej morwowatej powierzchni. Według rozbioru dokonanego przez przewizora Farmacyi WŁ. FERENCOWICZA, skorupę kamienia stanowią fosforany i moczany, jądro szczawiany.

W przypadku naszym co do wyboru metody operacyjnej nie można się było wahać, wielkość kamienia, a także trudność wprowadzenia narzędzi nie pozwalały na litotrypsyję, tak samo i nad cięciem kroczowem przewagę w danych okolicznościach zdawało nam się mieć cięcie podbrzusne. Wynik nie zawiódł oczekiwań. Niemile a rzadkie powikłanie obrośnięcia kamienia, nadzwyczaj utrudniło nam wydobywanie kamienia, co zajęło czasu daleko więcej, niż sama operacyja i przyczyniła ogromny uraz pęcherza, co jednakże na przebieg po operacyjny wielkiego wpływu nie miało; przy cięciu kroczowem wydobywanie kamienia byłoby jeszcze daleko trudniejszem, lub może nawet niemożliwem.

Wprowadzenie do odbytnicy kolpeurynteru podnosi i przesuwają pęcherz ku przodowi, zbyt często jednakże kolpeurynter pęka; za to tampon spełnia prawie w zupełności jego zadanie. Napełnienie pęcherza moczowego płynem było w naszym przypadku niewykonalnym, pomimo to był on zupełnie dostępnym. Przeprowadzenie podwójnej nitki na linii środkowej przez warstwę mięśniową, sposobem Dr. ORŁOWSKIEGO było nam nadzwyczaj pomocnym. O zszyciu rany pęcherzowej z powodu rozkładu moczu i silnego urazu mowy być nie mogło; z powyższych przyczyn i gojenie trwało długo, uwieńczyło się jednakże zupełnie pomyślnym skutkiem.

A. Żaleski [Łęczycyca].

## LIST OTWARTY do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Towarzystwo lekarskie Krakowskie oddawna już wyświadcza medycynie krajowej wielką usługę, podając sprawozdania z prac polskich lekarzy do dzienników niemieckich. Należy mu się za to wdzięczność, iż zaznajamia świat uczoney z pracami naszymi, jeśli nie zawsze posuwającymi naukę naprzód, to w każdym razie dążącymi do tego. Przed kilku laty Towarzystwo Krakowskie niby miało zaniechać tej pracy, że tak powiem obywatelskiej. Wiadomość ta nie mogła nie zasmucić dbających o korzyść podobnego zaznajomienia; ale towarzystwo to, pełne świadomości znaczenia podobnych referatów, postanowiło i nadal udzielać ich, czem wyświadcza medycynie krajowej rzeczywistą usługę. Dr. Rogowicz wydawaniem Roczników Lekarskich nie tylko ulżył pracy Towarzystwu Krakowskiemu, ale i krajowym lekarzom wyświadcza wielką usługę, przedstawiając im treściwe sprawozdanie z ich prac i układając dokładny obraz działalności naukowej naszych lekarzy. Jest to niby rachunek sumienia lekarzy polskich. Z pociechą widzimy, że liczba piszących powiększa się, że wartość naukowa samych prac znacznie się podnosi i że wiele samodzielnych, posuwających naukę naprzód prac naszych, znalazło miejsce w najpoważniejszych pismach lekarskich rozmaitych narodów. Dziś już upadło to przekonanie, że niema potrzeby uczonych zagranicznych zaznajamiać z pracami naszymi, ale owszem przeświadczyliśmy się, żeśmy sami o to starać powinni. Najwyższa instancja nasza naukowa, Akademia umiejętności podaje do wiadomości o swojej czynności obojczykom w obcych językach. Widzimy, że Szwedzi, Duńczycy, Portugalczycy, Hiszpanie również starają się o rozpowszechnienie wiadomości o swoich pracach naukowych, za pośrednictwem literatur wyżej stojących, więcej rozpowszechnionych. Tym bowiem sposobem wchodzimy w koło życia inteligencji europejskiej, lecz swoją pracą naukową, że tak powiem, kupujemy dla siebie szacunek, poważanie inteligencji, największy wpływ wywierającej i pozabawiamy się co najmniej lekceważenia, jako nie wnoszący nie do skarbnicy życia umysłowego. Z największą pociechą teraz widzimy, że coraz większa liczba najpoważniejszych pism, nie tylko niemieckich, lekarskich domaga się streszczenia prac lekarzy polskich, aby je umieszczać w tomach pism swoich.

Stosując to do chirurgii polskiej, szczególnie do statystyki chirurgicznej, znajdujemy, że ogromna u nas masa materiału tego ginie i może z czasem zupełnie zginąć. Nie mamy statystyki żadnej z wielkich operacji, robionych szczególnie w kraju i po za krajem przez chirurgów polaków. Nie wiemy nic o ilości dokonanych amputacji, wyłuszczeń, resekcji, herniotomii, podwiązań naczyń większych i t. d. Ostatniemi czasami z przyjemnością spotykamy się z wiadomościami o wykonaniu przez chirurgów naszych dziś najtrudniejszych operacji nowszych, po których pomyślnie zejście nie jest gorsze od tychże operacji, dokonywanych przez znakomitości innych części Europy. W Niemczech widzimy, że nie ginie ani jeden przypadek operacji, podany do powszechnej wiadomości, każdy bywa policzony. Francuska młodzież lekarska w swoich „Theses“ również zbiera wszystko co tylko zrobiono i opisano. Amerykański zarząd lekarski ze zdumiewającą nad podziw skrzętnością, łączy pracę naukową lekarską u wszystkich narodów zbiera i przechowuje w swoich sprawozdaniach. Może się zdarzyć, że polakowi lekarzowi wypadnie szukać wiado-

mosci w tych dziełach amerykańskich o pracach swoich rodaków, co z trudnością u siebie znajdzie. W Rosyjskiej prasie lekarskiej agituje się sprawa zbierania danych o operacjach w Rosyi dokonanych. My nic podobnego nie mamy i nasze dane statystyczne o operacjach mogą z czasem zupełnie zaginać. Czytając nasze pisma lekarskie, widzimy, że autor, opisując swój przypadek chirurgiczny, dołącza podobne przypadki z cudzoziemskiej praktyki, a zupełnie podobny przypadek przed 3—5 laty umieszczony w temże piśmie swojskiem lekarskiem pomija. Czy to pochodzi z zapomnienia, nieznajomości swojej literatury, czy też z lekceważenia jest to w każdym razie stratą, niesłuszną. Otóż aby przyjsé do świadomości naszej czynności chirurgicznej, do poznania skutków tej działalności, aby nie zginęły owoce tej naszej pracy, należy ułożyć, tabelle, spisy wielkich operacyj: amputacyj, wycięć, wycięć kamienia, podwiązania większych naczyń i t. d., słowem jak największej ilości operacyj. W czasopismach cudzoziemskich medycznych, np. w Archiwie Langenbecka i innych, znajdujemy podobne tabele, gdzie bardzo rzadko spotykamy wzmiankę o operacjach polskich chirurgów, lubo podobne operacje były dokonywane i opisywane przez nich. Jeślibyśmy mieli podobne tabele, nie byłyby podobnego stać się nie mogło. Obey uczeni najchętniej by korzystali z podobnych danych. My sami tylko możemy i powinniśmy to zrobić. Praca podobna może być dokonana w Warszawie, Krakowie, i po części we Lwowie. W Warszawie najłatwiej o podobne dane statystyczne; tu bowiem znajdują się w komplecie w bibliotece Towarzystwa Lekarskiego wszystkie pisma lekarskie polskie, wydawane w rozmaitych miejscowościach. Niewątpimy, że wydania dzieł, rozpraw, dzienników lekarskich Wileńskich tylko tam się znajdują. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, wydając wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach swojego Pamiętnika 1837—1876 r., wyświadczyło ogromną usługę przyszłym badaczom historyi medycyny polskiej. Tygodnikowi lekarskiemu D-ra L. NATANSONA należy wdzięczność za rozbudzenie, zachęcenie do pracy medycznej naukowej. Zawiera Tygodnik ten cenne materiały w podawanych sprawozdaniach ze szpitali większych, a nawet mniejszych w Królestwie. Jeśli te sprawozdania nie zawsze były na stopie wymaganej przez naukę, to dziś są one cenne z tego względu, że zawierają dane do statystyki chirurgicznej, których już dziś więcej niepodobna prawie odnaleść gdzieindziej. Teraz przy daleko większych wymaganiach redakcyj naszych pism czasowych, to źródło ginie. W bardzo poważnych pismach lekarskich np. *Archiv für Chirurgie* LANGENBECK'a są pomieszczone sprawozdania z mniejszych, nie uniwersyteckich szpitali, głównie dla materiału statystycznego, z którego się korzysta przy układaniu statystyki operacyjnej. W historyi szpitali w Królestwie wydanej przez s. p. profesora GIRSZTOWTA znajdują się ciekawe i cenne dane dla statystyki chirurgicznej. Pod innym względem biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego może być bardzo korzystną, posiadając liczne pisma obce krajowi. W pismach tych, zwłaszcza Wiedeńskich i Berlińskich, podane są opisy operacyj w Polsce zrobionych, już to przez Polaków, już to Niemców. Tak w zbiorach LANGENBECK'a znajdujemy sprawozdania między innymi z operacyj zrobionych w klinice Krakowskiej przez prof. BRYKA. W pismach tych znajdują się sprawozdania z czynności szpitali w Galicyi i Poznańskiem. I tam więc wypadnie szukać danych do statystyki chirurgicznej polskiej. Oprócz tych źródeł, które się dadzą użytkować i w innych miastach uniwersyteckich — w Krakowie, Lwowie — Warszawa jeszcze posiada i inne źródła bardzo ważne i może być nawet jedyne, t. j. archiwum bylej Rady lekarskiej, w którym zapewne złożone są wszystkie raporty ze szpitali i szpitalików Królestwa, a w nich zapewne można znaleźć dane o operacjach w nich dokonywanych, a do powszechnej wiadomości nie podanych. Zarządy gubernialne lekarskie również powinni przechowywać żądane dane.

Oprócz wyżej przytoczonych warunków, Warszawa ma inną jeszcze przewagę. Tutejsi lekarze, mogą korzystać ze źródeł rossyjskiej prasy lekarskiej, urzędowych dzienników [Wojenno-medycyński Żurnał i pisma czasowe przez Ministerjum spraw wewnętrznych wydawane]. Tu są umieszczane urzędowe sprawozdania ze szpitali i rozprawy przez lekarzy polaków pisane.

Z tego, cośmy tylko co powiedzieli, wynika, że lekarze warszawscy, pod względem dokonania podobnej statystyki chirurgicznej, są w najodpowiedniejszym położeniu. Dla Galicyi, a po części i dla Poznańskiego, „Przegląd Lekarski“ w ciągu 25 lat istnienia wyświadczył ogromną usługę, podając opisy operacyj nie tylko trudniejszych, pierwszorzędnego znaczenia, klinicznych, ale i z mniejszych szpitali i mniej ważnych operacyj. Roczniki Towarzystwa Jagiellońskiego zawierają także prace lekarskie. Przy ustaleniu się dzisiejszych warunków autonomicznych w Galicyi, we

Lwowie skupiają się wszelkie dane, szpitali galicyjskich tyczące się. Przytem już nie giną dane chirurgiczne, jak to widzimy ze sprawozdań szpitali składanych sejmowi i drukowanych przez tak światłego i o dobro szpitali dbałego inspektora D-ra JANA STELLĘ SAWICKIEGO. W każdym razie w odpowiednich biurach urzędowych we Lwowie można znaleźć wiadomości o operacjach, nie tylko ostatnimi czasy dokonanych, ale dawniej, i nietylko ważniejszych, ale i mniej ważnych. Dla uzupełnienia obrazu chirurgicznej czynności, nie należy i tych ostatnich zaniedbywać. One bowiem służyc mogą do scharakteryzowania stanu zdrowotnego kraju całego, jego części w pewnym okresie czasu. Z tego wszystkiego cośmy powiedzieli wnioskujemy, że głównie w Warszawie, Lwowie, Krakowie można się wzięść do ułożenia statystyki chirurgicznej. Do tej wyłącznie gabinetowej pracy na prowincyi wzięść się niepodobna. Jest to praca, która powinna być dokonana przez młodzież lekarską w oznaczonych miastach zamieszkałą, mającą wszelkie źródła pod ręką, przez młodzież dobijającą się o dobrobyt i mającą jeszcze dość czasu wolnego. Naturalnie, że prace podobne mogą być dokonane li przy zachęcie i materyjalnej pomocy towarzystw naukowych i redakcyj pism lekarskich, czy to przez wyznaczenie premij, czy też wynagradzanie podobnej pracy mozolnej. Możeby podobne zadania premijalne częściej wywoływały odpowiedzi żądane i nie byłoby potrzeby zmieniać nadarmo zadań. Umieszczenie podobnych prac w łamach pism lekarskich, podniosłoby jeszcze bardziej znaczenie pisma i wdzięczność za przechowanie skutków pracy swoich chirurgów i za to, że te dane stałyby się własnością chirurgów wszystkich narodów. Postępując w podobny sposób możebyśmy byli do tyła szczęśliwi, że powołalibyśmy do życia nowych pracowników na pole literatury lekarskiej krajowej, jakim był niezapomniany autor Słownika lekarzów polskich, który utorował drogę dla przyszłych badaczy.

Układanie statystyki chirurgicznej może mieć znaczenie nietylko ze względu na same liczby, ale i na wyświetlenie i innych warunków zdrowotnych. Rozpatrując się w danych statystyki chirurgicznej, widzimy, że w pewnych krajach przemagają jedne operacje, w drugich zaś inne, i że zejścia po tychże samych operacjach nie wszędzie są jednostajne. Jeśli niepodobna nieuznać wpływu nanki na pomyślność zejścia po operacji, większego doświadczenia chirurga, sposobu opatrywania ran w czasie i po operacji, warunków w jakich się zaajduje chory po operacji, to jednakże istnieją i inne warunki otaczające chorego, niemniej silnie wpływające na powstanie chorób chirurgicznych i na zejście po operacjach. Oddawna to już wiadomo, że operowani rozmaitych narodowości nie jednostajnie oddziałują na operacje, nie jednostajnie je znoszą. Inne są warunki pod każdym względem, w jakich żyją Angliey, Skanlynawi, Włosi, i mieszkańcy porzeza Wisły, Prypyci. Jeśli istota choroby, zmiany anatomopatologiczne, np. w zapaleniu płuc, są wszędzie jednakowe, to oddziaływanie organiczne, właściwe tej chorobie, różne jest u tych narodów i różne musi być leczenie. Porównajmy statystykę operacji Anglików, Włochów i naszą, to przekonamy się, że wielka panuje różnaitość co do samych operacji, ich ilości i zejść. Tu różnice narodowościowe występują na jaw. Wspomniane narody zamieszkują oddzielne terytoryja, całkiem różne pod względem klimatycznym, byt ich etnograficzny, socyalny również jest różny, odmienny. Wszystkie względy te przyczyniają się, że tak powiem, do chirurgicznej endemii każdego kraju. Jeśli przemysł Angielski powoduje większą liczbę operacji z przyczyn traumatycznych, to ich sposób życia wyspiarski, ich dyjetycznie-hygieniczne warunki, przyczyniają się do częstszego cierpienia układu naczyniowego, powstania aneuryzmatów. Porównując np. statystykę chirurgiczną angielską i włoską widzimy, o ile one są różne od siebie i o ile w każdej z nich panuje pewna jednostajność chorób. Są to bowiem dwie zupełnie różne narodowości, żyjące całkowicie w różnych warunkach. W środkowej Europie, w Austrii, tego nie widzimy. Tu należy uwzględnić, przy zbieraniu danych ze statystyki chirurgicznej, nietylko rozmaite narodowości, ale i rozmaite pod względem klimatycznym terytoryja. Są tu i górale i mieszkańcy niskich, obszernych dolin. Jedni zostają pod wpływem północnych, północno-wschodnich wiatrów, inni zaś są ctozczeni klimatem Południowym, są pod wpływem morza Śródziemnego. Mieszkańcy Galicyi pod wielu względami — geograficznym, co do sposobu życia zostają w tychże samych pewnych warunkach. Mieszkańcy porzeza Wisły, Niemna, Dźwiny i początku Dniepru wystawieni są na wpływy wiatrów północnych, północno-wschodnich. Obserwacje meteorologiczne wskazują, że wiatry z morza Bałtyckiego wiejące, w Polsce i Litwie dochodzą do Kowla, a potem zwracają na Wschód [Pamiętnik Fizyograficzny T. I]. Skutkiem tych wiatrów zimnych, wilgotnych, będą jednostajne wpływy wa-

runkujące powstanie gośćców, ostrych zapaleń, które mogą spowodować dokonanie operacji chirurgicznych—(pleuritis, hydro-pyothorax). W nieco odmiennych znowu warunkach zostają mieszkańcy porzeza Dniestru, Bugu i dolnej części Dniepru. Zimy tu są krótsze, lato cieplejsze i dłuższe a wiatry południowe częstsze. Kraje te są suchsze, mniej błotniste. Wszystko to się odbija wyraźnie i na mieszkańcach tych części kraju, jeśli porównać ich z mieszkańcami Polesia, porzeza Trypeci. Warunki wielkich stepów, poczynających się od lewego brzegu Dniepru, szczególniej Donu i sięgających w głąb Azji oczywiście są różne od tego, czemu podlega; mieszkancie prawego brzegu Dniepra i dalej na Zachód zamieszkały.

Przy układaniu statystyki lekarskiej, zwłaszcza chirurgicznej, niedość zwracać uwagę na warunki terytoryjalne, ale baczycь należy i na wpływy rasowe. Niekażda rasa, niekażda jedność narodowa, jednostajnie usposobiona jest do zniesienia operacji chirurgicznych. Chirurgowie europejscy uznają nas Polaków za bardzo nerwowych, mniej wytrzymałych na wielkie operacje od operowanych rasy Anglo-saksońskiej, Niemieckiej. Inne stosunki przyrodzone nas otaczają niż członków rasy jacińskiej, romańskiej. Doświadczenie moje osobiste, co każdy chirurg Kaukaski potwierdzi, pokazują, że wytrzymałość osobistości, należących do rasy Turańskiej, Tiukskiej, żółtej jest zadziwiająca. Ogromne rany brzucha z wypadnięciem kiszki, zranienie ich sztyletem, tak często w Tyflisie wskutek bójek, napotykanę, zdumiewają swoim zejściem pomysłem. Górale Kaukazy również podziw budzą swoją wytrzymałością na operacje i dobrem zejściem. Można wielką zrobić operację góralowi bez chloroformu; wytrzymują spokojnie, hańbą bowiem jest krzyczęć, upadać na duchu przy chirurgicznych rękoczynach. Ale na bóle przy cierpieniach wewnętrznych narządów są daleko mniej wytrzymali. Niepodobna tu nie udzielić faktu z swojej praktyki. Jeżdżąc po Kaukazie byłem zmuszony operować nieraz bez zachowania prawideł, antyseptycznych. Tak raz zwyczajnym małym tenotomem wypuściłem ciecz surowiczą z kolana przy *hydrarthrosis genu*, u Awarea, mieszkańca Średniego Dagestanu, zastosowałem potem opaskę uściskającą. Byłem zdziwiony, że u chorego w parę dni po opatrunku nie było żadnego odczynu ani miejscowego ani ogólnego; góral dobrze się czuł. Z innemi mieszkańcami dolin Kaukaskich, nie odważyłbym się tak śmiało na podobną operację. Ta właściwie wytrzymałość narodów Turańskiej rasy mogła ośmielić chirurgów do otwarcia jam brzucha i innych.

PIROGOW w opisie swojej podróży na Kaukaz r. 1847, wypowiada swoje zdziwienie i szczerze pomysłnych zejść ran postrzałowych u górali, krajowców, a nawet przybyszów, stosowaniu miejscowego sposobu leczenia ran postrzałowych. Zamierzając później o tem obszernie udzielić, nie mogę nie powiedzieć, że rasowe usposobienie i sposób życia ma na to. Jesliby się udało ułożyć statystykę chirurgiczną rozmaitych krajów, to na pewno wykazałoby, że wpływ narodowościowe, rasowe nader silnie by się uwidoczniły. Układacze statystyki chirurgicznej, jeśli się znajdują, nie będą mogli nie zauważyć, że rasy i w wielkim obszarze kraju, zapewne dadzą się zauważyć. Z tego cośmy powiedzieli wistocie rzecz, że w krajach, gdzie mieszkają górale, w rękach światłych medyków, rozwijają się, w rękach lekarzy, którzy nie są oddzieleni od życia, ich zejścia, usposobiająca do pewnych uderzających różnic zachowania wytrzymałości. Te warunki zmuszają lekarza do stosowania miejscowego sposobu leczenia. Znakomity stary BAGLIVI zawsze i podając leczenie. Proponowane przez nas, na przykład, w krajach, gdzie nie ma warunków do czynnych operacji, może się przyczynić do rozwiązania kwestji zejścia po operacjach.

Pozwoliły sobie zakończyć ten nasz list na  
Niech każdy robi co każe  
A całość sama się złoży.

Tyflis, 11. X.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołączone są tablicę fotodrukowaną do artykułu o „Twardzieli” z VII Gazety Lekarskiej, oraz Katalog księgarni W.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redakcja

Доводено Цезарюю Варшава, 18 Декабря 1887 г.



W W A R S Z A W I E W Y R O B U W Ó D

S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

## APTEKA

MAGISTRA FARMACJI

## WINCENTEGO KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE,

ulica Elektoralna N. 39.



Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej:

**Wino Rabarbarowe** czyste pół butelki 2 rsr.**Wino Rabarbarowe** z korą ehiny królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 50 kop.**Wino z Chiną i z Kakao** (via de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o :

**Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.**Tran** lekarski oczyszczony, cena względna do cen handlowych**Tran** lekarski zwyyczajny,**Wino z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.**Wino kousinat comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko

w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu,

nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych

brzusznym, w cierpieniach hemoroidalnych,

osób nerwowych, osłabionych, blednicą

a skłonnych, a na cho-

nie zostało.

iński.

M A G I S T R

Brühl,

Mają w Meranie, Villa Livonia;  
w Gleichenbergu, Villa Max.

12—7

MOWSKI

zimy praktykować będzie

REMO

20—15

MINERALNYCH NABUTELKI I SYFONY.

1