

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych, to jest: w Szpitalu Ś-go Jana Bożego dla mężczyzn i w Szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet za rok 1868. Napisał Dr. med. *Adolf Rothe*, Naczelny lekarz, Członek towarzystwa niemieckich psychiatrów. Czy włókna nerwowe, czuciowe i odruchowe są też same, czy też różne? Przez *Bronisława Wolskiego*. **Kronika Zagraniczna.** O herniotomii bez otwierania worka przepuklinowego. Streścił Dr. *M. Gruell*. **Korrespondencya z Paryża.** Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu. Przez *Dra Żulińskiego*. (Ciąg dalszy). **Wiadomości bieżące.** O użyciu eteru w celu ułatwienia digestyi tłuszczów, a w szczególności tranu rybiego. **Dodatek.** Farmakologii arkusz 20-ty Tomu II-go, Histologii i Histochemii arkusz 51-szy, Oftalmologii arkusz 13-ty Tomu III-go.

Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych, to jest: w Szpitalu Ś-go Jana Bożego dla mężczyzn i w Szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet, za rok 1868.

Napisał Dr. med. *Adolf Rothe*,
Naczelny Lekarz, Członek towarzystwa niemieckich psychiatrów.

Nim przystąpię do zdania sprawy z czynności czysto lekarskich, w naszych Warszawskich Zakładach dla obłąkanych i dotkniętych padaczką, za rok ubiegły, licząc od 1 (13) stycznia 1867 roku, czuję się w obowiązku przede wszystkim tak Radzie głównej opiekuńczej Zakładów dobroczynnych, jak i Radom Szczegółowym, podziękować za chętne i prędkie wykonanie zmian, jakie uważałem za konieczne porobić dla dobra tylu méj opiece, powierzonych chorych.

Zmiany te, ze znacznemi połączone wydatkami, głównie odnoszą się do Szpitala Ś-go Jana Bożego i są następujące:

I. Przerobienie wychodków w oddziale ogólnym położonych, jak to w „Opisie Szpitala Ś-go Jana Bożego“ na stronnicy 8-méj wykazałem, przy wyjściu ze sali Ś-go Jana, do sieni obszernéj i światléj. Urządzenie to niebyło możliwém w taki sposób uskutecznić, aby wszelkim warunkom odpowiadało, lecz usunięto przynajmniej nieznośny smród, który dawniej zanieczyszczał powietrze w téj części; co znacznie wpływa na polepszenie higieny w oddziale ogólnym.

II. Wybudowanie, w miejsce zniszczonej przez czas, nowej altany w ogrodzie pensyonarskim klasy II-jej.

III. Wystawienie obszernej nowej łaźni parowej, dla użytku, obok starych wanien przy oddziale ogólnym, chorych ogólnych jak i pensyonarzy.

IV. Urządzenie w ogrodzie dla pensyonarzy klasy I, obszernej i dobrej lodowni, a nad nią sali na skład bielizny i odzieży dla chorych, przezco zyskano używaną dotąd na podobny cel piękną salę obok mieszkania intendenta, a którą przerobiono na salę posiedzeń. Dawniejszą zaś salę posiedzeń z przyległym małym pokojem, obok kancelaryi administracyjnej, oddano na użytek dla chorych spokojnych oddziału pensyonarskiego klasy II.

V. Urządzenie na obszernym placu obok ogrodu pensyonarzy klasy I, przyrzędu gimnastycznego, kręgielni, dla wszystkich bez wyjątku chorych, tak w celu leczniczym, jak i dla zabawy. Ćwiczenia gimnastyczne odbywają się regularnie codziennie pod nadzorem i kierunkiem jednego z felczerów, który z zasadami gimnastyki, wyłącznie na ten cel obznajmiony został.

Lekarze oceniają, którzy chorzy i w jaki sposób gimnastyką zająć się mogą, i to w tym celu zaprowadzoną została w oddziale każdego lekarza osobna księga, w której zapisuje się, jakim ćwiczeniem gimnastycznym, lub jaką pracą każdego chorego zatrudnić należy.

VI. Rozszerzenie tak zwanych komórek ogólnych i nadmurowanie całego piętra, przezco zyskano nowe komórki, oraz wielką salę i mieszkanie dla sekretarza. Sala nad komórkami przeznaczoną została dla robót ręcznych, a mianowicie wyplatania słomianek pod kierunkiem felczera, który z robotą tą w domu pracy się obznajmiał.

Obaj ci felczerzy, oprócz zwykłych swoich zajęć pełnią obowiązki instruktorów, za co Rada Szczegółowa wyznaczyła im oddzielne wynagrodzenie.

VII. Nakoniec nadmienić muszę, iż dawniejsza tak zwana sala niebieska, na pierwszym piętrze, obok mieszkania intendenta przeznaczoną została na warsztat krawiecki, gdzie chorzy (jeżeli się takowi znajdują) pod kierunkiem i nadzorem miejscowego krawca pracują. Tym sposobem w ciągu roku upłynionego dużo zrobiono dla polepszenia i podniesienia zakładu; tak, że wiele zagranicznych, o czém naocznie miałem sposobność przekonać się, bez porównania niżej od naszego stoją. Zrobiono w starym Zakładzie co było możliwem, lecz z tém wszystkiem nie można go nazwać wzorowym.

Nie mniej obowiązany jestem Radzie Szczegółowej Szpitala Dzieciątka Jezus, która przychyłając się po naocznem przekonaniu, do wniosku mego, ustąpiła dla oddziału obłąkanych tak zwany Nr. 15, składający się z dwóch wielkich i dwóch mniejszych pokoi, oraz osobnej wanny. W numerze tym mieści się do 30-tu zniedołężniałych chorych, którzy dla rozmaitych przyczyn nie mogą być wypisani.

Dwa większe pokoje służą na sypialnie, a trzeci na pracownię. Przez ustąpienie sali 15 oddział ogólny dla obłąkanych kobiet, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, bardzo wiele zyskał pod względem higienicznym, co zarazem oddziałowa na leczenie, lecz pomimo tego polepszenia oddział ten pod każdym

względem jeszcze bardzo wiele pozostawia do życzenia, tém więcej, że liczba chorych, prawie z każdym dniem tak wzrasta, że przepełnienie bardzo przykre sprawia wrażenie.

Pod względem administracyjnym i czysto lekarskim, żadne nie zaszły zmiany; a porządek zaprowadzony w roku 1867, okazał się zupełnie zadawalającym; pozostaje tylko do życzenia, aby administracja przeszła w ręce lekarskie, a to z powodu, że zakład dla obłąkanych czy leczniczy, czy dla pielęgnowania, czy na koniec jak nasze mięszany, jest instytucją zupełnie odmienną od innych zakładów dobroczynnych.

Sam zakład przez się jest najpierwszym środkiem leczniczym, stosowanym przez lekarza do osiągnięcia wiadomych rezultatów, to jest do wyleczenia lub pielęgnowania chorych, dotkniętych cierpieniem umysłowem. Organizacja zakładu ożywioną zostaje przez zarząd, a zarząd jedno może mieć zadanie t. j. leczenie chorych.

Zarząd zakładu zatem jest główną częścią składową aparatu leczniczego, racjonalnie rzeczy pojmując, jeden bez drugiego istnieć niemoże. Leczenie chorych umysłowych i zarząd czyli administracja zakładu powinny stanowić jedną nierozdzieloną całość, z tego powodu lekarz naczelny, czyli jak go w zakładach zagranicznych nazywają dyrektor, *eo ipso* powinien być administratorem, gdyż wiedza, czyli wiadomość administracyjna, staje się częścią wiadomości lekarskiej, a kwestye administracyjne kwestyami lekarskimi.

Z przytoczonych powodów wszyscy bez wyjątku psychiatrzy jednozgodnie twierdzą, że tylko lekarz powinien być naczelnikiem zakładu dla obłąkanych, inaczéj administracja staje się martwym mechanizmem, a nie, jak to być powinno organizacją leczniczą *).

Zakład sam przez się, jak to już w poprzednich swoich pracach wypowiedziałem, jest najpierwszym i najsilniejszym środkiem leczniczym, powodzenie, a tém samém ogólne dobro chorych zawisło, od prędkiego i niezwłocznego wykonania środków, które uzdrowienie chorego mają na celu, takie jednak wykonanie tam tylko staje się możliwem, gdzie całym zakładem jedna kieruje osoba. Z tego powodu zakład dla obłąkanych, powinien być uważany za jednolitą całość, którego duszą kierującą może być tylko dyrektor.

Z tego wynika, że dyrektor w swym zakładzie powinien być zupełnie niezależnym, cała służba tak wyższa jak niższa, lekarska i administracyjna, tylko od niego odbiera zlecenia, on zaś za czynności swe i rozporządzenia, staje się odpowiedzialnym tak przed rządem jak niemniej przed publicznością oddającą swych chorych do zakładu.

L a n g e r m a n n mówi: „najważniejszym punktem środkowym, całą podstawą każdego zakładu dla obłąkanych jest i będzie zawsze lekarz.“

D a m e r o w tak się wyraził: „lekarz naczelny każdego zakładu dla obłąkanych, powinien być duszą nim kierującą.“

Takie stanowisko zajmują oniemi prawie wszyscy dyrektorowie zagranicznych zakładów w Niemczech, Szwajcaryi, częściowo w Belgii i w nowo urządzonych zakładach Francyi; gdyż tylko takie jest właściwem i potrzebie odpowiadającym.

*) S e i f e r t. Die Irrenheilanstalt. pag. 6.

Jak w sprawozdaniu za rok 1867, tak i za rok ubiegły zamierzam trzymać się tegoż samego porządku t.j. najprzód przedstawię liczebnie ogólny ruch chorych znajdujących się w naszych zakładach, bądź na kuracyi, bądź na pielęgnowaniu i dozorowaniu; a następnie przejdę do pojedynczych specjalnych spostrzeżeń.

Zakłady nasze jako m i ę s z a n e, bez względu na szczupłe pomieszczenie, przyjmowały chorych bez wyjątku, tak z Warszawy jak z Prowincyi lub innych państw, jeżeli tylko zaopatrzeni byli w wymaganą kwalifikacyę, a w ciągu całego roku, nie było ani jednego wypadku, aby odmówiono przyjęcia szukającym ratunku, lub schronienia.

Nadmienić tu jeszcze muszę, że co do liczby chorych pozostałych z roku 1867, zachodzi w sprawozdaniach pewna różnica, z powodu, iż w poprzednim liczono od 1-go stycznia do 1-go stycznia; w terażniejszym zaś od 1 (13) do 1 (13) stycznia, dla zrównania liczb ze sprawozdaniem urzędowem.

Z p r z e s z ł e g o t. j. 1867 r., c z y l i 1 (13) s t y c z n i a 1867 r.
p o z o s t a ł o.

	Obląkanych.	Epilepty- ków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	150	35	2	187
Kobiet	98	28	—	126
R a z e m	248	63	2	313

Wykaz ten stwierdza poprzednio wyrzeczone zdanie, iż zakłady nasze cierpią z powodu przepełnienia, i to co z bólem serca wyznać musimy, choremi po większej części nieuleczalnemi. Nie wpływa to korzystnie na zakłady, dla tego też czuć daje się dotkliwie, potrzeba urządzenia nowego zakładu, w ściśleńm połączeniu z fermą. W porównaniu z rokiem 1867 w zakładach naszych pozostało więcej z początkiem r. 1868 mężczyzn 17 a kobiet 12, czyli razem 29.

D o t y c h p r z y b y ł o w r o k u 1868.

	Obląkanych.	Epilepty- ków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	128	19	1	148
Kobiet	147	139	1	287
R a z e m	275	158	2	435

Z a t e m w c i a g u r. 1868 l e c z o n o o g ó ł e m.

	Obląkanych.	Epilepty- ków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	278	54	3	335
Kobiet	245	167	1	413
R a z e m	523	221	4	748

Zastanawiając się nad cyframi leczonych w naszych zakładach, widzimy pewną różnicę, bo gdy w roku 1867 liczba obłąkanych mężczyzn i kobiet była zupełnie równa, w roku 1868, przewaga jest na stronie mężczyzn, których było więcej niż kobiet 33. Tak więc stanęliśmy na równi, z największą liczbą zakładów zagranicznych, gdy przeciwnie w roku 1867, jak to wtenczas wykażalem, stanęliśmy na równi z zakładem francuzkim St. J o n i ze spostrzeżeniami E s q u i r o l a.

Porównyując zakłady zagraniczne, a mianowicie Rossyjskie, Szwedzkie, Niemieckie, Szwajcarskie, Angielskie, Amerykańskie i Francuzkie południowe z naszymi, to stosunek obecny, jest stalszy aniżeli w roku 1867. Lecz wykazane cyfry potrzebują dalszego badania, aby z nich pewne wyprowadzić wnioski.

Stosunek chorych dotkniętych padaczką, taki sam jak w roku zeszłym pozostał, przeważna liczba bo 120, więcej było kobiet niż mężczyzn, jeżeli nadto nadmienię że cały ten kontyngens, jedynie tylko Warszawa dostarczyła, to nieulega wątpliwości iż powodów szukać należy w życiu, jakie kobiety stanu niższego, do których wyłącznie nasze chore należały, tu prowadzą. Najgłówniejszą przyczyną jest nadużywanie napojów wysokowych, oddziaływających na mózgowie i na rdzeń przedłużony. Przyczem uwzględnić należy, iż do oddziału obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, nadsyłają chorych z całej Warszawy, bez należytej kwalifikacyi.

Z ogólnej liczby leczonych, w roku ubiegłym było mniej, niż w roku 1867, mężczyzn 10, kobiet 7, czyli razem osób 17. Liczba ta tak jest mało znaczną, że żadnej do tego uwagi przywiązywać nie można.

Z o g ó l n e j l i c z b y c h o r y c h u b y ł o w r. 1868.

	Obłąkanych.		Epileptyków.		Pokąsanych.		R a z e m.		
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Ogól.
Zdrowych	47	67	6	6	3	„	56	73	129
Polepsz. i bez polepsz.	35	40	12	123	„	„	47	163	210
Zmarło	50	27	7	12	„	1	57	40	97
R a z e m	132	134	25	141	3	1	160	276	436

P o z o s t a j e w i ę c n a r o k 1869.

	Obłąkanych.	Epileptyków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	146	29	„	175
Kobiet	108	29	„	137
R a z e m	254	58	„	312

Procent zupełnie uleczonych od cierpień umysłowych przedstawia prawie ten sam stosunek co w roku przeszłym, przewaga dosyć znaczna jest ze strony kobiet, z ogólnej bowiem liczby wyzdrowiało 67 czyli 22%, u mężczyzn zaś tylko 47 czyli 17%, w średnim zaś przecięciu w obydwóch zakładach 114 czyli

18 $\frac{1}{2}$ % . W roku zaś 1867, średni procent wynosił 23 $\frac{3}{4}$ % . Przyczynę téj różnicy poniżej wykażemy.

Procent śmiertelności napozór wydaje się być większym aniżeli w roku przeszłym, gdyż u mężczyzn równał się 18%, a u kobiet 12 $\frac{2}{3}$ %, co średnio w obu zakładach czyni 14 $\frac{2}{3}$ %. Powody tego leżą w formach obłąkania, które u nas przeważną stanowią liczbę wszystkich chorych, i dla których śmierć jest jedynem wyjściem; co również poniżej dowiodę.

Śmiertelność dotkniętych padaczką wynosiła u mężczyzn 13%, u kobiet zaś 7%, przecięciowo 10%.
(Dalszy ciąg nastąpi.)

Czy włókna nerwowe, czuciowe i odruchowe są też same, czy też różne?

Przez Bronisława Wolskiego.

Wiadomo, że z jednej strony podrażnienie jakiejkolwiek części skóry sprawia uczucie bólu, a z drugiej toż samo podrażnienie wywołuje odruchy, które szczególniej po usunięciu mózgowia stają się wyraźnemi. Ponieważ przez podrażnienie jednego i tego samego miejsca zarówno uczucie bólu jak i odruch wywołać możemy, dla tego sądzono, że włókna służące tym dwom funkcyom (przynajmniej na przebiegu od periferji do rdzenia) są jedne i te same, innemi słowy, że włókna czuciowe zbiegające się w tylnych korzeniach i stojące w połączeniu z komórkami tylnych rogów, z jednej strony przechodzą przez tylne pęczki do mózgowia i kończą się w wielkich półkulach, a z drugiej strony łączą się bezpośrednio za pomocą komórek przednich rogów z korzeniami ruchowemi.

Takie zapatrywanie się na podwójną funkcyę tylnych korzeni znajdujemy u wszystkich fizyologów.

Tymczasem I. B e r e z i n (cf. *Centralblatt für medic. Wissenschaften*, Nr. 9, 1866) podaje, że jakkolwiek po przecięciu dwóch dolnych tylnych korzeni wchodzących w skład nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*), żaba przy podrażnieniu słabym kwasem skóry dolnej kończyny, ruchami głowy wyraźnie zdradza uczucie bólu, to jeżeli odcięliśmy jéj głowę poniżej zgrubienia ramieniowego, żadną miarą więcej odruchów, nawet przy użyciu stężonego kwasu siarczanego, otrzymać nie możemy. Po przecięciu 7go korzenia, a zachowania dwóch dolnych (8 i 9) korzeni, zarówno uczucie bólu jak i odruchy przy drażnieniu skóry z łatwością otrzymujemy. Ruchy żaby, zdradzające ból przy zachowaniu 7go korzenia (z obustronném przecięciem 8 i 9go) ustają po wycięciu półkul mózgowych.

Ztąd B e r e z i n wnosi: „że włókna 7-go korzenia tylnego są wyłącznie czuciowemi, kończą się w półkulach mózgowych i nie mają żadnego związku z przyrządami odruchowemi rdzenia kręgowego.“ Średni (8) i dolny (9) korzeń są mieszane, zawierają w sobie zarówno włókna czuciowe jak i odruchowe (excito-motoryjne).

I. S e c z e n o w (cf. *Физиология нервной системы*, 1866, pg. 256), w zupełności przyjmuje podania B e r e z i n a i wedle nich zmienia swój pogląd na wzajemny stosunek odruchowych i czuciowych włókien skóry.

Fakt tak wielkiej doniosłości, jak odkrycie B e r e z i n a , wymagał bliższego zbadania; dla tego też za radą prof. N a w r o c k i e g o przeprowadziłem szereg doświadczeń na żabach, celem sprawdzenia podań wymienionego badacza.

Żabom wycinałem korzenie tylne: po jednej stronie korzeń 7, a po drugiej 8 i 9; ponieważ, jak wiadomo, po tak krwawej operacji żaby są bardzo osłabione, dla tego chodowałem je w słojach przez kilka a nawet kilkanaście dni, aż zupełnie przyszły do siebie; po tém zawieszałem je pionowo w przyrządzie podanym przez S a n d e r s - E z n a (cf. C. L u d w i g. *Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig II Jahrgang, 1868, pg. 4*). Przyrząd ten składa się z pionowo zawieszonyj deseczki, na której znajduje się najprzód drut zakrzywiony, mogący zmieniać swe położenie w kierunku wertykalnym i horyzontalnym, i na tym drucie zawiesza się żaba, w ten sposób, że go przetykamy przez mięśnie, między ramionami dolnej szczęki znajdujące się. Kończyny przednie żaby spoczywają na dwóch odpowiednio umieszczonych drążkach; wreszcie, żeby uniemożliwić rzucanie się żaby, przytwierdzamy ją do dolnego końca deseczki za pomocą drutu, na kształt litery U zgiętego i obejmującego ciało żaby w okolicy kości biodrowych. Tym sposobem możemy wygodnie studyować odruchy na kończynach swobodnie wiszących.

Przyrządu tego używałem tylko przy pierwszych doświadczeniach, w których kończynę dolną zanurzałem w płyn drażniący; przy następnych, gdzie chodziło mi o umiejscowienie bodźca, kładłem żabę na stół, gdyż przy zawieszeniu żaby kwas spływałby i drażnił niepotrzebnie części skóry niżej położone. Ponieważ, mimo licznych usiłowań nie mogłem znaleźć sposobu, któryby mi dozwolił dokładnie przekonać się o tém, że żaba czuje ból; ruchy bowiem głowy, zamykanie powiek i t. d., cytowane jako oznaki bólu, spostrzegałem również często u żab niedrażnionych: sądząc przytem, że oznaki obiektywne bólu, jak krzyk, możemy jedynie otrzymać na wyższych zwierzętach, postanowiłem w niniejszej kwestyi ograniczyć się na zbadaniu odruchów po wycięciu rozmaitych korzeni tylnych, wchodzących w skład nerwu kulszowego. Jeżeli zdołam otrzymać odruchy po obustronném wycięciu 8 i 9go korzenia, w takim razie upadnie dowód przez B e r e z i n a podany, że cewki czuciowe i odruchowe są różne.

Żabom więc w wyżej opisany sposób operowanym, odcinałem głowę poniżej otworów słuchowych; przytwierdzałem je do aparatu S a n d e r s - E z n a , a kończyny celem drażnienia zanurzałem w rozcieńczony kwas siarczany. Rozpoczywałem zwykle od bardzo słabego roztworu, i zwiększałem następnie jego stężenie przez dolewanie kwasu. Przy zachowaniu 8 i 9go korzenia otrzymywałem zawsze odruchy; przy wyłączném zachowaniu obustronnie korzenia 7go kilka razy nie otrzymywałem odruchów, innym razem zaś otrzymywałem je, jakkolwiek były słabsze, niż przy zachowaniu korzeni 8go lub 9go.

Tłómaczyłem sobie tę okoliczność tém, że korzenie średni i dolny są grubsze, zawierają zatem daleko więcej cewek nerwowych centrypetalnych, niż korzeń 7. Przy tém zauważyłem, że gdy tylko same łapki dolne poniżej stawu kolanowego były zanurzone, to przy wyłączném zachowaniu 7go korzenia

nie otrzymywałem odruchów, te pojawiły się dopiero wtedy, gdy przypadkowo kończyna aż powyżej stawu kolanowego w płyn drażniący zanurzoną została.

Ta okoliczność skłoniła mnie do bliższego zastanowienia się, w jaki sposób na skórze rozdzielone są cewki nerwowe, zbiegające się w tylnych korzeniach; jeżeli korzeń 7 zaopatruje tylko skórę powyżej stawu kolanowego, w takim razie jasno pojmiemy przyczynę, dla czego przy zanurzeniu samych tylko łapek wśród podanych warunków nie otrzymaliśmy odruchów.

Zmuszony więc byłem przedewszystkiem zapoznać się dokładnie z obrybem skóry, w którym się rozprzestrzeniają cewki nerwowe, zawarte w 8, 9 a szczególnie 7 korzeniu tylnym.

W Archiwie Reichert'a, 1868, pg. 326, znalazłem piękną pracę A. Koszewnikow'a, dotyczącą tego przedmiotu. Według niego przy wyłącznym zachowaniu 7go korzenia znajdujemy czułość tylko na zewnętrznej połowie obwodu uda, kolana i górnej części goleni. Ósmy korzeń zaopatruje cewkami czuciowymi wewnętrzną połowę obwodu uda, zewnętrzną stronę kolana, zewnętrzny brzeg i tylną powierzchnię goleni i całą stopę wraz z palcami, szczególnie stronę grzbietową. Dziewiąty korzeń rozprzestrzenia się na wewnętrznej powierzchni uda, szczególnie ku tyłowi, w dole podkolanowym, na wewnętrznej połowie goleni, a wreszcie na powierzchni stopy wraz z palcami, mianowicie po stronie podeszwowój. Dziesiąty nareszcie korzeń zaopatruje skórę około odbytu i górną część wewnętrznej powierzchni uda.

Koszewnikow opiera swe podania na wynikach z doświadczeń robionych podwójną metodą, t. j. oznaczał granicę rozgałęzienia każdego korzenia, 1) przecinając wszystkie korzenie wyjąwszy ten, którego rozgałęzienie w skórze badał, 2) przecinając tylko ten, którego rozgałęzienie chciał oznaczyć.

O prawdziwości podań Koszewnikowa przekonałem się w kilkunastu doświadczeniach. Nie podaję ich bliżej dla tego, gdyż obecnie interesuje mnie wyłącznie rozgałęzienie korzenia 7go.

Tém więcej zainteresowały mnie słowa Koszewnikowa: l. c. pg. 330, „*wurde bei meinen Versuchen das Rückenmarck dicht hinter der Medulla oblongata durchschnitten, so gelang es immer durch Reizung der Haut im Verbreitungsbezirke jeder einzelnen von den hier fraglichen Wurzeln Reflexbewegungen auszulösen; ich muss daher die oben erwähnte Angabe von Beresin entschieden als irrtümlich bezeichnen.*“

Po tych doświadczeniach główną uwagę zwróciłem na przekonanie się, czy korzeń 7 zawiera włókna odruchowe, czy też nie. W tym celu wycinałem żabom obustronnie korzenie 8, 9 i 10, zostawiając wyłącznie korzeń tylny 7; skoro żaba przyszła do siebie, ucinałem jój głowę poniżej zgrubienia ramieniowego, i probowałem za pomocą przykładania do skóry kawałków bibuły, napojonych rozcieńczonym kwasem siarczanym (1%), czy nie otrzymam odruchu. Metoda ta użyta przez Sanders - Ezna i Koszewnikowa okazała mi się bardzo praktyczną w tych razach, gdy idzie o umiejscowienie bodźca.

W kilkudziesięciu wypadkach, bez względu na to, czym brał żaby do doświadczeń w kilka godzin, w kilka lub kilkanaście dni po dokonaniem wycięciu, bez wyjątku obserwowałem następujące zjawisko: przykładanie papier-

ków zmoczonych kwasem siarczanym rozcieńczonym do stopy (powierzchni grzbietowej i podeszwowej), do goleni, mianowicie całej powierzchni wewnętrznej, pozostawało bez skutku; lecz skoro tylko przyłożyłem papierek zmoczony kwasem do powierzchni zewnętrznej goleni tuż poniżej kolana, albo na samo kolano lub też powyżej niego do powierzchni zewnętrznej uda, natychmiast następował odruch, żaba w znany sposób łapkę zgiąwszy, robiła gwałtowne ruchy, chcąc usunąć drażniący papierek. Jeżeli po dokonaniu doświadczenia, papierki przylegające do skóry zmył wodą i żabę pozostawił na kilka minut w spokoju, tom mógł na tej samej żabie 2, 3, 4, a nawet więcej razy powtarzać to samo doświadczenie. Sekcja, za każdym razem po doświadczeniu dokonana, przekonała mię, że korzenie 8, 9 i 10 były obustronnie przecięte.

Na mocy więc tych doświadczeń zmuszony jestem objawić: że podanie Berezina jest błędnem, i że korzeń tylny 7 zawiera w sobie zarówno cewki nerwowe odruchowe, jak korzenie 8 i 9.

Kończąc moją pracę nie pozostaje mi nic, jak tylko podziękować Szanownemu Professorowi Nawrockiemu, za radę i pomoc, których doznałem w ciągu niniejszej pracy.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O herniotomii bez otwierania worka przepuklinowego.

(Dr. D o u t r e l e p o n t z Bonn — *Archiv f. Klin. Chir.*, IX B., II Hft.).

Streścił Dr. M. Gruell.

Herniotomia bez otwierania worka przepuklinowego, według S a b a t i e r'a, skuteczną była już przez F r a n c o (który pierwszy operację zaciśniętej przepukliny wykonał) i przez Ambrożego P a r é; otwierali oni worek wtedy tylko, gdy bez tego obrażenia, odłożenie przepukliny wykonać się nie dało. Przecież dopiero J. L. P e t i t, którego nazwę operacja ta pospolicie nosi, pierwszy zwrócił uwagę na pożytki wypływające z oszczędzania worka, i tę metodę operacyjną nader zalecał. Sam używał tej metody w ciągu lat 30, nie odrzucając jednak bezwzględnie metody z otwieraniem worka przepuklinowego; owszem posilkował się tą ostatnią w wypadkach przepuklin zgangrenowanych, i w niektórych razach gdy кишки zawierały ciała obce.

Pomimo to, zalecana przezeń metoda operacyjna nie znalazła uznania chirurgów i prawie poszła w zapomnienie, aż dopiero M o n r o na nowo ją podjął, radząc używać jej dla zapobieżenia obnażeniu kiszek i zetknięciu ich z powietrzem, co według niego stanowiło główne niebezpieczeństwo metody zwyczajnej. Po nim za skutecznością tej metody oświadczyli się A. C o o p e r, K e y i inni.

Od tego czasu operacja herniotomii bez otwierania worka przepuklinowego przechodziła coraz więcej zwolenników w Anglii i obecnie stała się powszechnym nabytkiem tamecznych chirurgów.

We Francyi, po orzeczeniu D u p u y t r e n'a że w większej części wypadków nie pierścien brzuszny ale szyja worka przepuklinowego jest miejscem zaciśnięcia, co M a l g a i g n e posuwał dalej jeszcze zaprzeczając zupełnie możliwości pierwszego wypadku, przeważna liczba lekarzy zaliczyła się do rzędu przeciwników herniotomii J. L. P e t i t'a, tak że po stronie zwolenników spotykają się tylko: B o n n e t, D i d a y a w najnowszych czasach C o l s o n.

Chirurdzy niemieccy także bardzo oględnie i warunkowo tylko, uznawali możność wykonywania herniotomii metodą P e t i t'a i tak: C. J. M. L a n g e n b e c k zaleca oszczędzać worek przepuklinowy w takim tylko razie, gdy w wielkiej przyrośniętej, przed zaciśnięciem już nieodprowadzalnej przepuklinie, zaciśnienie powstało w skutek wypadnięcia nowej części кишки; w takim bowiem razie otwierając worek, wystawilibyśmy na dostęp

powietrza i zostawilibyśmy obnażoną tę część kiszek, która z powodu swego mocnego przyrośnięcia nie mogłaby być odłożoną.

H a s s e l b a c h uważa odłożenie przepukliny bez otwierania worka, w takim jedynie wypadku za dozwolone, gdy wypadłe trzewia pozrastaly się z sobą i z workiem za pomocą zrostów mięsistych i ścięgnistych.

B l a s i u s dopuszcza tę operację tylko pod następnymi warunkami: 1) że wypadłe części nie będą zgorzelonemi i 2) że zaciśnięcie stanowczo będzie mogło być zniesionem przez samo rozszerzenie pierścienia brzuszno; i to jeszcze w takich tylko wypadkach, 1) gdy przepuklina jest świeża i mała; 2) gdy jest bardzo stara i wielka, tak że wypadłe trzewia nie miałyby już miejsca w jamie brzusznej i znowu wypadaćby musiały, albo nawet wcale odłożonemiby być nie mogły; 3) gdy kiszka na większej przestrzeni zrosła się z otrzewną i to w sposób nie do rozdzielania i nakoniec 4) gdy kiszka ślepa lub okrężnica leży na przodzie z powodu spojenia z otrzewną i innymi częściami.

Pod takiemiż w ogóle bardzo ograniczonymi warunkami wykonanie operacji w mowie będącej uważają za możliwe i inni niemieccy chirurgowie jak Z a n g, S e i l e r, C h e l i u s, D i e f f e n b a c h, L i n h a r t.

Stronnikami tej operacji w Niemczech było tylko kilku lekarzy, jak P r e y s s, M a y e r, D a n z e l, w nowszych zaś czasach S c h u h, B u s c h, R a v o t h i B. S c h m i d t.

Szczęśliwe rezultaty jakie p. D o u t r e l e p o n t miał sposobność obserwować w 12 wypadkach wykonanych herniotomij metodą P e t i t a (8 w klinice uniwersytetu w Bonn, 4 w prywatnej swój praktyce) z których 1 tylko, i to niezależnie od operacji lecz z powodu marazmu u 72-letniego starca zakończył się śmiercią, skłonił go także do oświadczenia się za korzyścią wspomnianej metody i zalecenia wykonywania jej w stosownych ku temu wypadkach.

Przegląd 12-tu owych wypadków obserwowanych przez autora zawiera się w następnjej tablicy:

Nr.	Imie pacjentów	Wiek—lat	Rodzaj przepu- kliny	Trwanie zaciśnięcia Godz.	Data operacji	Data wy- puszcze- nia	Skutek	Uwagi
1	Jan D..	72	Przep. udowa lewa. . .	24	2/12 1861	16/12 1861	†	Śmierć wsku- tek marazmu.
2	Fryderyk Z.	57	—	24	13/1 1862	28/2 1862	Wyzdrow.	Kawałek sieci nie mógł być odłożonym.
3	Małgorza. G.	48	—	12	16/2 1862	11/3 1862	Wyzdrow.	
4	Jan H.	1 1/4	Przep. pachwino. zewnątrzna.	26	10/4 1862	21/4 1862	Wyzdrow.	
5	Pan H. S.	59	Przep. udowa prawa . .	16	18/12 1863	15/1 1864	Wyzdrow.	Część sieci nie mogła być od- łożona.
6	Helena P.	28	—	24	10/7 1864	14/8 1864	Wyzdrow.	
7	Ewa H.	70	—	60	28/12 1864	18/1 1865	Wyzdrow.	
8	Agnieszka S.	40	Przep. udowa	36	21/4 1865	13/6 1865	Wyzdrow.	
9	Pan K. M.	60	Przep. pachw. lewa. . .	36	20/9 1862	20/10 1862	Wyzdrow.	
10	Pani D.	73	Przep. udowa lewa. . .	72	17/1 1864	6/2 1864	Wyzdrow.	
11	Izaak L.	60	Przep. pachw. lewa. . .	9	25/5 1865	12/6 1865	Wyzdrow.	
12	Pani A.	43	Przep. udowa prawa . .	4	29/8 1866	24/9 1866	Wyzdrow.	

Pomiędzy temi 12-ma wypadkami było 9 przepuklin udowych a 3 pachwinowe zewnętrzne. Wiek pacjentów był nader różny; raz wykonano operacyę u 15-to miesięcznego dziecka, inni pacjenci częścią byli w średnim wieku, trzech zaś miało przeszło lat 70. Oprócz wspomnianych 12 wypadków, przez czas asystentury autora w klinice, wykonano jeszcze 5 herniotomij, przy których worek musiał być otworzonym, i z téj liczby umarło 4-ch operowanych.

Zanim zastanowimy się nad korzyściami które osiągamy przez oszczędzanie worka przepuklinowego, i zarzutami które przeciwnicy téj metody przeciwko niej wymierzali, powiedzmy słów kilka o saméj operacyi:

P e t i t opisuje ją w następnym słowach: „Po obnażeniu worka przepuklinowego i oczyszczeniu go aż do pierścienia, z pokrywającego go tłuszczu i powłok, wkłada się zgłębnik żłobkowany ze zgiętym końcem między pierścień i worek, i wsunawszy koniec bistura w żłobek, przecina się wszystko co się znajduje po nad końcem zgłębnika. Jeżeli się uważa, że niedosyć rozcięto dla dostatecznego rozszerzenia pierścienia, wsuwa się dalej zgłębnik pod pierścień, i rozcina wszystko co się na nim znajduje. Tym sposobem worek pozostaje całym, a pierścień mniej obciśniętym; części w przepuklinie zawarte mniej są uciśnięte i można wykonać ich odprowadzenie, delikatnie je popychając.

W wypadkach tu przytaczanych odstępowano nieco od tego postępowania, i wykonywano operacyę w następnym sposob:

Uniółszy skórę w składkę, przecinano ją w kierunku podłużnym przepukliny; cięcie skórne rozciągało się od pierścienia brzuszego aż do dna worka przepuklinowego aby cały ten worek obnażyć było można. Po ostróżnym przecięciu warstwami powięzi pokrywających przepuklinę przy pomocy żłobkowanego zgłębnika, a tém samym po odkryciu całej przedniej powierzchni worka, oddzielano jego powłoki, co zwykle palcem z wszelką łatwością skutecznie się dawało; rzadko tylko wspomagając się musiano nożem lub nożyczkami C o o p e r'a aby rozdzielić mocniejsze zrosty. Tym sposobem worek przepuklinowy ze wszystkich stron został oswobodzony, tak, że można było swobodnie obejrzeć całą przepuklinę wraz z szyją jęj worka tkwiącą w pierścieniu brzuszynym.

Zupełne takie obnażanie całej przepukliny jakie autor widział wykonywaném przez B u s c h'a i sam wykonywał, poczytuje on za korzystniejsze i bezpieczniejsze niż częściowe. Tak bowiem postępując, najpewniej poznać możemy czy mamy przed sobą worek, czy téż pokrywającą go jeszcze jedną warstwę powięzi, a prócz tego z dość wielką pewnością, przynajmniej w razach gdy worek nie jest zbyt zgrubiałym, ocenić możemy stan zawartości tegoż. Postępowanie to nie ma złych następstw, a co najwyżej pociąga za sobą o kilka dni dłuższe gojenie się rany, strata czasu, która dla pacjenta ze względu na większą pewność operacyi, nie może być wielkiego znaczenia.

Obejrząwszy tedy całą obnażoną przepuklinę i pierścień brzuszny przez który wyszła, przystępujemy do drugiego momentu operacyjnego — do rozszerzenia tego pierścienia.

To wykonywaném być może albo od wewnątrz ku zewnątrz jak zwyczajnie, albo od zewnątrz ku wewnątrz jak zalecał H e s s e l b a c h; ostatnie postępowanie autor uważa za lepsze, ponieważ widzimy to co przecinamy. Gdy pomocnik naciska łagodnie palcami guz przepuklinowy ku stronie przeciwległej, wprowadza się zgłębnik żłobkowany między szyję worka przepuklinowego i pierścień brzuszny i na zgłębniku znajdujące się części przecina się nożem od zewnątrz ku wewnątrz. To rozszerzenie, jeżeli jedno przecięcie nie wystarczy, powtórzoném być może w kilku miejscach, ażeby jedném większym przecięciem nie uszkodzić naczyń. Przed przystąpieniem do odłożenia bada się ściśle szyję worka. Często znajdziemy wtedy jeszcze cienkie powrózki tkanki łącznej, które mimo swój cienkości nieraz powodują zaciśnienie albo przynajmniej stawiają przeszkodę odłożeniu. W wielu wypadkach, dopiero po ich przecięciu na zgłębniku żłobkowanym odłożenie się udawało.

Gdy pierścień brzuszny tak jest już rozszerzony że nie zaciska już szyi worka przepuklinowego, przystępujemy do trzeciego momentu operacyi t. j. do odłożenia. Wykonywać to należy przy pomocy nader łagodnego tylko uciskania, silniejszy bowiem ucisk działając bezpośrednio na worek przepuklinowy, zwłaszcza zewsząd oswobodzony, łatwo spowodowaćby mógł odłożenie wraz z workiem (*en masse*).

Tego zawsze będziemy w stanie uniknąć, skoro wykonywając odłożenie, w chwili gdy zawartość zacznie do jamy brzusznej wstępować, worek palcami wstrzymamy.

Jeżeli przy łagodnym ucisku odłożenie nie udaje się natychmiast, należy przystąpić do otworzenia worka, jeżeli zaś się uda, to górna część rany skórnej może być ujęta kilku szwami, dolny jej kąt powinien jednak zostać otwartym, albowiem sklejenia bezpośredniego na całej przestrzeni oczekiwać nie można i trzeba mającej tworzyć się ropie zostawić miejsce odpływu.

Korzyści z oszczędzania worka przepuklinowego przy herniotomii są tak bijące w oczy, mówi autor — że dziwić się należy iż przez wszystkich chirurgów uznaniami nie zostały. Herniotomia bez otwierania worka przepuklinowego daje ranę nie drażącą, z otwarciem worka, drażącą do jamy brzusznej.

Jeżeliby nawet worek, przynajmniej starych przepuklin, nie był tak wrażliwym na obrażenia jak zdrowa otrzewna, i chociaż spostrzeżenia poczynione w nowszych czasach przy wycięciach jajników (*ovariotomia*) i przecięciach ściany brzusznej (*laparotomia*) uczą nas że obrażenie otrzewnej nie zawsze pociąga za sobą jej zapalenie (*peritonitis*), jak dawniej przyjmowano, to przecież nie można zaprzeczyć, że przyczyny większej części śmiertelnie zakończonych herniotomij w zapaleniu otrzewnej szukać należy. Zapalenie to często wprawdzie spowodowanem jest przed operacją, wskutek zaciśnięcia, ale również często jest bezpośredniem następstwem operacji. Jako moment przyczynowy przychodzi tu pod uwagę nie tylko obrażenie otrzewnej, ale daleko więcej ta okoliczność, że przez otworzenie worka zawartość jej wystawioną zostaje na działanie powietrza, że przy odkładaniu ucisk działa bezpośrednio na trzewiowy listek otrzewnej, że krew, a później wydzieliny rany dostają się do jamy brzusznej.

Przy herniotomii metodą *P e t i t'a* unikamy tych nieprzyjaznych momentów wywołujących zapalenie otrzewnej, a to nam objaśnia tak zadawalniające rezultaty tej operacji.

W 12tu podanych wyżej wypadkach, ani razu po operacji nie wywiązało się ogólne zapalenie otrzewnej, owszem, sprawa gojenia się w większej części operowanych postępowała szybko i zadawalniająco. Nie było przytem żadnych groźnych objawów, pacjenci zaledwie dni kilka słabo gorączkowali; była to tylko lekka gorączka przyrana, którą każdej większej ropiejącej ranie towarzyszyć zwykła. W dwóch tylko wypadkach (Nr. 2 i 6 tablicy) powrót do zdrowia przychodził trudniej; były to też wypadki zawikłane, o tyle przynajmniej, o ile części sieci przyrośnięte do worka, odłożyć się do jamy brzusznej nie dały.

Najważniejszymi zarzutami przeciw metodzie *P e t i t'a* są 3 następujące:

- 1) że operujemy po omacku, nie wiedząc jakie własności przedstawiają trzewia które odłożonemi być mają;
- 2) że przyczyna zaciśnięcia tkwi często nie w pierścieniu brzusznyim lecz w szyi worka lub też i w samej jego zawartości, a ztąd łatwo nastąpićby mogło odłożenie w całości (*en masse*).
- 3) że operacja sama ma być trudniejszą i uciążliwszą w wykonaniu.

Najcięższym jest pierwszy z tych zarzutów, że przy herniotomii *P e t i t'a* odkładamy do jamy brzusznej części, których stanu nie znamy, że przeto one mogą być zgorzelonemi lub blizkiemi zgorzeli, a po odłożeniu mogłoby nastąpić przedziurawienie kiszki szybko pociągające za sobą śmiertelne zapalenie otrzewnej. Zarzut ten *R i c h t e r* już, stara się zbić temi słowy: „Skoro chirurg już zdecydowany na operacją, odważa się jeszcze na próbę wprowadzenia przepukliny do jamy brzusznej zapomocą odłożenia (*taxis*) lub jakiegobądź innego łagodnego środka, i próba ta się udaje, to i tu przepuklina nie otwierana została odprowadzoną, a zawarte w niej części mogłyby również być szkodliwemi. Czemuz bowiem nie należałoby się obawiać teraz przy odkładaniu tego, czego obawiamy się w kilka minut później, przy operacji? A czyż będziemy ganić chirurga za tę ostatnią szczęśliwie dokonaną próbę? Albo czy rozsądnego chirurga zasady takie od podobnej próby wstrzymają?”

W wypadkach, w których należy się obawiać zgorzeli kiszki, naturalnie nie zechcemy wykonywać herniotomii *P e t i t'a*, jak nie będziemy robić tam wiele usiłowań w celu odprowadzenia. Zgorzel zaś będziemy w stanie rozpoznać, jeżeli już nie przed operacją, to przy-

najmniej po zupełnym obnażeniu worka. Zmiana barwy skóry, zrośnięcia jej z głębszymi częściami, obrzmienie, rozedma powłok przepukliny, stan, a według K e y'a mdła woń worka przepuklinowego i jego zawartości nie zostawiają nas w wątpliwości co do zgorzelinowego stanu kiszki; gdyby zaś wątpliwości jakie się nasuwały, będziemy mogli przedsięwziąć otworenie worka. Prócz tego T e a l e słusznie zauważył, że część kiszki zgorzelą dotknięta nie łatwo wprowadzić się daje do jamy brzusznej, gdyż zwykle potworzyły się już zrosty z workiem przepuklinowym i z otrzewną w pobliżu będącą.

W drugim zarzucie nie możemy także dopatrzeć niebezpieczeństwa dla chorych. Gdzie zaciśnięcie nie przez pierścień brzuszny jest spowodowanym, łatwo po tém poznamy, że pierścień ten nie ściśle obejmuje szyję worka przepuklinowego, albo téż po tém, że usiłowanie odprowadzenia przepukliny nie osiąga skutku. Zaciśnięcie przez sam pierścień za tak rzadkie uznawane przez D u p u y t r e n'a a zupełnie odrzucone przez M a l g a i g n e'a zdarza się częściej daleko, niż to powszechnie przyjmują. Liczba operowanych metodą P e t i t'a jest tego wyraźnym dowodem.

W razach gdzie zaciśnięcie spowodowanym jest istotnie przez szyję worka przepuklinowego, albo téż w jego wnętrzu, odłożenie zawartości przepukliny z zatrzymaniem jęj worka na zewnątrz jamy brzusznej jest niemożliwe, i wypadki takie jako nie nadające się do naszej metody kwalifikują się do otworzenia worka. Ale i tu przez usiłowanie oszczędzenia worka nie zostało zepsutem, i szanse dla chorych po jego otwarciu są te same co i przedtém.

Żeby przy herniotomii metodą P e t i t'a łatwo następować miało odłożenie w całości (*en masse*) trudno przypuszczać, jeżeli postępuje się tak jak wyżej opisano. Idzie tu głównie o to, aby po obnażeniu worka i rozszerzeniu pierścienia odprowadzenie wykonywać łagodnie, nie ciśnąć od razu na całą przepuklinę, lecz usiłując najpierw wprowadzać części najbliżej otworu znajdujące się.

Co się tyczy trzeciego zarzutu, to trudności operacyi, gdyby nawet jakie były, nie mogą wchodzić w rachubę, skoro przez to zmniejsza się niebezpieczeństwo operowanego.

Do wykonania herniotomii opisywaną tu metodą, przystępować należy daleko wcześniej niż dawniej.

Pierwój nim chwycono za nóż, wyczerpywano cały arsenal środków zalecanych przeciw zaciśnięciom, a przez to odwlekano czas najstosowniejszy do operacyi. Im bowiem wcześniej się operuje, tém lepsze jest rokowanie.

Od czasu jak posiadamy chloroform, w większej liczbie wypadków wszelkie inne środki są zbytecznymi. Skoro pod wpływem narkozy chloroformem sprawionój odprowadzenie przepukliny nie udaje się, nie należy ociągać się z herniotomią.

Tak postępując, nigdy prawie nie będziemy się obawiali o zgorzel kiszki, i częściej wykonywać będziemy mogli herniotomię metodą P e t i t'a.

Ustanowienie specjalnych wskazań dla téj metody operacyjnej nie uważa autor ani za potrzebne ani za możliwe. Da się ona wykonać wtedy tylko, gdy powód zaciśnięcia leży po za obrębem worka przepuklinowego, a tego przed operacją rozpoznać niepodobna. We wszystkich wypadkach zaciśniętych przepuklin, jeżeli nie ma podejrzenia o zgorzel kiszki, zawsze należy usiłować oszczędzić worek i robić próbę łagodnego odprowadzenia po rozszerzeniu pierścienia brzuszego.

Gdy to się nie uda, zawsze przystąpić można do otworzenia worka.

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

Paryż, 21 lipca.

Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu.

Przez Dra Ż.

(Dalszy ciąg). *)

Po skończeniu tego uczonego sprawozdania Dra D u v a l a — zabrał głos dyrektor szkoły lekarskiej w Brest Dr. D u c h e n n e i mówił o swych nowych poszukiwaniach nad czynnościami mięśni międzyżebrowych, w klinikach na chorych dokonywanych.

*) Patrz Nr. 6 Gaz. Lek.

Dr. D u c h e n n e powiada, że doświadczenia Dra D u v a l a powyżej cytowane nie tylko potwierdzają jego doświadczenia elektro-fizyologiczne — robione na żywych ludziach, ale jeszcze rehabilitują dawne opinie H a l l e r'a, przeciwko którym tak silnie występował H a m b e r g e r swojego czasu.

Dr. D u c h e n n e dał członkom Zjazdu fotografie dwóch chorych na zanik stopniowy mięśni (*atrophia musc. progressiva*), u których zanikanie różnych mięśni wdechowych wykazywało najdowodniej ich czynność i przeznaczenie w ustroju ludzkim. Wedle tych postrzeżeń pokazało się: 1) że u jednego chorego u którego był zanik przepony, wdechowanie było tylko żebrowe — a wydychanie przeponowe; 2) że mięśnie które pewni fizyologowie uważają za jedyne czynniki wydychania żebro-górnego były u tego chorego z wyjątkiem *m. scaleni* albo zupełnie zanikłe lub też wycieńczone do bezsilności, co znaczy że tylko mięśnie między-żebrowe, które pozostały nietknięte powodowały tu ruchy klatki piersiowej.

3) U innego chorego, u którego mięśnie między-żebrowe i inne pomocnicze wdechowe prawie całkiem zanikły, wdechowanie odbywało się tylko za pomocą siły, która jeszcze zanikowi (*atrophia*) nie uległa. 4) Skutkiem zaniku mięśni między-żebrowych średnica przednio-tylna klatki piersiowej zmniejszała się znacznie, przyczem powierzchnie: przednia i tylna klatki piersiowej stały się płaskimi prawie. 5) W końcu mięśnie międzyżebrowe nie mają głównego i wyłącznego przeznaczenia wdechowo-żebrowego, służą one bowiem i do zubożenia siły wydechowej po części.

Sprawozdanie to przyjęte zostało gorącymi oklaskami.

Dr. B o u i l l a u d z kolei pyta Dra D u v a l a, dlaczego w jego doświadczeniach nad traconemi *vena cava* nie kurczyła się, kiedy on wiele razy widział w swych doświadczeniach czynionych na żabach i kijankach, jak żyła ta odcięta od serca i położona na stole długi czas dobrowolnie się kurczyła?

Ostatni głos na posiedzeniu zjazdu dnia tego dany był Drowi Prof. B a c c e l l i z Rzymu, który mówił o swoich pracach i wnioskach czynionych nad ruchami serca i naczyń, które z matematyczną ścisłością obliczał, co nazwał *m e c h a n i k ą s e r c o - n a c z y n i o w ą* (*cardio vasculaire*).

Od środka aorty do serca poprowadził Dr. B a c c e l l i linię wyobrażającą oś h y d r a u l i c z n ą tej części krwi, która z komórki sercowej przelewa się do aorty. W kole tej osi wystawił następnie równoległobok sił. Dwa boki dolne tego równoległoboku stanowią oś przegrodowa i oś ściany komórkowej t. j. ścian kurczliwych.

Figura ta przyczepiona jest do mięśni sercowych, które kończąc się ściągają jej dwa boki, i tém zmniejszają oś hydrauliczną, która jest wypadkową obu sił tu działających.

Doświadczenia te bardzo ciekawe Prof. B a c c e l l i'e g o, stwierdzają dawniejsze doświadczenia H e r i s s o n a, V i e r o r d t'a, L u d w i g a i M a r e y'a robione z cardiografem i sfigmografem, chociaż rysunki w tym razie otrzymane przedstawiają tylko połowę równoległoboku B a c c e l l i'e g o.

Dziękczynne słowo wypowiedziane na pochwałę uczonej pracy Prof. B a c c e l l i'e g o przez prezesa zjazdu Dr. B o u i l l a u d'a zakończyło posiedzenie dnia tego.

Posiedzenie dnia 28 Sierpnia.

Przedmiotem rozpraw na posiedzeniu w dniu tym było pytanie: o a k l i m a t y z o w a n i u s i ę r a s e u r o p e j s k i c h w k l i m a t a c h g o r ą c y c h.

Pierwszy głos w sprawie tej zabrał nie lekarz, ale uczonego antropolog pan S i m o n o t.

Po wstępnych ogólnych wiadomościach o klimatach gorących i ich podziale p. S i m o n o t dowodził, że:

1) największą przeszkodą aklimatyzowania ras europejskich w klimatach gorących jest istnienie j a d u b ł o t n e g o i bagnistego (*miasme palustre*).

2) Że nie klimata gorące są śmiertelnymi dla Europejczyków, ale kraje bagniste; przeciwko gorącu bowiem można się zabezpieczać właściwą dyetą, w jedzeniu i okryciu.

3) Zaaklimatyzowanie się pewnych ras europejskich w krajach gorących jak Hiszpanów na wyspach Kanaryjskich, w Maderze, w Meksyku, La Placie i w Peru jakoteż Portugal-

czyków w Brazylii da się tłumaczyć tylko przez skrzyżowanie się rasy europejskiej z tamtą miejscową.

Francuzi na Taicie i w Nowej Kaledonii jeszcze przeszkód klimatycznych zwyciężyć dotąd nie zdołali.

Z kolei Dr. L o m b a r d z Genewy mówił: O p r a w a c h ś m i e r t e l n o ś c i w E u r o p i e w s t o s u n k u d o w p l y w ó w a t m o s f e r y c z n y c h.

Dr. L o m b a r d wedle wykazów statystycznych śmiertelności w różnych państwach Europy mających miejsce, ułożył dwie mapy: 1) śmiertelności i 2) zdrowia; różne kolory na tej karcie wykazują rozmaity śmiertelność, — stosunkowo do kraju i pory roku.

Wedle postrzeżeń Dr. L o m b a r d a pokazuje się że w zimie i na wiosnę największą jest śmiertelność szczególnie w krajach północnej i środkowej Europy leżących.

Na południu Europy przeciwnie, szczególnie wzdłuż brzegów morza Śródziemnego, lato i jesień najwięcej są śmiertelnymi.

Włochy dzielą się ze względu śmiertelności na dwa działy, przegrodzone między sobą pasmem Apeninów. W stronie wschodniej śmiertelność bywa największą w zimie, w zachodniej zaś najwięcej umiera ludzi latem i jesienią.

Wpływ wyziewów i jądów bagnistych powiada Dr. L o m b a r d, znacznie podnosi stosunek śmiertelności, która w miejscu niebagnistym innąby być tu musiała. Wyniki postrzeżeń Dra L o m b a r d a są następujące: W Europie zimno jest przyczyną śmierci, gdy ciepło jest konserwatorem zdrowia. Noworodki i małe dzieci umierają głównie z gorąca, starcy wskutek zimna; wieśniacy umierają z zimna, mieszczanie skutkiem gorąca.

Jad bagnisty m a l' a r i a (złe powietrze) jest wraz z biedą t. j. niedostatkiem jedną z najczęstszych przyczyn choroby. Dr. L o m b a r d spodziewa się, że zebrani z całego świata lekarze zechcą urzeczywistnić słowa uczonego Prof. V l i m i n c k x a „że w mocy ludzkiej jest wypędzić z Europy m a l a r y a“ (*mal'aria*).

Śmierć więc jadowi bagnistemu, zawołał z zapalem Dr. L o m b a r d. I z tą groźbą rozeszli się z posiedzenia tego członkowie zjazdu międzynarodowego.

Posiedzenie wieczorne dnia 28 sierpnia 1867 r.

Z powodu nieobecności mówców, którzy wedle programu na posiedzeniu tém przemawiać mieli: „O w p l y w i e p o k a r m ó w w r ó ż n y c h k r a j a c h n a p o w s t a w a n i e p e w n y c h c h o r ó b“ zabrał głos Dr. B e r l e t i rozwijał myśli swe oparte na postrzeżeniach tyczących się p e l a g r y i (*pellagre*).

Od lat 20tu przeszło, powiada Dr. B e r l e t uważałem że powodem pelagryi mogą być i inne przyczyny nie tylko sporadyczne; dwadzieścia razy widziałem ją bowiem sam, gdzie ona nigdy nie panowała, ani nie panuje. Istotą pelagryi jest głównie cierpienie układu nerwowego zwojowego, rozgałęziającego się w organach trawienia, z kąd powstaje naturalnie cały szereg objawów chorobliwych i następstw, mianowicie na skórze osób wystawionych na działanie słońca.

Daléj wykazywał i tłumaczył Dr. B e r l e t swemi postrzeżeniami klinicznymi, że nie ma słuszności wyłączna etiologia pelagryi Dr. B i l l o d' a, jaką on w głośnym swém dziele *Traité de la pellagre* opisał, a która ma głównie polegać na jedzeniu kukurydzy (*maïs*).

Dr. L e o n S o r b e t s w rozprawie swéj O E t i o l o g i i p e l l a g r y i, którą z kolei czytał na tém posiedzeniu, powiada: że po swoich badaniach, jakie robił w Landes, trzyma się co do etiologii pelagryi zdania B e l l a r d i n i e g o. Wszystkie inne pelagrye, które nie mają téj przyczyny jakie opisał B e l l a r d i n i e są zdaniem jego pelagryami, ale tylko pseudo-pelagryami.

Dr. B o u c h u t przytacza 200 wypadków pelagryi obserwowanych przez H. G i n t r a c' a, gdzie chorzy nie jedli kukurydzy (*maïs*). Daléj opierając się na postrzeżeniach Dr. B e r l e t' a powiada, że można znaleźć inne zapatrywanie się na pelagryę, aniżeli te jakie dają do dziś nasza francuzka i włoska teorya.

Kukurydza (*maïs*), jak liczne doświadczenia przekonywają, wystawiona na wilgoć powietrza, po pewnym czasie ulega zmianie i staje się niebieskawą, słowem daje mąkę złą i szkodliwą. O zmianie téj samowolnej drobnowidzowej, bardzo często nie znanéj lekarzom,

wiedzą dobrze z praktyki piekarze. Zmiana ta właśnie kukurydzy powoduje często rozwijanie się pellagryi.

Prof. D e m a r i a delegat Akademii lekarskiej w Turynie protestuje przeciwko opinii Dr. B o u c h u t, że lekarze włoscy głównie trzymają się teorii B a l a r d i n i e g o. Tak nie jest, powiada mówca, medycy nasi uznają za rzecz pewną, iż przyczyny pelagryi mogą być bardzo rozmaite. Badania etiologiczne pelagryi polecone przez Akademię lekarską w Turynie a czynione na 3000 chorych wykazały, że jedzenie zmienionej kukurydzy nie jest wyłączną przyczyną tej niemocy, dziedziczność bowiem, wzywiny bagniste, niedostatek wzmacniających napojów, gwałtowne wrażenia moralne, zarazy na bydło panujące i t. d. również częste spowodowywać mogą rozwijanie się pelagryi.

Nie ma środka specyficznego na tę chorobę. Kąpiele i pożywne pokarmy są najlepszymi tu lekarstwami, lepiej jest niedopuszczać rozwijania się pelagryi aniżeli ją leczyć. Cierpienie to najwięcej dotyka biedną klasę społeczeństwa, która brak zdrowego pożywienia zastępuje często nadpsutemi mączzywami. Osoby które są zmuszone długo pozostawać na słońcu t. j. pracować wśród dziennych upałów, podlegają również pelagryi bardzo często.

Dr. C a r o n z Paryża mówił z kolei: O w p ł y w i e p o ż y w i e n i a n a w i e k m ł o d z i e Ń c z y, czyli o p u e r i c u l t u r z e (*puericulture*), jak naukę tę nazywał.

Zajmując się długo tą ważną sprawą powiada Dr. C a r o n, przyszedłem do przekonania, że dobór pokarmów w żywieniu młodzieży nie należy pozostawiać ślepemu trafowi lub kaprynowi matek albo młodzieży, ale dobozem i wskazaniem ich winna kierować wielka przeczność i światła rada lekarza.

Zły bowiem dobór pokarmów, albo też ich nadużywanie staje się powodem w przyszłości przeróżnych zakażeń, jak skrofulów a szczególnie gruźlicy.

Hałas, protestacye i liczne w sali całej szmery i koncepta nie pozwoliły szanownemu mówcy kończyć dalej poczętej sprawy, którą niechybnie przecie niezadługo nawet trzeba będzie podnieść i bez śmiechu rozwiązać na pożytek ludzkości i chwałę nauki zdrowia, higieny.

Kanadyjski lekarz Dr. K i n g s t o n z Montre'al przedstawił zjazdowi ciekawe swe postrzeżenie, a mianowicie:

Kanadę zaludniają dwie głównie rasy: franko-kanadyjczycy i anglicy. Francuzi kanadyjscy jedzą wiele mięsa, dwa do trzech funtów wieprzowiny dziennie; anglicy przeciwnie znacznie mniej jedzą. Pierwsi podlegają głównie małym niedomaganiom przewodu pokarmowego, gdy drudzy anglicy przeważnie umierają z chorób płucnych. Franko-kanadyjczycy są tęższy, t. j. wyżsi i muskularniejsi znacznie od francuzów we Francyi zrodzonych. Pytanie otóż zachodzi, woła, Dr. K i n g s t o n, co tu tak służy francuzkiej rasie, pożywienie czy też klimat, który się zupełnie przechyla na stronę pierwszych przybyszów tej kolonii. Czemu klimat ten dla anglików tak jest nieprzyjazny?... Niech uczony zjazd rozstrzyga.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— O użyciu eteru w celu ułatwienia digestyi tłuszczów, a w szczególności tranu rybiego. W suchotach płucnych, szczególnie gdy wystąpią objawy zepsutego trawienia — przyswojenie tłuszczów w organizmie staje się bardzo trudnym. Ten fakt zdobyty drogą obserwacyi skłonił D o b e l l'a, do podawania tłuszczów w emulsyi.

Doświadczenia zaś C l a u d e B e r n a r d'a wykazały, że eter wprowadzony do przewodu pokarmowego, pobudza do większego wydzielania soku, żołądek i dwunastnicę i przez to ułatwia wessanie się tłuszczów. F ö r s t e r korzystając z tego odkrycia poleca podawanie eteru wraz z tranem, tym chorym, którzy już tłuszczów trawić nie mogą. Używa on nie więcej jak 10, 15—20 kropli eteru na 7 gram. tranu. Dr. F o k stwierdził skuteczność tego przepisu i poleca w tym celu podanie eteru w pół godziny po przyjęciu tranu.

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 Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na pocztę (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych, to jest: w Szpitalu Ś-go Jana Bożego dla mężczyzn i w Szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet za rok 1868. Napisał Dr. med. *Adolf Rothe*, Naczelny lekarz, Członek towarzystwa niemieckich psychiatrów. Czy włókna nerwowe, czuciowe i odruchowe są też same, czy też różne? Przez *Bronisława Wolskiego*. **Kronika Zagraniczna.** O herniotomii bez otwierania worka przepuklinowego. Streścił Dr. *M. Gruell*. **Korrespondencya z Paryża.** Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu. Przez *Dra Żulińskiego*. (Ciąg dalszy). **Wiadomości bieżące.** O użyciu eteru w celu ułatwienia digestyi tłuszczów, a w szczególności tranu rybiego. **Dodatek.** Farmakologii arkusz 20-ty Tomu II-go, Histologii i Histochemii arkusz 51-szy, Oftalmologii arkusz 13-ty Tomu III-go.

Sprawozdanie z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych, to jest: w Szpitalu Ś-go Jana Bożego dla mężczyzn i w Szpitalu Dzieciątka Jezus dla kobiet, za rok 1868.

Napisał Dr. med. *Adolf Rothe*,
Naczelny Lekarz, Członek towarzystwa niemieckich psychiatrów.

Nim przystąpię do zdania sprawy z czynności czysto lekarskich, w naszych Warszawskich Zakładach dla obłąkanych i dotkniętych padaczką, za rok ubiegły, licząc od 1 (13) stycznia 1867 roku, czuję się w obowiązku przede wszystkim tak Radzie głównej opiekuńczej Zakładów dobroczynnych, jak i Radom Szczegółowym, podziękować za chętne i prędkie wykonanie zmian, jakie uważałem za konieczne porobić dla dobra tylu méj opiece, powierzonych chorych.

Zmiany te, ze znacznemi połączone wydatkami, głównie odnoszą się do Szpitala Ś-go Jana Bożego i są następujące:

I. Przerobienie wychodków w oddziale ogólnym położonych, jak to w „Opisie Szpitala Ś-go Jana Bożego“ na stronnicy 8-méj wykazałem, przy wyjściu ze sali Ś-go Jana, do sieni obszernéj i światléj. Urządzenie to niebyło możliwém w taki sposób uskutecznić, aby wszelkim warunkom odpowiadało, lecz usunięto przynajmniej nieznośny smród, który dawniej zanieczyszczał powietrze w téj części; co znacznie wpływa na polepszenie higieny w oddziale ogólnym.

II. Wybudowanie, w miejsce zniszczonej przez czas, nowej altany w ogrodzie pensyonarskim klasy II-jej.

III. Wystawienie obszernej nowej łaźni parowej, dla użytku, obok starych wanien przy oddziale ogólnym, chorych ogólnych jak i pensyonarzy.

IV. Urządzenie w ogrodzie dla pensyonarzy klasy I, obszernej i dobrej lodowni, a nad nią sali na skład bielizny i odzieży dla chorych, przezco zyskano używaną dotąd na podobny cel piękną salę obok mieszkania intendenta, a którą przerobiono na salę posiedzeń. Dawniejszą zaś salę posiedzeń z przyległym małym pokojem, obok kancelaryi administracyjnej, oddano na użytek dla chorych spokojnych oddziału pensyonarskiego klasy II.

V. Urządzenie na obszernym placu obok ogrodu pensyonarzy klasy I, przyrzędu gimnastycznego, kręgielni, dla wszystkich bez wyjątku chorych, tak w celu leczniczym, jak i dla zabawy. Ćwiczenia gimnastyczne odbywają się regularnie codziennie pod nadzorem i kierunkiem jednego z felczerów, który z zasadami gimnastyki, wyłącznie na ten cel obznajmiony został.

Lekarze oceniają, którzy chorzy i w jaki sposób gimnastyką zająć się mogą, i to w tym celu zaprowadzoną została w oddziale każdego lekarza osobna księga, w której zapisuje się, jakim ćwiczeniem gimnastycznym, lub jaką pracą każdego chorego zatrudnić należy.

VI. Rozszerzenie tak zwanych komórek ogólnych i nadmurowanie całego piętra, przezco zyskano nowe komórki, oraz wielką salę i mieszkanie dla sekretarza. Sala nad komórkami przeznaczoną została dla robót ręcznych, a mianowicie wyplatania słomianek pod kierunkiem felczera, który z robotą tą w domu pracy się obznajmiał.

Obaj ci felczerzy, oprócz zwykłych swoich zajęć pełnią obowiązki instruktorów, za co Rada Szczegółowa wyznaczyła im oddzielne wynagrodzenie.

VII. Nakoniec nadmienić muszę, iż dawniejsza tak zwana sala niebieska, na pierwszém piętrze, obok mieszkania intendenta przeznaczoną została na warsztat krawiecki, gdzie chorzy (jeżeli się takowi znajdują) pod kierunkiem i nadzorem miejscowego krawca pracują. Tym sposobem w ciągu roku upłynionego dużo zrobiono dla polepszenia i podniesienia zakładu; tak, że wiele zagranicznych, o czém naocznie miałem sposobność przekonać się, bez porównania niżej od naszego stoją. Zrobiono w starym Zakładzie co było możliwém, lecz z tém wszystkiem nie można go nazwać wzorowym.

Nie mniej obowiązany jestem Radzie Szczegółowej Szpitala Dzieciątka Jezus, która przychyłając się po naoczném przekonaniu, do wniosku mego, ustąpiła dla oddziału obłąkanych tak zwany Nr. 15, składający się z dwóch wielkich i dwóch mniejszych pokoi, oraz osobnej wanny. W numerze tym mieści się do 30-tu zniedołężniałych chorych, którzy dla rozmaitych przyczyn nie mogą być wypisani.

Dwa większe pokoje służą na sypialnie, a trzeci na pracownię. Przez ustąpienie sali 15 oddział ogólny dla obłąkanych kobiet, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, bardzo wiele zyskał pod względem higienicznym, co zarazem oddziałowa na leczenie, lecz pomimo tego polepszenia oddział ten pod każdym

względem jeszcze bardzo wiele pozostawia do życzenia, tém więcej, że liczba chorych, prawie z każdym dniem tak wzrasta, że przepełnienie bardzo przykre sprawia wrażenie.

Pod względem administracyjnym i czysto lekarskim, żadne nie zaszły zmiany; a porządek zaprowadzony w roku 1867, okazał się zupełnie zadawalającym; pozostaje tylko do życzenia, aby administracja przeszła w ręce lekarskie, a to z powodu, że zakład dla obłąkanych czy leczniczy, czy dla pielęgnowania, czy na koniec jak nasze mięszany, jest instytucją zupełnie odmienną od innych zakładów dobroczynnych.

Sam zakład przez się jest najpierwszym środkiem leczniczym, stosowanym przez lekarza do osiągnięcia wiadomych rezultatów, to jest do wyleczenia lub pielęgnowania chorych, dotkniętych cierpieniem umysłowem. Organizacja zakładu ożywioną zostaje przez zarząd, a zarząd jedno może mieć zadanie t. j. leczenie chorych.

Zarząd zakładu zatem jest główną częścią składową aparatu leczniczego, racjonalnie rzeczy pojmując, jeden bez drugiego istnieć niemoże. Leczenie chorych umysłowych i zarząd czyli administracja zakładu powinny stanowić jedną nierozdzieloną całość, z tego powodu lekarz naczelny, czyli jak go w zakładach zagranicznych nazywają dyrektor, *eo ipso* powinien być administratorem, gdyż wiedza, czyli wiadomość administracyjna, staje się częścią wiadomości lekarskiej, a kwestye administracyjne kwestyami lekarskimi.

Z przytoczonych powodów wszyscy bez wyjątku psychiatrzy jednozgodnie twierdzą, że tylko lekarz powinien być naczelnikiem zakładu dla obłąkanych, inaczéj administracja staje się martwym mechanizmem, a nie, jak to być powinno organizacją leczniczą *).

Zakład sam przez się, jak to już w poprzednich swoich pracach wypowiedziałem, jest najpierwszym i najsilniejszym środkiem leczniczym, powodzenie, a tém samém ogólne dobro chorych zawisło, od prędkiego i niezwłocznego wykonania środków, które uzdrowienie chorego mają na celu, takie jednak wykonanie tam tylko staje się możliwem, gdzie całym zakładem jedna kieruje osoba. Z tego powodu zakład dla obłąkanych, powinien być uważany za jednolitą całość, którego duszą kierującą może być tylko dyrektor.

Z tego wynika, że dyrektor w swym zakładzie powinien być zupełnie niezależnym, cała służba tak wyższa jak niższa, lekarska i administracyjna, tylko od niego odbiera zlecenia, on zaś za czynności swe i rozporządzenia, staje się odpowiedzialnym tak przed rządem jak niemniej przed publicznością oddającą swych chorych do zakładu.

L a n g e r m a n n mówi: „najważniejszym punktem środkowym, całą podstawą każdego zakładu dla obłąkanych jest i będzie zawsze lekarz.“

D a m e r o w tak się wyraził: „lekarz naczelny każdego zakładu dla obłąkanych, powinien być duszą nim kierującą.“

Takie stanowisko zajmują oniemi wszyscy dyrektorowie zagranicznych zakładów w Niemczech, Szwajcaryi, częściowo w Belgii i w nowo urządzonych zakładach Francyi; gdyż tylko takie jest właściwem i potrzebie odpowiadającym.

*) S e i f e r t. Die Irrenheilanstalt. pag. 6.

Jak w sprawozdaniu za rok 1867, tak i za rok ubiegły zamierzam trzymać się tegoż samego porządku t.j. najprzód przedstawię liczebnie ogólny ruch chorych znajdujących się w naszych zakładach, bądź na kuracyi, bądź na pielęgnowaniu i dozorowaniu; a następnie przejdę do pojedynczych specjalnych spostrzeżeń.

Zakłady nasze jako m i ę s z a n e, bez względu na szczupłe pomieszczenie, przyjmowały chorych bez wyjątku, tak z Warszawy jak z Prowincyi lub innych państw, jeżeli tylko zaopatrzeni byli w wymaganą kwalifikacyę, a w ciągu całego roku, nie było ani jednego wypadku, aby odmówiono przyjęcia szukającym ratunku, lub schronienia.

Nadmienić tu jeszcze muszę, że co do liczby chorych pozostałych z roku 1867, zachodzi w sprawozdaniach pewna różnica, z powodu, iż w poprzednim liczono od 1-go stycznia do 1-go stycznia; w terażniejszym zaś od 1 (13) do 1 (13) stycznia, dla zrównania liczb ze sprawozdaniem urzędowem.

Z p r z e s z ł e g o t. j. 1867 r., c z y l i 1 (13) s t y c z n i a 1867 r.
p o z o s t a ł o.

	Obląkanych.	Epilepty- ków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	150	35	2	187
Kobiet	98	28	—	126
R a z e m	248	63	2	313

Wykaz ten stwierdza poprzednio wyrzeczone zdanie, iż zakłady nasze cierpią z powodu przepełnienia, i to co z bólem serca wyznać musimy, choremi po większej części nieuleczalnemi. Nie wpływa to korzystnie na zakłady, dla tego też czuć daje się dotkliwie, potrzeba urządzenia nowego zakładu, w ściśleńm połączeniu z fermą. W porównaniu z rokiem 1867 w zakładach naszych pozostało więcej z początkiem r. 1868 mężczyzn 17 a kobiet 12, czyli razem 29.

D o t y c h p r z y b y ł o w r o k u 1868.

	Obląkanych.	Epilepty- ków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	128	19	1	148
Kobiet	147	139	1	287
R a z e m	275	158	2	435

Z a t e m w c i a g u r. 1868 l e c z o n o o g ó ł e m.

	Obląkanych.	Epilepty- ków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	278	54	3	335
Kobiet	245	167	1	413
R a z e m	523	221	4	748

Zastanawiając się nad cyframi leczonych w naszych zakładach, widzimy pewną różnicę, bo gdy w roku 1867 liczba obłąkanych mężczyzn i kobiet była zupełnie równa, w roku 1868, przewaga jest na stronie mężczyzn, których było więcej niż kobiet 33. Tak więc stanęliśmy na równi, z największą liczbą zakładów zagranicznych, gdy przeciwnie w roku 1867, jak to wtenczas wykażalem, stanęliśmy na równi z zakładem francuzkim St. J o n i ze spostrzeżeniami E s q u i r o l a.

Porównyując zakłady zagraniczne, a mianowicie Rossyjskie, Szwedzkie, Niemieckie, Szwajcarskie, Angielskie, Amerykańskie i Francuzkie południowe z naszymi, to stosunek obecny, jest stalszy aniżeli w roku 1867. Lecz wykazane cyfry potrzebują dalszego badania, aby z nich pewne wyprowadzić wnioski.

Stosunek chorych dotkniętych padaczką, taki sam jak w roku zeszłym pozostał, przeważna liczba bo 120, więcej było kobiet niż mężczyzn, jeżeli nadto nadmienię że cały ten kontyngens, jedynie tylko Warszawa dostarczyła, to nieulega wątpliwości iż powodów szukać należy w życiu, jakie kobiety stanu niższego, do których wyłącznie nasze chore należały, tu prowadzą. Najgłówniejszą przyczyną jest nadużywanie napojów wysokowych, oddziaływających na mózgowie i na rdzeń przedłużony. Przyczem uwzględnić należy, iż do oddziału obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, nadsyłają chorych z całej Warszawy, bez należytej kwalifikacyi.

Z ogólnej liczby leczonych, w roku ubiegłym było mniej, niż w roku 1867, mężczyzn 10, kobiet 7, czyli razem osób 17. Liczba ta tak jest mało znaczną, że żadnej do tego uwagi przywiązywać nie można.

Z o g ó l n e j l i c z b y c h o r y c h u b y ł o w r. 1868.

	Obłąkanych.		Epileptyków.		Pokąsanych.		R a z e m.		
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Ogól.
Zdrowych	47	67	6	6	3	„	56	73	129
Polepsz. i bez polepsz.	35	40	12	123	„	„	47	163	210
Zmarło	50	27	7	12	„	1	57	40	97
R a z e m	132	134	25	141	3	1	160	276	436

P o z o s t a j e w i ę c n a r o k 1869.

	Obłąkanych.	Epileptyków.	Pokąsanych.	R a z e m.
Mężczyzn	146	29	„	175
Kobiet	108	29	„	137
R a z e m	254	58	„	312

Procent zupełnie uleczonych od cierpień umysłowych przedstawia prawie ten sam stosunek co w roku przeszłym, przewaga dosyć znaczna jest ze strony kobiet, z ogólnej bowiem liczby wyzdrowiało 67 czyli 22%, u mężczyzn zaś tylko 47 czyli 17%, w średnim zaś przecięciu w obydwóch zakładach 114 czyli

18 $\frac{1}{2}$ % . W roku zaś 1867, średni procent wynosił 23 $\frac{3}{4}$ % . Przyczynę téj różnicy poniżej wykażemy.

Procent śmiertelności napozór wydaje się być większym aniżeli w roku przeszłym, gdyż u mężczyzn równał się 18%, a u kobiet 12 $\frac{2}{3}$ %, co średnio w obu zakładach czyni 14 $\frac{2}{3}$ %. Powody tego leżą w formach obłąkania, które u nas przeważną stanowią liczbę wszystkich chorych, i dla których śmierć jest jedynem wyjściem; co również poniżej dowiodę.

Śmiertelność dotkniętych padaczką wynosiła u mężczyzn 13%, u kobiet zaś 7%, przecięciowo 10%.
(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

Czy włókna nerwowe, czuciowe i odruchowe są też same, czy też różne?

Przez Bronisława Wolskiego.

Wiadomo, że z jednej strony podrażnienie jakiejkolwiek części skóry sprawia uczucie bólu, a z drugiej toż samo podrażnienie wywołuje odruchy, które szczególnie po usunięciu mózgowia stają się wyraźnymi. Ponieważ przez podrażnienie jednego i tego samego miejsca zarówno uczucie bólu jak i odruch wywołać możemy, dla tego sądzono, że włókna służące tym dwom funkcjom (przynajmniej na przebiegu od periferji do rdzenia) są jedne i te same, innemi słowy, że włókna czuciowe zbiegające się w tylnych korzeniach i stojące w połączeniu z komórkami tylnych rogów, z jednej strony przechodzą przez tylne pęczki do mózgowia i kończą się w wielkich półkulach, a z drugiej strony łączą się bezpośrednio za pomocą komórek przednich rogów z korzeniami ruchowemi.

Takie zapatrywanie się na podwójną funkcję tylnych korzeni znajdujemy u wszystkich fizyologów.

Tymczasem I. B e r e z i n (*cf. Centralblatt für medic. Wissenschaften*, Nr. 9, 1866) podaje, że jakkolwiek po przecięciu dwóch dolnych tylnych korzeni wchodzących w skład nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*), żaba przy podrażnieniu słabym kwasem skóry dolnej kończyny, ruchami głowy wyraźnie zdradza uczucie bólu, to jeżeli odcięliśmy jéj głowę poniżej zgrubienia ramieniowego, żadną miarą więcej odruchów, nawet przy użyciu stężonego kwasu siarczanego, otrzymać nie możemy. Po przecięciu 7go korzenia, a zachowania dwóch dolnych (8 i 9) korzeni, zarówno uczucie bólu jak i odruchy przy drażnieniu skóry z łatwością otrzymujemy. Ruchy żaby, zdradzające ból przy zachowaniu 7go korzenia (z obustronnem przecięciem 8 i 9go) ustają po wycięciu półkul mózgowych.

Ztąd B e r e z i n wnosi: „że włókna 7-go korzenia tylnego są wyłącznie czuciowemi, kończą się w półkulach mózgowych i nie mają żadnego związku z przyrządami odruchowemi rdzenia kręgowego.“ Średni (8) i dolny (9) korzeń są mieszane, zawierają w sobie zarówno włókna czuciowe jak i odruchowe (excito-motoryjne).

I. S e c z e n o w (*cf. Физиология нервной системы*, 1866, pg. 256), w zupełności przyjmuje podania B e r e z i n a i wedle nich zmienia swój pogląd na wzajemny stosunek odruchowych i czuciowych włókien skóry.

Fakt tak wielkiej doniosłości, jak odkrycie B e r e z i n a , wymagał bliższego zbadania; dla tego też za radą prof. N a w r o c k i e g o przeprowadziłem szereg doświadczeń na żabach, celem sprawdzenia podań wymienionego badacza.

Żabom wycinałem korzenie tylne: po jednej stronie korzeń 7, a po drugiej 8 i 9; ponieważ, jak wiadomo, po tak krwawej operacji żaby są bardzo osłabione, dla tego chodowałem je w słojach przez kilka a nawet kilkanaście dni, aż zupełnie przyszły do siebie; po tém zawieszałem je pionowo w przyrządzie podanym przez S a n d e r s - E z n a (cf. C. L u d w i g. *Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig II Jahrgang, 1868, pg. 4*). Przyrząd ten składa się z pionowo zawieszonj deseczki, na której znajduje się najprzód drut zakrzywiony, mogący zmieniać swe położenie w kierunku wertykalnym i horyzontalnym, i na tym drucie zawiesza się żaba, w ten sposób, że go przetykamy przez mięśnie, między ramionami dolnej szczęki znajdujące się. Kończyny przednie żaby spoczywają na dwóch odpowiednio umieszczonych drążkach; wreszcie, żeby uniemożliwić rzucanie się żaby, przytwierdzamy ją do dolnego końca deseczki za pomocą drutu, na kształt litery U zgiętego i obejmującego ciało żaby w okolicy kości biodrowych. Tym sposobem możemy wygodnie studyować odruchy na kończynach swobodnie wiszących.

Przyrządu tego używałem tylko przy pierwszych doświadczeniach, w których kończynę dolną zanurzałem w płyn drażniący; przy następnych, gdzie chodziło mi o umiejscowienie bodźca, kładłem żabę na stół, gdyż przy zawieszeniu żaby kwas spływałby i drażnił niepotrzebnie części skóry niżej położone. Ponieważ, mimo licznych usiłowań nie mogłem znaleźć sposobu, któryby mi dozwolił dokładnie przekonać się o tém, że żaba czuje ból; ruchy bowiem głowy, zamykanie powiek i t. d., cytowane jako oznaki bólu, spostrzegałem również często u żab niedrażnionych: sądząc przytem, że oznaki obiektywne bólu, jak krzyk, możemy jedynie otrzymać na wyższych zwierzętach, postanowiłem w niniejszej kwestyi ograniczyć się na zbadaniu odruchów po wycięciu rozmaitych korzeni tylnych, wchodzących w skład nerwu kulszowego. Jeżeli zdołam otrzymać odruchy po obustronném wycięciu 8 i 9go korzenia, w takim razie upadnie dowód przez B e r e z i n a podany, że cewki czuciowe i odruchowe są różne.

Żabom więc w wyżej opisany sposób operowanym, odcinałem głowę poniżej otworów słuchowych; przytwierdzałem je do aparatu S a n d e r s - E z n a , a kończyny celem drażnienia zanurzałem w rozcieńczony kwas siarczany. Rozpoczywałem zwykle od bardzo słabego roztworu, i zwiększałem następnie jego stężenie przez dolewanie kwasu. Przy zachowaniu 8 i 9go korzenia otrzymywałem zawsze odruchy; przy wyłączném zachowaniu obustronnie korzenia 7go kilka razy nie otrzymywałem odruchów, innym razem zaś otrzymywałem je, jakkolwiek były słabsze, niż przy zachowaniu korzeni 8go lub 9go.

Tłómaczyłem sobie tę okoliczność tém, że korzenie średni i dolny są grubsze, zawierają zatem daleko więcej cewek nerwowych centrypetalnych, niż korzeń 7. Przy tém zauważyłem, że gdy tylko same łapki dolne poniżej stawu kolanowego były zanurzone, to przy wyłączném zachowaniu 7go korzenia

nie otrzymywałem odruchów, te pojawiły się dopiero wtedy, gdy przypadkowo kończyna aż powyżej stawu kolanowego w płyn drażniący zanurzoną została.

Ta okoliczność skłoniła mnie do bliższego zastanowienia się, w jaki sposób na skórze rozdzielone są cewki nerwowe, zbiegające się w tylnych korzeniach; jeżeli korzeń 7 zaopatruje tylko skórę powyżej stawu kolanowego, w takim razie jasno pojmiemy przyczynę, dla czego przy zanurzeniu samych tylko łapek wśród podanych warunków nie otrzymaliśmy odruchów.

Zmuszony więc byłem przedewszystkiem zapoznać się dokładnie z obrysem skóry, w którym się rozprzestrzeniają cewki nerwowe, zawarte w 8, 9 a szczególnie 7 korzeniu tylnym.

W Archiwie Reichert'a, 1868, pg. 326, znalazłem piękną pracę A. Koszewnikow'a, dotyczącą tego przedmiotu. Według niego przy wyłącznym zachowaniu 7go korzenia znajdujemy czułość tylko na zewnętrznej połowie obwodu uda, kolana i górnej części goleni. Ósmy korzeń zaopatruje cewkami czuciowymi wewnętrzną połowę obwodu uda, zewnętrzną stronę kolana, zewnętrzny brzeg i tylną powierzchnię goleni i całą stopę wraz z palcami, szczególnie stronę grzbietową. Dziewiąty korzeń rozprzestrzenia się na wewnętrznej powierzchni uda, szczególnie ku tyłowi, w dole podkolanowym, na wewnętrznej połowie goleni, a wreszcie na powierzchni stopy wraz z palcami, mianowicie po stronie podeszwowej. Dziesiąty nareszcie korzeń zaopatruje skórę około odbytu i górną część wewnętrznej powierzchni uda.

Koszewnikow opiera swe podania na wynikach z doświadczeń robionych podwójną metodą, t. j. oznaczał granicę rozgałęzienia każdego korzenia, 1) przecinając wszystkie korzenie wyjąwszy ten, którego rozgałęzienie w skórze badał, 2) przecinając tylko ten, którego rozgałęzienie chciał oznaczyć.

O prawdziwości podań Koszewnikowa przekonałem się w kilkunastu doświadczeniach. Nie podaję ich bliżej dla tego, gdyż obecnie interesuje mnie wyłącznie rozgałęzienie korzenia 7go.

Tém więcej zainteresowały mnie słowa Koszewnikowa: l. c. pg. 330, „*wurde bei meinen Versuchen das Rückenmarck dicht hinter der Medulla oblongata durchschnitten, so gelang es immer durch Reizung der Haut im Verbreitungsbezirke jeder einzelnen von den hier fraglichen Wurzeln Reflexbewegungen auszulösen; ich muss daher die oben erwähnte Angabe von Beresin entschieden als irrtümlich bezeichnen.*“

Po tych doświadczeniach główną uwagę zwróciłem na przekonanie się, czy korzeń 7 zawiera włókna odruchowe, czy też nie. W tym celu wycinałem żabom obustronnie korzenie 8, 9 i 10, zostawiając wyłącznie korzeń tylny 7; skoro żaba przyszła do siebie, ucinałem jój głowę poniżej zgrubienia ramieniowego, i probowałem za pomocą przykładania do skóry kawałków bibuły, napojonych rozcieńczonym kwasem siarczanym (1%), czy nie otrzymam odruchu. Metoda ta użyta przez Sanders - Ezna i Koszewnikowa okazała mi się bardzo praktyczną w tych razach, gdy idzie o umiejscowienie bodźca.

W kilkudziesięciu wypadkach, bez względu na to, czym brał żaby do doświadczeń w kilka godzin, w kilka lub kilkanaście dni po dokonaniem wycięciu, bez wyjątku obserwowałem następujące zjawisko: przykładanie papier-

ków zmoczonych kwasem siarczanym rozcieńczonym do stopy (powierzchni grzbietowej i podeszwowej), do goleni, mianowicie całej powierzchni wewnętrznej, pozostawało bez skutku; lecz skoro tylko przyłożyłem papierek zmoczony kwasem do powierzchni zewnętrznej goleni tuż poniżej kolana, albo na samo kolano lub też powyżej niego do powierzchni zewnętrznej uda, natychmiast następował odruch, żaba w znany sposób łapkę zgiąwszy, robiła gwałtowne ruchy, chcąc usunąć drażniący papierek. Jeżeli po dokonaniu doświadczenia, papierki przylegające do skóry zmył wodą i żabę pozostawił na kilka minut w spokoju, tom mógł na tej samej żabie 2, 3, 4, a nawet więcej razy powtarzać to samo doświadczenie. Sekcja, za każdym razem po doświadczeniu dokonana, przekonała mię, że korzenie 8, 9 i 10 były obustronnie przecięte.

Na mocy więc tych doświadczeń zmuszony jestem objawić: że podanie Berezina jest błędnem, i że korzeń tylny 7 zawiera w sobie zarówno cewki nerwowe odruchowe, jak korzenie 8 i 9.

Kończąc moją pracę nie pozostaje mi nic, jak tylko podziękować Szanownemu Professorowi Nawrockiemu, za radę i pomoc, których doznałem w ciągu niniejszej pracy.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O herniotomii bez otwierania worka przepuklinowego.

(Dr. D o u t r e l e p o n t z Bonn — *Archiv f. Klin. Chir.*, IX B., II Hft.).

Streścił Dr. M. Gruell.

Herniotomia bez otwierania worka przepuklinowego, według S a b a t i e r'a, skuteczną była już przez F r a n c o (który pierwszy operację zaciśniętej przepukliny wykonał) i przez Ambrożego P a r é; otwierali oni worek wtedy tylko, gdy bez tego obrażenia, odłożenie przepukliny wykonać się nie dało. Przecież dopiero J. L. P e t i t, którego nazwę operacja ta pospolicie nosi, pierwszy zwrócił uwagę na pożytki wypływające z oszczędzania worka, i tę metodę operacyjną nader zalecał. Sam używał tej metody w ciągu lat 30, nie odrzucając jednak bezwzględnie metody z otwieraniem worka przepuklinowego; owszem posilkował się tą ostatnią w wypadkach przepuklin zgangrenowanych, i w niektórych razach gdy kiszki zawierały ciała obce.

Pomimo to, zalecana przezeń metoda operacyjna nie znalazła uznania chirurgów i prawie poszła w zapomnienie, aż dopiero M o n r o na nowo ją podjął, radząc używać jej dla zapobieżenia obnażeniu kiszki i zetknięciu ich z powietrzem, co według niego stanowiło główne niebezpieczeństwo metody zwyczajnej. Po nim za skutecznością tej metody oświadczyli się A. C o o p e r, K e y i inni.

Od tego czasu operacja herniotomii bez otwierania worka przepuklinowego przechodziła coraz więcej zwolenników w Anglii i obecnie stała się powszechnym nabytkiem tamecznych chirurgów.

We Francji, po orzeczeniu D u p u y t r e n'a że w większej części wypadków nie pierścien brzuszny ale szyja worka przepuklinowego jest miejscem zaciśnięcia, co M a l g a i g n e posuwał dalej jeszcze zaprzeczając zupełnie możliwości pierwszego wypadku, przeważna liczba lekarzy zaliczyła się do rzędu przeciwników herniotomii J. L. P e t i t'a, tak że po stronie zwolenników spotykają się tylko: B o n n e t, D i d a y a w najnowszych czasach C o l s o n.

Chirurdzy niemieccy także bardzo oględnie i warunkowo tylko, uznawali możność wykonywania herniotomii metodą P e t i t'a i tak: C. J. M. L a n g e n b e c k zaleca oszczędzać worek przepuklinowy w takim tylko razie, gdy w wielkiej przyrośniętej, przed zaciśnięciem już nieodprowadzalnej przepuklinie, zaciśnienie powstało w skutek wypadnięcia nowej części kiszki; w takim bowiem razie otwierając worek, wystawilibyśmy na dostęp

powietrza i zostawilibyśmy obnażoną tę część kiszek, która z powodu swego mocnego przyrośnięcia nie mogłaby być odłożoną.

H a s s e l b a c h uważa odłożenie przepukliny bez otwierania worka, w takim jedynie wypadku za dozwolone, gdy wypadłe trzewia pozrastaly się z sobą i z workiem za pomocą zrostów mięsistych i ścięgnistych.

B l a s i u s dopuszcza tę operację tylko pod następnymi warunkami: 1) że wypadłe części nie będą zgorzelonemi i 2) że zaciśnięcie stanowczo będzie mogło być zniesionem przez samo rozszerzenie pierścienia brzuszno; i to jeszcze w takich tylko wypadkach, 1) gdy przepuklina jest świeża i mała; 2) gdy jest bardzo stara i wielka, tak że wypadłe trzewia nie miałyby już miejsca w jamie brzusznej i znowu wypadaćby musiały, albo nawet wcale odłożonemiby być nie mogły; 3) gdy kiszka na większej przestrzeni zrosła się z otrzewną i to w sposób nie do rozdzielania i nakoniec 4) gdy kiszka ślepa lub okrężnica leży na przodzie z powodu spojenia z otrzewną i innymi częściami.

Pod takiemiż w ogóle bardzo ograniczonymi warunkami wykonanie operacji w mowie będącej uważają za możliwe i inni niemieccy chirurgowie jak Z a n g, S e i l e r, C h e l i u s, D i e f f e n b a c h, L i n h a r t.

Stronnikami tej operacji w Niemczech było tylko kilku lekarzy, jak P r e y s s, M a y e r, D a n z e l, w nowszych zaś czasach S c h u h, B u s c h, R a v o t h i B. S c h m i d t.

Szczęśliwe rezultaty jakie p. D o u t r e l e p o n t miał sposobność obserwować w 12 wypadkach wykonanych herniotomij metodą P e t i t a (8 w klinice uniwersytetu w Bonn, 4 w prywatnej swój praktyce) z których 1 tylko, i to niezależnie od operacji lecz z powodu marazmu u 72-letniego starca zakończył się śmiercią, skłonił go także do oświadczenia się za korzyścią wspomnianej metody i zalecenia wykonywania jej w stosownych ku temu wypadkach.

Przegląd 12-tu owych wypadków obserwowanych przez autora zawiera się w następnjej tablicy:

Nr.	Imie pacjentów	Wiek—lat	Rodzaj przepu- kliny	Trwanie zaciśnięcia Godz.	Data operacji	Data wy- puszcze- nia	Skutek	Uwagi
1	Jan D..	72	Przep. udowa lewa. . .	24	2/12 1861	16/12 1861	†	Śmierć wsku- tek marazmu.
2	Fryderyk Z.	57	—	24	13/1 1862	28/2 1862	Wyzdrow.	Kawałek sieci nie mógł być odłożonym.
3	Małgorza. G.	48	—	12	16/2 1862	11/3 1862	Wyzdrow.	
4	Jan H.	1 1/4	Przep. pachwino. zewnętrzna.	26	10/4 1862	21/4 1862	Wyzdrow.	
5	Pan H. S.	59	Przep. udowa prawa. . .	16	18/12 1863	15/1 1864	Wyzdrow.	Część sieci nie mogła być od- łożona.
6	Helena P.	28	—	24	10/7 1864	14/8 1864	Wyzdrow.	
7	Ewa H.	70	—	60	28/12 1864	18/1 1865	Wyzdrow.	
8	Agnieszka S.	40	Przep. udowa	36	21/4 1865	13/6 1865	Wyzdrow.	
9	Pan K. M.	60	Przep. pachw. lewa. . .	36	20/9 1862	20/10 1862	Wyzdrow.	
10	Pani D.	73	Przep. udowa lewa. . .	72	17/1 1864	6/2 1864	Wyzdrow.	
11	Izaak L.	60	Przep. pachw. lewa. . .	9	25/5 1865	12/6 1865	Wyzdrow.	
12	Pani A.	43	Przep. udowa prawa. . .	4	29/8 1866	24/9 1866	Wyzdrow.	

Pomiędzy temi 12-ma wypadkami było 9 przepuklin udowych a 3 pachwinowe zewnętrzne. Wiek pacjentów był nader różny; raz wykonano operację u 15-to miesięcznego dziecka, inni pacjenci częścią byli w średnim wieku, trzech zaś miało przeszło lat 70. Oprócz wspomnianych 12 wypadków, przez czas asystentury autora w klinice, wykonano jeszcze 5 herniotomij, przy których worek musiał być otworzonym, i z téj liczby umarło 4-ch operowanych.

Zanim zastanowimy się nad korzyściami które osiągamy przez oszczędzanie worka przepuklinowego, i zarzutami które przeciwnicy téj metody przeciwko niej wymierzali, powiedzmy słów kilka o samej operacji:

P e t i t opisuje ją w następujących słowach: „Po obnażeniu worka przepuklinowego i oczyszczeniu go aż do pierścienia, z pokrywającego go tłuszczu i powłok, wkłada się zgłębnik żłobkowany ze zgiętym końcem między pierścień i worek, i wsunawszy koniec bistura w żłobek, przecina się wszystko co się znajduje po nad końcem zgłębnika. Jeżeli się uważa, że niedosyć rozcięto dla dostatecznego rozszerzenia pierścienia, wsuwa się dalej zgłębnik pod pierścień, i rozcina wszystko co się na nim znajduje. Tym sposobem worek pozostaje całym, a pierścień mniej obciśniętym; części w przepuklinie zawarte mniej są uciśnięte i można wykonać ich odprowadzenie, delikatnie je popychając.

W wypadkach tu przytaczanych odstępowano nieco od tego postępowania, i wykonywano operację w następujący sposób:

Uniółszy skórę w składkę, przecinano ją w kierunku podłużnym przepukliny; cięcie skórne rozciągało się od pierścienia brzuszego aż do dna worka przepuklinowego aby cały ten worek obnażyć było można. Po ostróżnym przecięciu warstwami powięzi pokrywających przepuklinę przy pomocy żłobkowanego zgłębnika, a tém samym po odkryciu całej przedniej powierzchni worka, oddzielano jego powłoki, co zwykle palcem z wszelką łatwością skutecznie się dawało; rzadko tylko wspomagając się musiano nożem lub nożyczkami C o o p e r'a aby rozdzielić mocniejsze zrosty. Tym sposobem worek przepuklinowy ze wszystkich stron został oswobodzony, tak, że można było swobodnie obejrzeć całą przepuklinę wraz z szyją jój worka tkwiącą w pierścieniu brzuszynym.

Zupełne takie obnażanie całej przepukliny jakie autor widział wykonywaném przez B u s c h'a i sam wykonywał, poczytuje on za korzystniejsze i bezpieczniejsze niż częściowe. Tak bowiem postępując, najpewniej poznać możemy czy mamy przed sobą worek, czy téż pokrywającą go jeszcze jedną warstwę powięzi, a prócz tego z dość wielką pewnością, przynajmniej w razach gdy worek nie jest zbyt zgrubiałym, ocenić możemy stan zawartości tegoż. Postępowanie to nie ma złych następstw, a co najwyżej pociąga za sobą o kilka dni dłuższe gojenie się rany, strata czasu, która dla pacjenta ze względu na większą pewność operacji, nie może być wielkiego znaczenia.

Obejrząwszy tedy całą obnażoną przepuklinę i pierścień brzuszny przez który wyszła, przystępujemy do drugiego momentu operacyjnego — do rozszerzenia tego pierścienia.

To wykonywaném być może albo od wewnątrz ku zewnątrz jak zwyczajnie, albo od zewnątrz ku wewnątrz jak zalecał H e s s e l b a c h; ostatnie postępowanie autor uważa za lepsze, ponieważ widzimy to co przecinamy. Gdy pomocnik naciska łagodnie palcami guz przepuklinowy ku stronie przeciwległej, wprowadza się zgłębnik żłobkowany między szyję worka przepuklinowego i pierścień brzuszny i na zgłębniku znajdujące się części przecina się nożem od zewnątrz ku wewnątrz. To rozszerzenie, jeżeli jedno przecięcie nie wystarczy, powtórzoném być może w kilku miejscach, ażeby jedném większym przecięciem nie uszkodzić naczyń. Przed przystąpieniem do odłożenia bada się ściśle szyję worka. Często znajdziemy wtedy jeszcze cienkie powrózki tkanki łącznej, które mimo swój cienkości nieraz powodują zaciśnienie albo przynajmniej stawiają przeszkodę odłożeniu. W wielu wypadkach, dopiero po ich przecięciu na zgłębniku żłobkowanym odłożenie się udawało.

Gdy pierścień brzuszny tak jest już rozszerzony że nie zaciska już szyi worka przepuklinowego, przystępujemy do trzeciego momentu operacji t. j. do odłożenia. Wykonywać to należy przy pomocy nader łagodnego tylko uciskania, silniejszy bowiem ucisk działając bezpośrednio na worek przepuklinowy, zwłaszcza zewsząd oswobodzony, łatwo spowodowaćby mógł odłożenie wraz z workiem (*en masse*).

Tego zawsze będziemy w stanie uniknąć, skoro wykonywając odłożenie, w chwili gdy zawartość zacznie do jamy brzusznej wstępować, worek palcami wstrzymamy.

Jeżeli przy łagodnym ucisku odłożenie nie udaje się natychmiast, należy przystąpić do otworzenia worka, jeżeli zaś się uda, to górna część rany skórnej może być ujęta kilku szwami, dolny jej kąt powinien jednak zostać otwartym, albowiem sklejenia bezpośredniego na całej przestrzeni oczekiwać nie można i trzeba mającej tworzyć się ropie zostawić miejsce odpływu.

Korzyści z oszczędzania worka przepuklinowego przy herniotomii są tak bijące w oczy, mówi autor — że dziwić się należy iż przez wszystkich chirurgów uznaniami nie zostały. Herniotomia bez otwierania worka przepuklinowego daje ranę nie drażącą, z otwarciem worka, drażącą do jamy brzusznej.

Jeżeliby nawet worek, przynajmniej starych przepuklin, nie był tak wrażliwym na obrażenia jak zdrowa otrzewna, i chociaż spostrzeżenia poczynione w nowszych czasach przy wycięciach jajników (*ovariotomia*) i przecięciach ściany brzusznej (*laparotomia*) uczą nas że obrażenie otrzewnej nie zawsze pociąga za sobą jej zapalenie (*peritonitis*), jak dawniej przyjmowano, to przecież nie można zaprzeczyć, że przyczyny większej części śmiertelnie zakończonych herniotomij w zapaleniu otrzewnej szukać należy. Zapalenie to często wprawdzie spowodowanem jest przed operacją, wskutek zaciśnięcia, ale również często jest bezpośredniem następstwem operacji. Jako moment przyczynowy przychodzi tu pod uwagę nie tylko obrażenie otrzewnej, ale daleko więcej ta okoliczność, że przez otworzenie worka zawartość jej wystawioną zostaje na działanie powietrza, że przy odkładaniu ucisk działa bezpośrednio na trzewiowy listek otrzewnej, że krew, a później wydzieliny rany dostają się do jamy brzusznej.

Przy herniotomii metodą *P e t i t'a* unikamy tych nieprzyjaznych momentów wywołujących zapalenie otrzewnej, a to nam objaśnia tak zadawalniające rezultaty tej operacji.

W 12tu podanych wyżej wypadkach, ani razu po operacji nie wywiązało się ogólne zapalenie otrzewnej, owszem, sprawa gojenia się w większej części operowanych postępowała szybko i zadawalniająco. Nie było przytem żadnych groźnych objawów, pacjenci zaledwie dni kilka słabo gorączkowali; była to tylko lekka gorączka przyraunna, którą każdej większej ropiejącej ranie towarzyszyć zwykła. W dwóch tylko wypadkach (Nr. 2 i 6 tablicy) powrót do zdrowia przychodził trudniej; były to też wypadki zawikłane, o tyle przynajmniej, o ile części sieci przyrosnięte do worka, odłożyć się do jamy brzusznej nie dały.

Najważniejszymi zarzutami przeciw metodzie *P e t i t'a* są 3 następujące:

- 1) że operujemy po omacku, nie wiedząc jakie własności przedstawiają trzewia które odłożonemi być mają;
- 2) że przyczyna zaciśnięcia tkwi często nie w pierścieniu brzusznyim lecz w szyi worka lub też i w samej jego zawartości, a ztąd łatwo nastąpićby mogło odłożenie w całości (*en masse*).
- 3) że operacja sama ma być trudniejszą i uciążliwszą w wykonaniu.

Najcięższym jest pierwszy z tych zarzutów, że przy herniotomii *P e t i t'a* odkładamy do jamy brzusznej części, których stanu nie znamy, że przeto one mogą być zgorzelonemi lub blizkiemi zgorzeli, a po odłożeniu mogłoby nastąpić przedziurawienie kiszki szybko pociągające za sobą śmiertelne zapalenie otrzewnej. Zarzut ten *R i c h t e r* już, stara się zbić temi słowy: „Skoro chirurg już zdecydowany na operacją, odważa się jeszcze na próbę wprowadzenia przepukliny do jamy brzusznej zapomocą odłożenia (*taxis*) lub jakiegobądź innego łagodnego środka, i próba ta się udaje, to i tu przepuklina nie otwierana została odprowadzoną, a zawarte w niej części mogłyby również być szkodliwemi. Czemuz bowiem nie należałoby się obawiać teraz przy odkładaniu tego, czego obawiamy się w kilka minut później, przy operacji? A czyż będziemy ganić chirurga za tę ostatnią szczęśliwie dokonaną próbę? Albo czy rozsądnego chirurga zasady takie od podobnej próby wstrzymają?”

W wypadkach, w których należy się obawiać zgorzeli kiszki, naturalnie nie zechcemy wykonywać herniotomii *P e t i t'a*, jak nie będziemy robić tam wiele usiłowań w celu odprowadzenia. Zgorzel zaś będziemy w stanie rozpoznać, jeżeli już nie przed operacją, to przy-

najmniej po zupełnym obnażeniu worka. Zmiana barwy skóry, zrośnięcia jej z głębszemi częściami, obrzmienie, rozedma powłok przepukliny, stan, a według K e y'a mdła woń worka przepuklinowego i jego zawartości nie zostawiają nas w wątpliwości co do zgorzelinowego stanu kiszki; gdyby zaś wątpliwości jakie się nasuwały, będziemy mogli przedsięwziąć otworenie worka. Prócz tego T e a l e słusznie zauważył, że część kiszki zgorzelą dotknięta nie łatwo wprowadzić się daje do jamy brzusznej, gdyż zwykle potworzyły się już zrosty z workiem przepuklinowym i z otrzewną w pobliżu będącą.

W drugim zarzucie nie możemy także dopatrzeć niebezpieczeństwa dla chorych. Gdzie zaciśnienie nie przez pierścień brzuszny jest spowodowanym, łatwo po tém poznamy, że pierścień ten nie ściśle obejmuje szyję worka przepuklinowego, albo téż po tém, że usiłowanie odprowadzenia przepukliny nie osiąga skutku. Zaciśnięcie przez sam pierścień za tak rzadkie uznawane przez D u p u y t r e n'a a zupełnie odrzucone przez M a l g a i g n e'a zdarza się częściej daleko, niż to powszechnie przyjmują. Liczba operowanych metodą P e t i t'a jest tego wyraźnym dowodem.

W razach gdzie zaciśnięcie spowodowanym jest istotnie przez szyję worka przepuklinowego, albo téż w jego wnętrzu, odłożenie zawartości przepukliny z zatrzymaniem jęj worka na zewnątrz jamy brzusznej jest niemożliwe, i wypadki takie jako nie nadające się do naszej metody kwalifikują się do otworzenia worka. Ale i tu przez usiłowanie oszczędzenia worka nie zostało zepsutem, i szanse dla chorych po jego otwarciu są te same co i przedtém.

Żeby przy herniotomii metodą P e t i t'a łatwo następować miało odłożenie w całości (*en masse*) trudno przypuszczać, jeżeli postępuje się tak jak wyżej opisano. Idzie tu głównie o to, aby po obnażeniu worka i rozszerzeniu pierścienia odprowadzenie wykonywać łagodnie, nie ciśnieć od razu na całą przepuklinę, lecz usiłując najpierw wprowadzać części najbliżej otworu znajdujące się.

Co się tyczy trzeciego zarzutu, to trudności operacyi, gdyby nawet jakie były, nie mogą wchodzić w rachubę, skoro przez to zmniejsza się niebezpieczeństwo operowanego.

Do wykonania herniotomii opisywaną tu metodą, przystępować należy daleko wcześniej niż dawniej.

Pierwój nim chycono za nóż, wyczerpywano cały arsenal środków zalecanych przeciw zaciśnięciom, a przez to odwlekano czas najstosowniejszy do operacyi. Im bowiem wcześniej się operuje, tém lepsze jest rokowanie.

Od czasu jak posiadamy chloroform, w większej liczbie wypadków wszelkie inne środki są zbytecznymi. Skoro pod wpływem narkozy chloroformem sprawionój odprowadzenie przepukliny nie udaje się, nie należy ociągać się z herniotomią.

Tak postępując, nigdy prawie nie będziemy się obawiali o zgorzel kiszki, i częściej wykonywać będziemy mogli herniotomię metodą P e t i t'a.

Ustanowienie specjalnych wskazań dla téj metody operacyjnej nie uważa autor ani za potrzebne ani za możliwe. Da się ona wykonać wtedy tylko, gdy powód zaciśnienia leży po za obrębem worka przepuklinowego, a tego przed operacją rozpoznać niepodobna. We wszystkich wypadkach zaciśniętych przepuklin, jeżeli nie ma podejrzenia o zgorzel kiszki, zawsze należy usiłować oszczędzić worek i robić próbę łagodnego odprowadzenia po rozszerzeniu pierścienia brzuszego.

Gdy to się nie uda, zawsze przystąpić można do otworzenia worka.

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

Paryż, 21 lipca.

Międzynarodowy Zjazd lekarski r. 1867 w Paryżu.

Przez Dra Ż.

(Dalszy ciąg). *)

Po skończeniu tego uczonego sprawozdania Dra D u v a l a — zabrał głos dyrektor szkoły lekarskiej w Brest Dr. D u c h e n n e i mówił o swych nowych poszukiwaniach nad czynnościami mięśni międzyżebrowych, w klinikach na chorych dokonywanych.

*) Patrz Nr. 6 Gaz. Lek.

Dr. D u c h e n n e powiada, że doświadczenia Dra D u v a l a powyżej cytowane nie tylko potwierdzają jego doświadczenia elektro-fizyologiczne — robione na żywych ludziach, ale jeszcze rehabilitują dawne opinie H a l l e r'a, przeciwko którym tak silnie występował H a m b e r g e r swojego czasu.

Dr. D u c h e n n e dał członkom Zjazdu fotografie dwóch chorych na zanik stopniowy mięśni (*atrophia musc. progressiva*), u których zanikanie różnych mięśni wdechowych wykazywało najdowodniej ich czynność i przeznaczenie w ustroju ludzkim. Wedle tych postrzeżeń pokazało się: 1) że u jednego chorego u którego był zanik przepony, wdechowanie było tylko żebrowe — a wydechowanie przeponowe; 2) że mięśnie które pewni fizyologowie uważają za jedyne czynniki wydechowania żebro-górnego były u tego chorego z wyjątkiem *m. scaleni* albo zupełnie zanikłe lub też wycieńczone do bezsilności, co znaczy że tylko mięśnie między-żebrowe, które pozostały nietknięte powodowały tu ruchy klatki piersiowej.

3) U innego chorego, u którego mięśnie między-żebrowe i inne pomocnicze wdechowe prawie całkiem zanikły, wdechowanie odbywało się tylko za pomocą siły, która jeszcze zanikowi (*atrophia*) nie uległa. 4) Skutkiem zaniku mięśni między-żebrowych średnica przednio-tylna klatki piersiowej zmniejszała się znacznie, przyczem powierzchnie: przednia i tylna klatki piersiowej stały się płaskimi prawie. 5) W końcu mięśnie międzyżebrowe nie mają głównego i wyłącznego przeznaczenia wdechowo-żebrowego, służą one bowiem i do zubożenia siły wydechowej po części.

Sprawozdanie to przyjęte zostało gorącymi oklaskami.

Dr. B o u i l l a u d z kolei pyta Dra D u v a l a, dlaczego w jego doświadczeniach nad traconemi *vena cava* nie kurczyła się, kiedy on wiele razy widział w swych doświadczeniach czynionych na żabach i kijankach, jak żyła ta odcięta od serca i położona na stole długi czas dobrowolnie się kurczyła?

Ostatni głos na posiedzeniu zjazdu dnia tego dany był Drowi Prof. B a c c e l l i z Rzymu, który mówił o swoich pracach i wnioskach czynionych nad ruchami serca i naczyń, które z matematyczną ścisłością obliczał, co nazwał *m e c h a n i k ą s e r c o - n a c z y n i o w ą* (*cardio vasculaire*).

Od środka aorty do serca poprowadził Dr. B a c c e l l i linię wyobrażającą oś h y d r a u l i c z n ą tej części krwi, która z komórki sercowej przelewa się do aorty. W kole tej osi wystawił następnie równoległobok sił. Dwa boki dolne tego równoległoboku stanowią oś przegrodowa i oś ściany komórkowej t. j. ścian kurczliwych.

Figura ta przyczepiona jest do mięśni sercowych, które kończąc się ściągają jej dwa boki, i tém zmniejszają oś hydrauliczną, która jest wypadkową obu sił tu działających.

Doświadczenia te bardzo ciekawe Prof. B a c c e l l i'e g o, stwierdzają dawniejsze doświadczenia H e r i s s o n a, V i e r o r d t'a, L u d w i g a i M a r e y'a robione z cardiografem i sfigmografem, chociaż rysunki w tym razie otrzymane przedstawiają tylko połowę równoległoboku B a c c e l l i'e g o.

Dziękczynne słowo wypowiedziane na pochwałę uczonej pracy Prof. B a c c e l l i'e g o przez prezesa zjazdu Dr. B o u i l l a u d'a zakończyło posiedzenie dnia tego.

Posiedzenie dnia 28 Sierpnia.

Przedmiotem rozpraw na posiedzeniu w dniu tym było pytanie: o a k l i m a t y z o w a n i u s i ę r a s e u r o p e j s k i c h w k l i m a t a c h g o r ą c y c h.

Pierwszy głos w sprawie tej zabrał nie lekarz, ale uczonego antropolog pan S i m o n o t.

Po wstępnych ogólnych wiadomościach o klimatach gorących i ich podziale p. S i m o n o t dowodził, że:

1) największą przeszkodą aklimatyzowania ras europejskich w klimatach gorących jest istnienie j a d u b ł o t n e g o i bagnistego (*miasme palustre*).

2) Że nie klimata gorące są śmiertelnymi dla Europejczyków, ale kraje bagniste; przeciwko gorącu bowiem można się zabezpieczać właściwą dyetą, w jedzeniu i okryciu.

3) Zaaklimatyzowanie się pewnych ras europejskich w krajach gorących jak Hiszpanów na wyspach Kanaryjskich, w Maderze, w Meksyku, La Placie i w Peru jakoteż Portugal-

czyków w Brazylii da się tłumaczyć tylko przez skrzyżowanie się rasy europejskiej z tamtą miejscową.

Francuzi na Taicie i w Nowej Kaledonii jeszcze przeszkód klimatycznych zwyciężyć dotąd nie zdołali.

Z kolei Dr. L o m b a r d z Genewy mówił: O p r a w a c h ś m i e r t e l n o ś c i w E u r o p i e w s t o s u n k u d o w p l y w ó w a t m o s f e r y c z n y c h.

Dr. L o m b a r d wedle wykazów statystycznych śmiertelności w różnych państwach Europy mających miejsce, ułożył dwie mapy: 1) śmiertelności i 2) zdrowia; różne kolory na tej karcie wykazują rozmaity śmiertelność, — stosunkowo do kraju i pory roku.

Wedle postrzeżeń Dr. L o m b a r d a pokazuje się że w zimie i na wiosnę największą jest śmiertelność szczególnie w krajach północnej i środkowej Europy leżących.

Na południu Europy przeciwnie, szczególnie wzdłuż brzegów morza Śródziemnego, lato i jesień najwięcej są śmiertelnymi.

Włochy dzielą się ze względu śmiertelności na dwa działy, przegrodzone między sobą pasmem Apeninów. W stronie wschodniej śmiertelność bywa największą w zimie, w zachodniej zaś najwięcej umiera ludzi latem i jesienią.

Wpływ wyziewów i jądów bagnistych powiada Dr. L o m b a r d, znacznie podnosi stosunek śmiertelności, która w miejscu niebagnistym innąby być tu musiała. Wyniki postrzeżeń Dra L o m b a r d a są następujące: W Europie zimno jest przyczyną śmierci, gdy ciepło jest konserwatorem zdrowia. Noworodki i małe dzieci umierają głównie z gorąca, starcy wskutek zimna; wieśniacy umierają z zimna, mieszczanie skutkiem gorąca.

Jad bagnisty m a l' a r i a (złe powietrze) jest wraz z biedą t. j. niedostatkiem jedną z najczęstszych przyczyn choroby. Dr. L o m b a r d spodziewa się, że zebrani z całego świata lekarze zechcą urzeczywistnić słowa uczonego Prof. V l i m i n c k x a „że w mocy ludzkiej jest wypędzić z Europy m a l a r y a“ (*mal'aria*).

Śmierć więc jadowi bagnistemu, zawołał z zapalem Dr. L o m b a r d. I z tą groźbą rozeszli się z posiedzenia tego członkowie zjazdu międzynarodowego.

Posiedzenie wieczorne dnia 28 sierpnia 1867 r.

Z powodu nieobecności mówców, którzy wedle programu na posiedzeniu tém przemawiać mieli: „O w p l y w i e p o k a r m ó w w r ó ż n y c h k r a j a c h n a p o w s t a w a n i e p e w n y c h c h o r ó b“ zabrał głos Dr. B e r l e t i rozwijał myśli swe oparte na postrzeżeniach tyczących się p e l a g r y i (*pellagre*).

Od lat 20tu przeszło, powiada Dr. B e r l e t uważałem że powodem pelagryi mogą być i inne przyczyny nie tylko sporadyczne; dwadzieścia razy widziałem ją bowiem sam, gdzie ona nigdy nie panowała, ani nie panuje. Istotą pelagryi jest głównie cierpienie układu nerwowego zwojowego, rozgałęziającego się w organach trawienia, z kąd powstaje naturalnie cały szereg objawów chorobliwych i następstw, mianowicie na skórze osób wystawionych na działanie słońca.

Daléj wykazywał i tłumaczył Dr. B e r l e t swemi postrzeżeniami klinicznymi, że nie ma słuszności wyłączna etiologia pelagryi Dr. B i l l o d' a, jaką on w głośnym swém dziele *Traité de la pellagre* opisał, a która ma głównie polegać na jedzeniu kukurydzy (*maïs*).

Dr. Leon S o r b e t s w rozprawie swéj O E t i o l o g i i p e l l a g r y i, którą z kolei czytał na tém posiedzeniu, powiada: że po swoich badaniach, jakie robił w Landes, trzyma się co do etiologii pelagryi zdania B e l l a r d i n i e g o. Wszystkie inne pelagrye, które nie mają téj przyczyny jakie opisał B e l l a r d i n i e są zdaniem jego pelagryami, ale tylko pseudo-pelagryami.

Dr. B o u c h u t przytacza 200 wypadków pelagryi obserwowanych przez H. G i n t r a c' a, gdzie chorzy nie jedli kukurydzy (*maïs*). Daléj opierając się na postrzeżeniach Dr. B e r l e t' a powiada, że można znaleźć inne zapatrywanie się na pelagryę, aniżeli te jakie dają do dziś nasza francuzka i włoska teorya.

Kukurydza (*maïs*), jak liczne doświadczenia przekonywają, wystawiona na wilgoć powietrza, po pewnym czasie ulega zmianie i staje się niebieskawą, słowem daje mąkę złą i szkodliwą. O zmianie téj samowolnej drobnowidzowej, bardzo często nie znanéj lekarzom,

wiedzą dobrze z praktyki piekarze. Zmiana ta właśnie kukurydzy powoduje często rozwijanie się pellagryi.

Prof. D e m a r i a delegat Akademii lekarskiej w Turynie protestuje przeciwko opinii Dr. B o u c h u t, że lekarze włoscy głównie trzymają się teorii B a l a r d i n i e g o. Tak nie jest, powiada mówca, medycy nasi uznają za rzecz pewną, iż przyczyny pelagryi mogą być bardzo rozmaite. Badania etiologiczne pelagryi polecone przez Akademię lekarską w Turynie a czynione na 3000 chorych wykazały, że jedzenie zmienionej kukurydzy nie jest wyłączną przyczyną tej niemocy, dziedziczność bowiem, wzywiny bagniste, niedostatek wzmacniających napojów, gwałtowne wrażenia moralne, zarazy na bydło panujące i t. d. również częste spowodowywać mogą rozwijanie się pelagryi.

Nie ma środka specyficznego na tę chorobę. Kąpiele i pożywne pokarmy są najlepszymi tu lekarstwami, lepiej jest niedopuszczać rozwijania się pelagryi aniżeli ją leczyć. Cierpienie to najwięcej dotyka biedną klasę społeczeństwa, która brak zdrowego pożywienia zastępuje często nadpsutemi mączzywami. Osoby które są zmuszone długo pozostawać na słońcu t. j. pracować wśród dziennych upałów, podlegają również pelagryi bardzo często.

Dr. C a r o n z Paryża mówił z kolei: O w p ł y w i e p o ż y w i e n i a n a w i e k m ł o d z i e Ń c z y, czyli o p u e r i c u l t u r z e (*puericulture*), jak naukę tę nazywał.

Zajmując się długo tą ważną sprawą powiada Dr. C a r o n, przyszedłem do przekonania, że dobór pokarmów w żywieniu młodzieży nie należy pozostawiać ślepemu trafowi lub kaprynowi matek albo młodzieży, ale dobozem i wskazaniem ich winna kierować wielka przeczność i światła rada lekarza.

Zły bowiem dobór pokarmów, albo też ich nadużywanie staje się powodem w przyszłości przeróżnych zakażeń, jak skrofulów a szczególnie gruźlicy.

Hałas, protestacye i liczne w sali całej szmery i koncepta nie pozwoliły szanownemu mówcy kończyć dalej poczętej sprawy, którą niechybnie przecie niezadługo nawet trzeba będzie podnieść i bez śmiechu rozwiązać na pożytek ludzkości i chwałę nauki zdrowia, higieny.

Kanadyjski lekarz Dr. K i n g s t o n z Montre'al przedstawił zjazdowi ciekawe swe postrzeżenie, a mianowicie:

Kanadę zaludniają dwie głównie rasy: franko-kanadyjczycy i anglicy. Francuzi kanadyjscy jedzą wiele mięsa, dwa do trzech funtów wieprzowiny dziennie; anglicy przeciwnie znacznie mniej jedzą. Pierwsi podlegają głównie małym niedomaganiom przewodu pokarmowego, gdy drudzy anglicy przeważnie umierają z chorób płucnych. Franko-kanadyjczycy są tedy, t. j. wyżsi i muskularniejsi znacznie od francuzów we Francyi zrodzonych. Pytanie otóż zachodzi, woła, Dr. K i n g s t o n, co tu tak służy francuzkiej rasie, pożywienie czy też klimat, który się zupełnie przechyla na stronę pierwszych przybyszów tej kolonii. Czemu klimat ten dla anglików tak jest nieprzyjazny?... Niech uczony zjazd rozstrzyga.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— O użyciu eteru w celu ułatwienia digestyi tłuszczów, a w szczególności tranu rybiego. W suchotach płucnych, szczególnie gdy wystąpią objawy zepsutego trawienia — przyswojenie tłuszczów w organizmie staje się bardzo trudnym. Ten fakt zdobyty drogą obserwacyi skłonił D o b e l l'a, do podawania tłuszczów w emulsyi.

Doświadczenia zaś C l a u d e B e r n a r d'a wykazały, że eter wprowadzony do przewodu pokarmowego, pobudza do większego wydzielania soku, żołądek i dwunastnicę i przez to ułatwia wessanie się tłuszczów. F ö r s t e r korzystając z tego odkrycia poleca podawanie eteru wraz z tranem, tym chorym, którzy już tłuszczów trawić nie mogą. Używa on nie więcej jak 10, 15—20 kropli eteru na 7 gram. tranu. Dr. F o k stwierdził skuteczność tego przepisu i poleca w tym celu podanie eteru w pół godziny po przyjęciu tranu.

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 Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
