

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM 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 (z przesyłką) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Postrzeżenia chirurgiczne. Przez Dra Minkiewicza (z Tyflisu). Rozprawy naukowe. O wpływie nerwów na oddechanie. Przez A. Fabiana i A. Stockmanna. (Ciąg dalszy) Kronika Zagraniczna. Błonica gardzieli (*angina diphtheritica*). Przez Dra Wertheimbera (z Monachium). Streścił Dr. Józef Nowak. Korrespondencya z Rzymu. Przyczynek do sposobów przechowywania ciał organicznych. Przez Pawła Postępskiego. Statystyka Lekarska. Prostytucya w mieście Warszawie w latach 1867, 1868 i 1869. Wiadomości bieżące. Dodatek. Anatomii praktycznej arkusz 14ty, Laryngoskopii arkusz 4ty, Fiziologii T. II ark. 2gi, Akuszeryi ark. 25ty.

## POSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez Dra J. Minkiewicza (z Tyflisu).

### A) Tłuszczaki.

Podawszy w poprzednim artykule <sup>1)</sup> opis torbieli operowanych od września roku 1862—1869 włącznie, teraz opiszę tłuszczaki w tymże okresie spostrzeżane i operowane. Liczba ich była daleko mniejsza; zaledwo 6 chorych z tymi guzami operowałem <sup>2)</sup>; co do miejsca ich rozwinięcia się, to one głównie były napotymane na tułowiu u 4ch chorych, raz na czole, raz na ramieniu. Co się tyczy tułowia w szczególności, to u jednego chorego wyluszczyłem na karku; drugi miał tłuszczaki wielorakie na dolnej połowie tułowia; zaś trzeci tłuszczak powstał na wardze sromnej a czwarty w okolicy pośladkowej (*lip. petrificum*). Opis ostatniego wypadku podałem w Gaz. Lek. t. VIII, Nr. 43, roku 1870. Oprócz tych sześciu wypadków operowanych tłuszczaków, obserwowaliśmy dwóch chorych, u których po całym ciele na tułowiu, górnych odnogach, były rozproszone tłuszczaki pod skórą rozmaitej wielkości. Jeden z tych chorych ormianin, był tłusty,

<sup>1)</sup> Gaz. Lek. 1870, T. IX, NN. 13, 14, 15.

<sup>2)</sup> Od r. 1853—1866. wyluszczyłem dwa tłuszczaki (*pinguecula*) na gałce ocznej, 2 na ramieniu i na szyi. Tyg. Lek. 1854—1866.

silny mężczyzna, drugi zaś rossyanin, chudy, wysoki, młody, z bardzo mało rozwiniętą tk. łączno-tłuszczową podskórną.

Te nieliczne wypadki nasze stwierdzają powszechnie znane spostrzeżenia, że tłuszczaki podskórne najczęściej spotykają się na plecach, karku, udach, pośladkach. Co do objętości największy przez nas obserwowany był na pośladku, już opisany; następnie zaś, znajdujący się po nad m. naramiennym (*m. deltoideus*) i na wardze sromnej, dorównyujące objętości indyckiego jaja, wszystkie zaś inne były mniejsze. Jedne z nich były rozlane, mniej ściśle ograniczone, drugie zaś ograniczone, guzowate (*lip. tuberosa*), a nawet wiszące, tak zwane polipy skóry tłuszczakowate (na wardze sromnej) lub tłuszczaki polipowe. Wszystkie te tłuszczaki były wyluszczone zwykłym sposobem, wyjąwszy znajdujący się na wardze sromnej. Tu musiałem z początku założyć węzeł na szypułkę i poniżej ligatury odciąć narośl. Musiałem w tym przypadku tak postąpić, gdyż u młodej, 20 lat m. panny, sam jeden bez pomocnika operowałem. Zabliźnienie po wyluszczeniach tłuszczaków zwykle się odbywało przez ropienie, daleko powolniej niż po wyluszczeniu torbieli, tak po wyluszczeniu u ormianina, tłuszczaka leżącego z lewej strony stosu pacierzowego szyjowego, objętości kurzego jajka, rana zaledwo się zagoiła we 3 miesiące po operacji. Być może, że i ciągła ruchliwość szyi przyczyniała się do tego. Po wyluszczeniu zwapniałego tłuszczaka (*lipoma petrif.*) także rana długo się nie zabliźniała. Inni chirurgowie (*Broca*) również zwrócili uwagę na powolność zabliźniania ran po wyluszczeniu tłuszczaków. W dwóch przypadkach chorzy mieli różę po wyluszczeniu.

Przytoczę opis wypadku nieszczęśliwie zakończonego po wyluszczeniu tłuszczaków wielorakich.

Wielorakie tłuszczaki na tułowiu, miejscowe znieczulenie. Róża, zgorzel tk. łączno-tłuszczowej podskórnej, odęcie podskórne, zapalenie płuc, zakrzepy w żyłach biodrowej zewnętrznej (*v. iliaca exter.*) i udowej (*v. femoralis*).  
posocznica, śmierć.

Jerzy G..., grek z Trebizondy 42 l. m., mocno zbudowany, trudniący się obrabianiem kamieni, wszedł do Tyfliskiego szpitala miejskiego dn. 14 lutego r. 1867 Nr. 55. Opatrując go, znalazłem na rozmaitych częściach ciała, szczególnie na powierzchni przedniej i tylnej dolnej połowy tułowia rozproszone tłuszczaki. Z tych największe były: a) leżące na tylnej powierzchni tułowia po nad dolnymi żebrami, z każdej strony po dwa w okol. lędźwiowych, były one podłużne dość ściśle ograniczone; b) w dołku sercowym tłuszczak ściśle ograniczony, wielkości orzecha włoskiego, za pociśnięciem go przy głębszem westchnieniu chory się skarżył na znaczny ból w tej okolicy. Te objawy dawały do myślenia, czy nie była to *hernia lin. albae* lub tłuszczak przepuklinowy (*lip. herniosum*). Ale zbadawszy dokładniej tę narośl przekonaliśmy się, że to był również tłuszczak podskórny jak i inne guzy obserwowane. U chorego obok tej narośli już były wycinane w Turcyi dwa podobne guzy.



Oprócz tych większych guzów, były inne mniejsze rozproszone po tylnej powierzchni tułowia i na górnych odnogach.

Dnia 18 lutego, w obec kilku kolegów użyłem po raz pierwszy w Tyflisie — w celu znieczulenia miejscowego, rozpylonego eteru za pomocą narzędzia *Richardsona*. W tym celu narośl leżąca w okolicy łędźwiowej prawej nie zupełnie była znieczuloną. Powyżej niej zaś leżąca całkiem nie była poddawana tej operacji. Różnica co do bólu przy rozcięciu była widoczną, wyluszczenie pierwszej było mniej bolesnem. Trzecia narośl leżąca po nad 8—10 prawemi żebrami największa, wielkości jajka kurzego była dłużej anastezyowaną, wprawdzie nie tyle aby skóra zupełnie pobieliała i stała się pergaminową. W czasie wyluszczenia strumień pyłu eteru ciągle wylewał się na ranę. Wyluszczyłem dwa tłuszczaki w prawej okol. łędźwiowej, jeden po nad żebrami fałszywemi i leżący w dolku sercowym. Po operacji rany opatrzone mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej *Nelubina*. Wieczorem o 6ej, tego dnia tętno 96, ciepl. 38,2.

Dnia 19go, z rana ciepłota 39, tętno 108, małe, słabe, twarz czerwona, kaszel mały. Wieczorem o 6ej ciepłota 40°. *Infus digitalis ex gr. vjij—3vj*, *Syrupi Ipecac. 3j*, co dwie godziny po łyżce.

Dnia 20, ciepłota 40, tętno 104, płwociny obfite; wysłuchując ordynujący kolega znalazł *respiratio aspera* z przodu, z tyłu zaś rżęzenie wilgotne; majaczenie. W okolo ran czerwoność różowata, zatwardzenie stolca. *Infus digitalis ex 9j—3vj*, *tinct. aconiti gtt. xx*, *Olei ricini 3j*. Chory miał dwa stolce. Wieczorem tętno 100, ciepłota 39,8, bezsenność.

Dnia 21, ciepłota 39,4, tętno 104, małe; róża w okolo ran; stolec wolny, odpluwanie dość swobodne. Do mikstury dodano *kali carbonici 5s*; co dwie godziny po łyżce. Wieczorem ciepłota 39.

Dnia 22, róża w okolo wszystkich ran i okolicy łędźwiowej prawej; tamże pod skórą odęcie gazami (*emphysema*) na takiejże przestrzeni, jak i róża; dno rany nieczyste, pokryte obumarłą tk. łączną, wydzielającą śmierdzącą ropę i w daleko mniejszej ilości. Tętno nie jednostajne, w prawej sprychowej tętnicy mocne, w lewej zaś słabe. Bezsenność. Wieczorem tętno 88, dwa wypróżnienia stolcowe.

Dnia 23, róża, a razem z nią i *emphysema*, rozszerzają się ku miednicy, naprzód i do góry; skóra w tych miejscach oddzielona od pod nią leżących części; dno ran suche, z pod skóry wypływająca ropa w małej ilości, była posoczystą, zawierała znekrotyzowaną, obumarłą tk. łączno-tłuszczową podskórną, przesięknioną gazami i cieczą. Upadek sił, pewna apatyczność, tętno 86, ciepłota 34.

Dnia 24, *Emphysema* podskórna i róża szerzą się ku dołowi aż do pośladków. Skóra bolesna, odstaje od części pod nią leżących, prawie na całej przestrzeni, gdzie się pokazała rozedma (*emphysema*). Język brudno-żółtawy, suchy, stolec prawidłowy. Chory apatyczniejszy. *Rp. acidi muriatici dil 5s, aq. destillat. 3vjij*, *Syrupi rubi idaei 3j*, *S. pro potu*.

Dnia 25, ciepłota 28, tętno prawie prawidłowe. Bezsenność. Róża i rozedma mniejsze, tkanka łączna podskórna zgangrenowana, wydziela się kawalczkami. Chory zdaje się być spokojniejszym, ale jest właściwie bardziej apatycznym.

Dnia 27, róża i *emphysema* posuwa się i obniża na pośladkach; z rany wydziela się śmierdząca posoka i strupy zmartwiałej tk. podskórnej. Skóra odstaje niby worek od części pod nią leżących. Tętno ściśnione, małe.

Dnia 1go marca, zatoki ropiaste na pośladkach, które do dnia 3go znacznie się tam powiększyły i na lędźwiach. Tego dnia zrobiłem kilka kontr-apertur, z których dużo wypłynęło kosmków śmierdzących ze strupami i ze krwią zmieszanych. Upadek sił coraz się wzmacnia.

Dnia 4go, upadek sił wzmacnia się, tętno słabe, małe. Śmierdząca ropa wydziela się obficie, prawe udo obrzmiało, na niem poczyna się róża. Wieczorem oddech trudny; tętno małe, chory umarł.

Przy sekcji, głowy nie mogliśmy otwierać. W jamie zaś piersiowej znaleźliśmy co następuje. Prawe płuco zupełnie przyrośnięte do oplucnej żebrowej, stwardniałe. Powierzchnia rozkroju płuca przekonała, że pośród zbitej, zapaleniem zmienionej tkanki jego, były ściśle ograniczone, ciemno-czerwonej barwy, rozmięknione miejsca niby zgangrenowane. Prawie wszystkie naczynia większe były zatkane skrzepłą krwią. Lewe płuco miejscami przyrosłe oddawna do oplucnej klatki piersiowej; środek dolnego zrazu zbrzęknięty, bliżej do cbwodu płuca dało się widzieć miejsce, wielkości kurzego jajka, stwardniałe. Górny zraz daleko mniej zbrzęknięty. Te naczynia były mniej zatkane skrzepłą krwią. W jamie osierdzia ilość surowicy zwyczajna; serce większe niż zwykle, stłuszczone. Barwa powierzchni rozkroju serca ciemno czerwona, podobna do barwy mięśni klatki piersiowej. Prędkości i komórki zawierały wielkie twarde skrzepy krwi, szerzące się do tętnicy płucnej i do żył głównych (*v. cavae*), a także do aorty i jej rozgałęzień. Zastawki nie zmienione. W aorcie znaleźliśmy dużo ateromatycznych wyniosłości, sięgających aż do tętnicy obojczykowej lewej, od czego i zależała różnica w tętnach sprychowych.

Wątroba daleko większa niż zwykle, wietka, na powierzchni jej rozkroju zraziki wyraźniej się uwydatniały. Pęcherz żółciowy wypełniony żółcią. Śledziona we dwójnasób większa od zwyczajnej, miękka, kaszowata. Nerki niejednostajnie przekrwione, zbrzęknięte, prawa większa od lewej. Pęcherz moczowy mocno moczem rozciągnięty. Błona śluzowa przewodu żołądkowo-kiszkowego była w stanie nieżyty chronicznego.

Rozciawszy skórę prawego uda znaleźliśmy zakrzepy w żyłach podskórnych, twarde, ciemno-czerwonej barwy. Podobne zakrzepy zatykały żyłę biodrową zewnętrzną prawą, począwszy od miejsca połączenia się jej z ż. biodrową wewnętrzną (*v. hypogastrica*); na całym przebiegu ż. udowa prawa aż do kolana była zatkana podobnymi skrzepami. W żyłach odpowiednich lewej strony nic podobnego nie znaleźliśmy. W sąsiedztwie ran żyły skóry nie były zbadane, podskórne zaś większe, były pozatykane skrzepami. W miejscu ran na dnie ich i na granicach tk. łączna podskórna rozmiękła, posoka i gazami przesiąknięta, część jej w postaci strupów i kosmków pływała w ognisku ropnym między skórą a powięzią.

Przypadek ten pod pewnymi względami jest ciekawym. Wprawdzie obfitością tłuszczaków on się nie wyszczególniał. W dwóch wyżej przytoczonych przypadkach



tluszczaków wielorakich, przez nas obserwowanych, liczba ich była daleko większa. Gross podał opis wypadku, gdzie mężczyzna miał 200 podobnych narośli rozmaitej wielkości. Co do objętości guzów chory również nie górował przed innymi. Najważniejszymi zaś zjawiskami były: ostre, rozlane obumarcie tk. łączno-tłuszczowej podskórnej w okolo ran, z jednoczesnym rozwinięciem się róży i rozedmy (*acute diffuse Bindegewebnecrose*, ostry ropiasty obrzęk Pirogo w'a), i powstanie zaskrzepów w żz. biodrowej zewnętrznej i udowej. Ważnym jest także pytanie co do zależności tych miejscowych objawów od znieczulenia miejscowego.

Co do miejscowych zmian w ranach widzieliśmy, że jednocześnie niemal powstały róża, zmiana powierzchni i wydzielin ran i emphysema podskórna, co było poprzedzone silnym stanem gorączkowym, powstałym zaraz po operacji. Jednocześnie z różą posuwała się i *emphysema* w okolicach otaczających, szczególnie na dół, ku pośladkom. Przy tem tkanka łączna podskórna przechodziła w zgorzel, rozmiękała, strupieszala (*diffuser Brand*), w skutek czego skóra zupełnie była oddzieloną od powięzi. Posoka zawierająca gazy, powstałe z rozkładu tkanki łącznej raz powstawszy, prawem ciężkości mogła nasiąkać sąsiednie części, zarażać je, usposabiać do obumarcia.

Co do kwestyi, czy róża i rozedma były następstwem obumarcia, rozmięknienia tkanki łącznej podskórnej lub na odwrót? Sądzimy, że te wszystkie zjawiska stanowiły jedną całość, ściśle były ze sobą połączone. Jest to rzeczą wiadomą, że również jak pewnym ciężkim różom towarzyszy rozlane zapalenie tkanki łącznej podskórnej, tak i na odwrót obumarcie tkanki łącznej podskórnej także bywa towarzyszone różą, szczególnie jeśli do tych spraw dołączają się ropnicowe, lub posocznicowe zakażenia krwi. Zważywszy większy stopień cierpienia tkanki podskórnej i to, że na skórze nigdzie nie było śladów obumarcia jej, sądzę, że głównym siedliskiem cierpienia była właśnie tkanka łączno-tłuszczowa podskórna.

Fakt tak ostrej i silnej zgorzeli tkanki łącznej po operacji z rozwinięciem gazów należy do rzadkich przypadków (B. Langenbeck, Billroth). Częściej to się zdarza przy obrażeniach przypadkowych. Maisonneuve podał opis przypadku, gdzie po uszkodzeniu powstała *gangrene foudroyante*. Osobiście obserwowałem przypadek podobny i opisałem go w Tyg. Lek., gdzie po zranieniu kulą górnej wewn. i powierzchni uda powstała rozedma całej odnogi dolnej; chory wkrótce zmarł.

Czy nie wpłynęło znieczulenie miejscowe na powstanie róży i zgorzeli tkanki podskórnej? Kilkakrotnie osobiście używałem tego sposobu znieczulenia i byłem obecnym przy zastosowaniu go z innymi kolegami i nic podobnego nie widziałem.

Ze znaney mi literatury również nie jest mi znany żaden przypadek podobny. Wprawdzie zważywszy sposób działania rozpylonego eteru dającego się poniekąd porównać do działania zimnego wiatru zawierającego drobne lodu kawałeczki, niepodobna stanowczo zaprzeczać możliwości powstania podobnego zapalenia i nekrozy. Zgorzel od zamrożenia właśnie przemawia za tem. Pod wpływem zimna, zamrożenia, powstaje miejscowe nadwężenie obiegu krwi (*lokale Störung der Circulation*), przytem w naczyniach włosowatych i żyłach skóry i tk. podskórnej mogą powstać zastoje, zaskrzepy krwi i zgorzel. Rozedma będzie

w tym razie następstwem zgorzeli tkanki podskórnej. Raz powstawszy jakem to już wyżej powiedział, gazy wespół z ropą posoczystą zarażają sąsiednie części. Skoro pod wpływem miejscowego znieczulenia może powstać zgorzel, to tem samem jest zaważowana możność powstania zatorów, ropni przenośnych. Ponieważ okolica poddawana zamrożeniu eterem rozpylonym ulega w rozmaitym stopniu tej sprawie; oczywista więc, że skrzepy powstające przy tem, będą niejednostajne, jedne więcej, drugie zaś mniej mocno zakrzepłe. Środkowe powinny być twardsze, obwodowe zaś mniej twarde, łatwiej więc trafią do krwiobiegu. Dlaczegoż jednakże to się tak rzadko zdarza? Zdaje mi się, że nie bez wpływu na to pozostają następne okoliczności: a) że rzadko się zdarza, aby zamrożenie eterem było na znacznej przestrzeni tak głębokie, aby było w stanie wywołać duże skrzepy krwi, później przechodzące do ogólnego obiegu krwi i sprawiające zatory; b) jeśli zaś operator rzeczywiście doprowadzi zamrożenie miejscowe do stanu pergaminu, to zwykle te miejsca się wyrzyna, oddala operacją, a więc tem samem niszczy się najglówniejsze siedlisko skrzepów i dalsze ich skutki. W naszym przypadku, myśmy do tego stopnia nie zamrażali, lecz ograniczali się li pewnym stopniem zblednienia, początkiem Igo okresu.

Pozwalam sobie zrobić przypuszczenie, czy nie powstała owa podskórna zgorzel pod wpływem tej okoliczności, żeśmy niejednostajnie oziębiali blisko siebie leżące guzy, co mogło spowodować niejednostajny obieg krwi i niejednostajne zastoje i zakrzepy tej okolicy. Jeśli weźmiemy pod rozwagę i tę okoliczność, że w ciągu operowania pył eteru ciągle padał na tkankę tłuszczową, obdarzoną względnie mniejszą żywotnością; ta okoliczność mogła się przyczynić do skrzepnięcia krwi i zmiany tkanki do tego stopnia, że już nie była w stanie wrócić do zwyczajnego stanu (O. W e b e r) i tem samem usposobiła się do zgorzeli. W ogóle co do wpływu miejscowego znieczulenia i oziębienia, na powstanie róży i tego rozlanego zapalenia tkanki podskórnej, z następstwami, jakieśmy obserwowali uważam go tylko jako m o ż l i w y, p r a w d o p o d o b n y, gdyż znane są fakta powstania podobnych zjawisk bez poprzedniego zastosowania rozpylonego eteru, i na odwrót nie mamy faktów niewątpliwie stwierdzających zależność powstania podobnego zapalenia i zgorzeli po zastosowaniu miejscowo eteru.

Czy cierpienie aorty i tętnicy podobojczykowej lewej nie miało wpływu na powstanie podobnych zgorzeli i na stopień cierpienia płuc przez niejednostajny rozdział krwi — niepodobna stanowczo powiedzieć. Notujemy jednakże ten fakt w tym celu, że oddawnaśmy wypowiedzieli zdanie (Pam. Towarzystwa Lekarsk. Warsz.), że zmiany anatomo patologiczne organów przed operacją silnie wpływają na zejścia po nich, i że nie pozostają bez wpływu na powstanie objawów chorobowych należących często do ropnicy, posocznicy.

Ogłędziny pośmiertne zwłok dostarczyły ciekawych objawów, temi są powstanie zaskrzepów w żł. biodrowej zewnętrznej i udowej i zapalenie płuc. Co do pierwszego, to obecność skrzepów podobnych przy operacjach na skórze, zwłaszcza tułowia, powyżej tych żył należy do wielkich rzadkości. Ponieważ nie były zbadane żł. skóry i tk. łącznej podskórnej, otaczającej ognisko zgorzeli, niepodobna więc ściśle stanowczo wskazać drogi formowania się zakrzepów i przeniesienia się ich do



żył udowej i biodrowej zewnętrznej. W każdym razie te skrzepy zapewne powstały w pobliżu ran, w okolicy żył biodrowych, przez gałęzie ich przednie przechodziły do żyły nadbrzuszej (*v. epigastrica*) i przez żyłę biodrową zagiętą (*v. circumflexa ilei*) do ż. biodrowej zewnętrznej. Zapewne w tej ostatniej pierwotnie powstały skrzepy i następnie rozszerzyły się do żyły udowej aż do kolana. Prostem następstwem podobnych zakrzepów było powstanie licznych zatorów w naczyniach włosowatych płuc, i owe obszerne zapalenie z rozmięknieniem w jednym miejscu. W prawem płucu ono było większe, w lewem mniejsze. Wszystkie inne narządzia właśnie były w stanie zwyczajnie znajdowanym w pyemii. Sposobienie ropy, zgorzel, powstanie gazów ze swojej strony wpłynęło na wessanie zgnitych pierwiastków czy bezpośrednio do krwi czy też działając na jej skrzepy. Te okoliczności sprawiły razem *septico-pyaemiam*. Wszystkie objawy za życia dają się tem tłumaczyć. (Dokonczenie nastąpi).

### O wpływie nerwów na oddechanie.

Przez A. Fabiana i A. Stockmanna

(Ciąg dalszy \*).

Po Rosenthalu liczni badacze zajmowali się rozbiorem poglądów przez niego wygłoszonych. Jedni się z nim zgadzają w niektórych tylko punktach, inni najzupełniej od niego się różnią. Podamy te prace w chronologicznym porządku, po kolei, gdyż podział ich na pewne grupy mało by przyniósł korzyści, znalazłyby się bowiem takie, które jako *res sui generis* w żadnej grupie nie dałyby się zamieścić.

I tak: Rügenberg<sup>1)</sup> zwraca uwagę na niesłuszność zdania Knauta i Volkman<sup>2)</sup>, jakoby nerw błędny działał na gładkie mięśnie oskrzeli, przeciwnie wykazuje on, przecinając przelyk, że właśnie ruchy połykowe (które w jego doświadczeniach usuniętemi zostały) były przyczyną poprzednich błędów.

Moleschott<sup>3)</sup> badając wpływ strumieni elektrycznych na nerw błędny, przyszedł do wniosku, że przy drażnieniu tego nerwu strumieniami takiej siły, która może wstrzymać ruchy serca, przepona silnie się kurczy, przy strumieniach silniejszych zostaje w stanie zwolnienia. Przykładając elektrody blisko nerwu krtaniowego górnego, dość jest użyć słabszych strumieni, dla wywołania wydechu.

W drugiej swej pracy podjętej z Dr. Moriggia<sup>4)</sup> w celu oznaczenia stosunku między liczbą uderzeń tętna i liczbą ruchów oddechowych, Moleschott doszedł do wniosku, że dwie te wielkości zmieniają się nie współmiernie.

\* ) Patrz Nr. 28 Gaz. lek.

<sup>1)</sup> Rügenberg. Ueber den angeblichen Einfluss d. N. vagus auf die glatten Muskelfasern der Lunge. Heidenhain Studien 1863, II Heft.

<sup>2)</sup> Volkmann et Knaut w Knauta de vitali quae dicitur pulmonum contractilitate, nervis vagis irritatis. Dorpati 1859.

<sup>3)</sup> Moleschott. Ueber den Einfluss des N. vagus auf die Häufigkeit der Athemzüge. Untersuchungen 1865, Bl. IX.

<sup>4)</sup> Moleschott und Dr. Moriggia. Ueber die Ungleichmassigkeit der Puls- und Athemfrequenz Untersuch., IX Band.

E. R a c h <sup>1)</sup> dla rozstrzygnięcia pytania, czy przy ruchach oddechowych, oprócz automatycznej działalności rdzenia przedłużonego, inne obwodowe drażnienia wpływ jaki wywierają, przedsiębrał następujące doświadczenia: po odkryciu szyjowej części rdzenia kręgowego, przecinał tylne korzenie nerwów szyjowych, przekonawszy się uprzednio, że przecięcie rdzenia kręgowego między 4 i 5 kręgiem szyjowym niema żadnego wpływu na ruchy oddechowe. Gdy teraz przecinał pięć górnych nerwów grzbietowych, to przy przecinaniu ostatniego, oddychanie nagle się wstrzymywało. Czy przytem nerwy błędne były całe, czy przecięte, to nie miało żadnego wpływu na wypadek doświadczenia. Tem to R a c h objaśnia, dla czego po przecięciu nn. błędnych narkoza chloroformowa tak szybko zabija zwierzę, gdyż działa tak, jak porażenie tylnych korzeni przy ich przecięciu.

B i d d e r <sup>2)</sup> w ogólności potwierdza wypadki R o s e n t h a l a co do drażnienia nerwu błędnego i krtaniowego górnego. Zwraca on uwagę na tak zwane „małe ruchy“ przepony, które uważa za polykowe, tłumacząc to w ten sposób, że, ponieważ zjawiają się one u zwierząt narkotyzowanych, należy w nerwie krtaniowym górnym, przyjąć, oprócz włókien czuciowych i wstrzymujących ruchy oddechowe, istnienie trzeciego rodzaju włókien dośrodkowych („*excitomotorische Fasern*“) pobudzających ruchy polykowe.

S z u m o w s k i <sup>3)</sup> w dwóch swoich artykułach, w których opisuje przede wszystkim doświadczenia czynione na żabach, przyszedł do następujących wniosków: 1) ośrodek oddechowy nie istnieje, a miejsce, w którym przypuszczają jego znajdowanie się, jest zajęte przez odruchowy przyrząd („*otrażatelnyj aparat*“) nerwów błędnych. Wycinanie tego miejsca u ssących powoduje śmierć, w skutek porażenia mięśniów rządzących ruchami szpary głosowej. 2) Każde wetchnięcie jest wyrazem podwójnej działalności rdzenia przedłużonego: mechanicznej w mięśniach wdychowych i molekularnej w przyrządach odruchowych rdzenia kręgowego. 3) Rytm normalnych oddechów jest warunkowany łącznością odruchowych przyrządów rdzenia kręgowego i przedłużonego za pomocą nerwów międzyodruchowych („*meżduotrażatelnych*“). 4) Zwyczajny typ ruchów oddechowych zależy od przewagi pobudzalności rdzenia przedłużonego nad pobudzalnością kręgowego. 5) Bezustanna działalność mechanizmów oddechowych przy normalnym stanie nerwów czuciowych i krwi krążenia wymaga ciągłego udziału mózgu (*golownawo mozga*). Co się tycze działania rozmaitych nerwów przy mechanizmie oddechowym, doświadczenia dowiodły S z u m o w s k i e m u, że 1) najrozleglejsze ruchy wywoływane pobudzeniem nerwów czuciowych występują w skutek pobudzenia odruchowych przyrządów rdzenia przedłużonego i kręgowego; 2) późniejsze skutki pobudzenia nerwów czucia, są bezpośredni następstwem silniejszego oddziaływania mózgu i rdzenia kręgowego na

<sup>1)</sup> P. R a c h. Quomodo medulla oblongata, ut respirandi motus efficitur, incitatur. Regiamenti 1863.

<sup>2)</sup> B i d d e r. Beiträge zur Kenntniss der Wirkungen des N. laryng. sup. Dorpat, 1865 w Arch. für Anat. und Physiol. 1865, Heft IV.

<sup>3)</sup> S z u m o w s k i. Izsledowanie dychatelnych mechanizmow. Wojenno medic. żurnal. 1866, czast' 94, god sorok tretij.



rdzeń przedłużony; 3) nerwami tamującymi mogą być, w pewnym względzie, tylko takie nerwy, które biorą początek i kończą się w przyrządach odruchowych.

D o h m e n <sup>1)</sup> robił liczne poszukiwania nad wpływem  $\Theta$  i  $\text{C}\Theta_2$  na sprawę oddechową, a mianowicie albo pozbawiał zwierzęta  $\Theta$  każąc im oddechać w atmosferze II lub Az, dalej powiększał ilość  $\Theta$  w oddechowym powietrzu. Wypadki z tych badań były następujące:

1) gdy ilość  $\Theta$  była mniejszą, jak w powietrzu zwyczajnem, to wielkość oddechowa wzrastała i to tem więcej, im mniej tlenu zawierało powietrze (resp. krew.).

2) gdy ilość  $\Theta$  była powiększoną, wielkość oddechowa zmniejszała się; przytem w obu wypadkach przedewszystkiem głębokość ulegała zmianie, przy prawie jednakowej liczbie oddechów.

Drugi szereg doświadczeń D o h m e n'a z mieszaninami gazów, mianowicie  $\text{C}\Theta_2$  z powietrzem wykazał że:

3) im większą była ilość  $\text{C}\Theta_2$ , tem wielkość oddechowa była większą, (liczba prawie jednakowa). Nakoniec przy oddechaniu w mieszaninie  $\text{C}\Theta_2$  i  $\Theta$  wielkość oddechowa stawała się dwa razy większą przy 50%  $\text{C}\Theta_2$  i tyleż  $\Theta$ . Opierając się na tych danych, D o h m e n przychodzi do wniosku: „zarówno brak  $\Theta$  jak i nadmiar  $\text{C}\Theta_2$  działa drażniąco na ośrodki ruchów oddechowych, obadwa zagrażają życiu, i oba wzajemnie współdziałają dla zniesienia swego wpływu. Drażniąc ośrodek, wywołują ruchy oddechowe, brak  $\Theta$  się zmniejsza i  $\text{C}\Theta_2$  się wydziela; w skutek przemiany materji nowa ilość  $\Theta$  się zużywa,  $\text{C}\Theta_2$  nagromadza się i występuje znowu przyczyna przyjęcia  $\Theta$ , a wydalenia  $\text{C}\Theta_2$  i t. d.

M a c G i l l a r y <sup>2)</sup> stwierdza zdanie R o s e n t h a l'a, że u królików przyprawdzonych w stan „*apnoe*“ za pomocą sztucznego oddechania, drażnienie nerwów błędnych nie wywołuje ruchów oddechowych, lecz nie zgadza się na pogląd Ros., iż u królików nerw błędny działa tylko odruchowo przy rozdziale działalności wywołanej pobudzeniem ośrodków, a sam nie może wyzwać lub powiększać tej działalności. Według M. G. nieczynność nerwów błędnych, w czasie „*apnoe*“ zależy od niezdolności ośrodków w tym czasie do ujawnienia swego działania. M. G. sądzi, że: „hematoglobulina nie połączona z  $\Theta$  rozpuszczona w surowicy krwi, w skutek swego otleniania wywołuje w ośrodkach konieczną chemiczną zdolność do działania.“

S e c z e n o w <sup>3)</sup> ze względu na pobudzenie ośrodków oddechowych twierdzi, że nagromadzenie  $\text{C}\Theta_2$  we krwi odegrywa tu najważniejszą rolę; uważa on zdanie D o h m e n'a za zupełnie słuszne. Co się zaś tycze wpływu nerwu błędnego i krtańowego górnego podziela pogląd R o s e n t h a l'a.

<sup>1)</sup> D o h m e n Untersuchungen über den Einfluss  $\Theta$  und  $\text{C}\Theta_2$  auf die Athembewegungen. W Untersuch. aus dem physiol. Institut. in Bonn 1865.

<sup>2)</sup> M a c G i l l a r y. De invloed van den nervus vagus op de ademhalingsbewegingen. 1 i 2. Nederl. Arch. voor Genees en Natuurkunde II i III.

<sup>3)</sup> S e c z e n e w. Fiziologia nerwnej systemy, 1866. S. Peterburg, p. 258.

T r a u b e <sup>1)</sup> w swojej ostatniej pracy nad tym przedmiotem, również przyjmuje sposób zapatrywania D o h m e n a.

H e r i n g <sup>2)</sup> znalazł u kotów, które przy pomocy sztucznego oddechania wprowadzał w „apnoe“, że ilość  $\Theta$  we krwi w niektórych razach, nietylko nie powiększała się, ale nawet uległa zmniejszeniu. Dla H e r i n g a więc apnoe nie jest nasyceniem krwi tlenem, jak to twierdzi R o s e n t h a l.

W doświadczeniach swoich H e r i n g znosił podrażnienie rdzenia przedłużonego, nie zbytkiem  $\Theta$ , a zmniejszaniem ilości  $C\Theta$ , jakkolwiek nie twierdzi on stanowczo, aby to było jedynym momentem do wywołania apnoe, lecz z drugiej strony nie uważa także, aby samo nagromadzenie  $C\Theta_2$ , a nie brak  $\Theta$  we krwi wywoływało pierwszy ruch oddechowy. Widzimy więc, że teoria H e r i n g a nie jest bynajmniej stanowczą. (Dalszy ciąg nastąpi).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Błonica gardzieli (*Angina diphtheritica*).

Przez Dra W e r t h e i m b e r a (z Monachium).

Streścił Dr. Józef Nowak.

*Określenie i charakter anatomiczny.* Błonicą gardzieli (*angina diphtheritica*) nazywamy właściwe zapalenie błony śluzowej tego organu, cechujące się obecnością szarych błon wysepkowato lub jednociągłe rozmieszczonych, złączonych ściśle z błoną śluzową, oraz większym lub mniejszym nacieczaniem i obrzękiem tkanek w skład tejże błony wchodzących.

Pojęcia o anatomicznym charakterze błonicy nader licznym ulegały zmianom. Pierwszy B r e t o n n e a u gruntownie zaznajomił nas z tem cierpieniem; jego wyobrażenia panujące dotychczas jeszcze we Francyi, uległy w nowszych czasach znacznym zmianom, wskutek poszukiwań V i r c h o w a, W a g u e r a i B u h l a. Dzisiejsze pojęcia zawrzeć możemy w następujących słowach:

W dyfterytycznym zapaleniu bł. śluzowej mają miejsce głównie trzy procesy: 1) p r z e k r w i e n i e (*hyperaemia*), skutkiem którego powiększa się przesiąkanie (*transudatio*) surowicy a nie rzadko powstają wylewy krwi do tkanek lub na wolną powierzchnię bł. śluzowej; 2) właściwe (włóknikowe) przeistoczenie komórek nabłonkowych; 3) powstawanie nowych jąder i komórek w bł. śluzowej (nazwane przez B u h l a „*Kern, und cytoide Wucherung*“ które uważa on za istotę procesu), a niekiedy nawet prawdziwe nacieczanie ropne tejże błony i warstw głębszych.

Powstawanie błon dyfterytycznych można sobie wyobrazić w następujący sposób: w najpowierzchniejszych warstwach bł. śluzowej, zawierających obfitą ilość jąder, zostaje (wskutek ucisku na naczynia) przerwany obieg krwi a z nim i odżywianie; skutkiem tego najpowierzchniejsze warstwy opróżniają się z krwi, przybierają barwę żółtawą, szarą, sebną i podpadają obumarciu. To więc, co nam się przedstawia w kształcie błony fałszywej nie jest nic innego, jak tylko pozbawione krwi obumarłe tkanki, które się następnie z sobą zlewają lub w postaci kłaczków przez ropienie zostają wydzielone. Jak różnorodnym jest kliniczny obraz tego miejscowego cierpienia, tak rozlicznymi są również stopniowania zmian anatomicznych; tu nieznaczne uszkodzenie, dotykające zaledwie warstwy nabłonka, tam zniszczenie tkanki, sięgające aż do powłoki podśluzowej.

<sup>1)</sup> T r a u b e. Ueber das Wesen der Erstickungserscheinungen am Respirations Apparate. Berlin, 1867.

<sup>2)</sup> P. H e r i n g. Einige Untersuchungen über die Zusammensetzung der Blutgase während der Apnoe. Dissert. Dorp. 1867.



*Siedlisko miejscowego cierpienia.* Rozszerzenie się procesu miejscowego na całą błonę sluzową wyścielającą gardziel należy do rzadkości; najczęściej cierpienie to ogranicza się do pojedynczych organów polyku, które odpowiednio do częstotści zajęcia stoją po sobie w następującym porządku: 1) migdały, 2) podniebienie miękkie, języczek i łuki podniebienne, 3) część bł. sluzowej leżąca pomiędzy osadą języka a nagłosnią, 4) ściana tylna gardzieli, 5) jamy nosowe tylne (*cavum pharyngo-nasale*), 6) wylot trąbek usznych i sam kanał. Części otaczające paszczę (*isthmus faucium*) są niejako punktem środkowym, z którego proces ten zwykle bierze początek i rozszerza się następnie jużto ku gorze na jamy u o s a, już też ku dołowi na k r t a ñ i oskrzela. Widzimy z tego, że błonica przedstawia szczególniejszą skłonność i upodobanie do umiejscowienia się na tych częściach bł. sluzowej, które są wprost wystawione na przystęp powietrza, nader rzadko bowiem rozszerza się ona na przelyk.

*Podział.* Stosownie do przewagi miejscowych lub ogólnych objawów, możemy wyróżnić dwie zasadnicze formy błonicy: 1) prostą, 2) septyczną czyli tyfoidalną. Rozumie się czynimy to tylko dla ułatwienia sobie opisu klinicznego obrazu choroby, gdyż ścisłego odgraniczenia pomiędzy obu formami postawić niepodobna.

### 1. Prosta błonica gardzieli.

A) Błonica ograniczona (*D. circumscripta*). W niektórych wypadkach błonica przebiega bardzo łagodnie, nie sprowadzając ważnych zakłóceń w stanie ogólnym i kończąc się w przeciągu krótkiego czasu wyzdrowieniem. Gorączki brakuje tu w zupełności lub istnieje nieznaczna. Niekiedy choroba rozpoczyna się lekkimi dreszczykami z podwyższeniem częstotści tętna; następnie dołączają się do tego objawy, rzadko uchozące uwagi otaczających chorego osób: dzieci stają się spokojnemi, mało okazują chęci do zabawy, oczy ich znużone, twarz bleda, mają mały apetyt i nieco obłożony język; sen ich zwykle jest niespokojny i przerywany. Starsze dzieci nie rzadko skarżą się na ogólne niedomaganie, znużenie i ból głowy.

Częstokroć lekarz ma przed sobą te tylko tak nieokreślone i niepewne objawy. W innych razach dołącza się do nich jeszcze charakterystyczny objaw, jakim jest uczucie bolesności przy polykaniu. Zasadniczy ten objaw nie zawsze jednakże występuje u starszych dzieci, a u roczniaków stale go brakuje.

Z tych tedy powodów o obecności miejscowego cierpienia z żadnej zewnętrznej cechy wnosic nie możemy; charakterystyczne nawet dla cięższych wypadków obrzmienie gruczołów szyjowych jest małego znaczenia i częstokroć w błąd wprowadzić nas może; łatwo więc przy zaniechaniu obejrzenia gardzieli jesteśmy wystawieni na zapoznanie choroby.

Przy oglądaniu gardzieli obok żywego zaczerwienienia i obrzmienia dotkniętych części widzimy na wewnętrznej powierzchni zwykle prawego migdała białoszary, albo gęsty matowo-biały nalot, otaczający część migdałka w postaci błony. W większej liczbie wypadków nalot ten ogranicza się do wyżej oznaczonego miejsca; w innych jednak razach podobną plamkę znajdujemy również i na drugim migdale, podniebieniu miękkim lub języczku, rzadziej widzimy białawy pasek na brzegach łuków podniebieniowych lub języczka.

Po upływie trzech do czterech tygodni trwania choroby odpada ów złóg, pozostawiając nieco przekrwioną lub wyżartą błonę sluzową a niekiedy zmniejsza się i obrzmienie zajętego organu. Z ustąpieniem miejscowych zmian znikają także subiektywne dolegliwości i ogólne objawy cierpienia.

Całkowite trwanie choroby wynosi tu w ogólności 7—8 dni; niekiedy jednak już po 3—4 dniach powraca pierwotne zdrowie. Wielu autorów nie przypuszcza takiej możliwości, lecz zwala na karb fałszywego rozpoznania. W e r t h e i m b e r jednak twierdzi, że takie abortywne formy istotnie się zdarzają.

Charakterystycznym dla tej postaci błonicy gardzieli jest powierzchowność i ściśle odgraniczenie kępek (*plaques*). Widocznie powyższym zmianom ulega głównie warstwa nabłonkowa z bardzo nieznacznym udziałem tkanki sluzowej.

Rozszerzenie się błonicowego procesu na krtań rzadko tu ma miejsce, nie jest to jednak jedynym niebezpieczeństwem. Z powodu krótkiego trwania tej formy cierpienia, może się zdarzyć, że krtań ulega mu dopiero w tym czasie, w którym gardziel nie przedstawia już ani śladu błonicowego zapalenia; można więc niekiedy za pierwotne siedlisko choroby uważać krtań, gdy tymczasem w rzeczywistości przyczyną procesu gardzieli był wazystkiego tego powodem.

Spostrzeżenia dokonane w najnowszych czasach wykazują, że nawet błonica nieznaczoną ilość produktów przedstawiająca, prowadzić również może do jawnego bezwładu (*paralysis*). Łagodna ta odmiana napada zarówno dzieci jak i osoby dorosłe, które z indywidualnymi ciężko chorem na błonicę pozostawały w zetknięciu. Fakt ten dowodzi z jednej strony tożsamości owego lekkiego cierpienia z najwyższymi rozwiniętymi formami błonicy, z drugiej zaś naucza, że przeniesieniu choroby z jednego indywidualum na drugie, niekoniecznie towarzyszy charakter natężenia téjże.

B) Błonica rozlana (*D. diffusa*). Główną różnicę stanowi tu natężenie choroby, o sile którego wnosimy z głębokosci, do jakiej dochodzą błonicowe zmiany w tkankach; lecz i tam, gdzie miejscowy proces rozprzestrzenia się na większą powierzchnię, przybiera cierpienie nierównie żywszy charakter.

Początek choroby objawia się różnaitcie. Częstość objawy nie różnią się wcale od tych, jakiesmy poznali przy lekkiej formie, gdyż gorączka i ogólne osłabienie bardzo mało są wyrażone. W innych razach objawy początkowe są wydatniejsze: występuje znaczna gorączka, której towarzyszą dreszcze i następuje podwyższenie ciepłoty. Dreszcze jednak pojawiające się na początkach błonicy nie dochodzą nigdy do takiego stopnia, jak to miewa miejsce przy wysypkach exantematycznych lub przy ostrym zapaleniu ważnych dla organizmu narządów. Gorączkowe oddziaływanie zależy w części od osobistości chorego, więcej jednakże od stopnia przekrwienia i obrzmienia tworów wchodzących w skład gardzieli; gdzie te procesa szybko do znacznej wysokości dochodzą, może gorączka nawet przyjąć postać tyfusu synochalnego.

Do objawów rozpoczynających chorobę należą dalej: wymioty, zajęcie głowy, ból w krzyżu lub łądźwich, niemoc w człunkach, senność na przemian z niepokojem, wielka ospałość w dzień a niespokojne zachowanie się w nocy; dalej od czasu do czasu majaczenia nocne, pragnienie, zaparcie stolca, oddawanie małej ilości stężonego moczu. U młodszych dzieci pojawiają się niekiedy drgawki, które w wyjątkowych razach przybierają charakter eklamptycznych napadów. Niejednokrotnie obserwowano w rozmaitych miejscach na powierzchni ciała przelotne zaczerwienienie (*erythema*), objaw, który u dzieci nie rzadko możemy spotkać także i przy innych gorączkowych chorobach.

Wkrótce po wystąpieniu gorączki, chory skarży się na uczucie suchości i palenia w gardle, oraz na ból przy polykaniu. Stopień téj zapalnej dolegliwości jest nadzwyczaj zmiennym. W niektórych wypadkach uwydatnia się mniej wyraźnie, aniżeli w prostym erytematycznym zapaleniu gardzieli; nieznajdowano jej niekiedy zupełnie u dzieci, które już były w możności wyrazić swoje uczucia.

Z objawów dopiero co wymienionych nie jesteśmy jeszcze zdolni rozpoznać specyficznej natury cierpienia, lecz nawet i oglądanie gardła, przedsiębrane w początkach choroby daje nam poznać tylko te zmiany, jakie zachodzą i przy nieżytowym zapaleniu, a mianowicie: więcej lub mniej obszerne zaczerwienienie oraz suchość bł. śluzowej gardzieli, obrzmienie jednego lub obu migdałów, silniejsze wystawanie ich torebek. Stan taki trwa nie długo, wkrótce bowiem na organach gardzieli występują charakterystyczne znaki pozwalające się wykazać już w 12—24 godzin po ukazaniu się gorączki lub ogólnej niemocy. Produkta błonicowe zjawiają się tu zwykle najprzód na jednym z migdałów, rzadziej na obu jednocześnie: na płamce dotychczas ciemno zabarwionej powstaje białawy, ostro odgraniczony złóg, który z początku słabo przylega i pozwala widzieć zaczerwienioną pod nim leżącą błonę śluzową. Jest to właśnie tak nazwana błona fałszywa. W krótkim jednak czasie ulega ona znacznym zmianom, zyskuje coraz więcej na spoistości i nakoniec przybiera matowo-biały, smietankowy lub żółto biały, sadłowaty wygląd; przylega tak silnie



do leżącej pod nią bł. śluzowej, że ją tylko przemocą i z krwawieniem oderwać możemy. Takie błonkowe kępki leżą albo na jednym poziomie z otaczającą je błoną śluzową, albo też wystają nieco nad jej powierzchnię; w rzadkich wypadkach zdają się być trochę zagłębione. Jasnym swoim zabarwieniem wyróżniają się dokładnie od reszty błony śluzowej, przedstawiającej słabo-lśniący, ciemno lub sino-czerwony wygląd. Wkrótce po ukazaniu się takiej błonki powstają szybko podobne na przeciwleżącym migdale, na języczku, podniebieniu miękkim, w jamach nosa, tylnej ścianie gardzieli i t. d. Przy dalszym trwaniu choroby granice tych kępek coraz się więcej zbliżają, nakoniec zlewają, przedstawiając, częstokroć już na trzeci lub czwarty dzień, powłokę podobną do zwilgoconego pargaminu, wysięlającą równomiernie całą gardziel. W dalszym przebiegu cierpienia powłoka ta przybiera często popielato-szarą, albo wskutek wybroczyn krwistych z błony śluzowej, miejscami brunatną, a nawet czarniawą barwę; powierzchnia jej traci swą gładkość, a to z powodu wytwarzania się nowych błoniastych warstw i odpadania w kształcie bryłek starszych złogów powierzchni nie leżących.

Największą ilość i najgrubszą warstwę błon fałszywych spotykamy na języczku, który niekiedy bywa przez nie całkowicie otoczonym w kształcie palca od rękawiczki. Na ścianie tylnej gardzieli obłożenie to przedstawia się zwykle w postaci pasków, albo jest równo rozpostarte, mocno przylega i tworzy dokładne odbicie fałd podłużnych.

Na szczęście mało jest wypadków, w którychby proces dosięgnął opisanego wyżej natężenia; częściej zdarza się bowiem, że łagodnieje pierwiej, nim przyjdzie do rozszerzenia się na większą powierzchnię, że się ogranicza tylko na oba migdalkach, lub oprócz nich zajmuje jeszcze inną jaką część, jak np. jamy nosa, albo wreszcie że wychodząc z jednego migdalka rozszerza się tylko po stronie jemu odpowiedniej i t. p. Również umiejscowienie pierwotne może być inne. I tak może się przytrafić, że złóg powstaje najprzód na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego albo w jamie noso-gardzielowej, a nawet, że ogranicza się wyłącznie tylko do tych miejsc; w wypadkach tego rodzaju choroba może już dłużej długo istnieć, zanim zostanie rozpoznana.

*Odradzanie się błon fałszywych* ma miejsce najczęściej tam, gdzie przeważnie najpowierzchniwsze warstwy błony śluzowej były zajęte. Jak szybko niekiedy odradzanie się to przychodzi do skutku, można widzieć najlepiej na powierzchni bł. śluzowej, od której gwałtownie złóg oderwanym został, wówczas bowiem już po upływie kilku godzin miejsce to pokrywa się takimże samym nalotem.

Co się tyczy innych zmian w zajętych organach, to obrzmienie tychże zależy rozumie się od stopnia przekrwienia i towarzyszącego mu surowiczego przesiąknięcia. Tak np. w wielu razach migdalki ulegają tylko nieznacznemu powiększeniu, w innych zaś przeciwnie występują ze swoich nisz w kształcie wielkich kulistych guzów; podobnie dzieje się i z języczkiem.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## KORRESPONDENCYA.

Rzym, w grudniu 1876 roku.

Przyczynek do sposobów przechowywania ciał organicznych.

Przez Pawła Postępskiego.

Pragnąc poprawić sposoby przechowywania ciał organicznych, wniennem był powtórzyć próby ogłaszane już przez innych badaczy. Chciałem pójść przytém nieco odmienną drogą. W tym celu przedsięwziąłem kilka doświadczeń, a pierwsze było czynione nad kawałkiem nerki, którą usuwając z pod wpływu powietrza, napajałem krzemianem sody rozpuszczalnym ( $\text{NaO}$ ,  $2\text{SiO}_2$ ) kilka razy; część ta będąc przeważnie naczyniową i bez nastryknięcia zostawała bez najmniejszego znaku poczynającej się gnilizny, gdyż do tego brakowało przystępu powietrza, choć postać jej była nieco zmienioną, barwa wszakże zostawała mniej lub więcej bez zmiany.

Wypadek nie mógł być innym przy działaniu na kawałek nerki, która w swych przestworach zawierała niezawodnie płyny sprężyste i inne ciała, nie będąc jeszcze nastrzyknięta.

W celu powtórzenia doświadczeń, nie brałem już, jak poprzednio kawałka nerki, lecz kilka części składających gałkę oczną, jako to siatkówkę, naczyniówkę i rogówkę.

Wypadki tych doświadczeń dodały mi odwagi, gdyż te części tylko kilka razy więcej zetknięte z krzemianem sody rozpuszczalnym stwardniały zupełnie, zachowując swą postać, barwę i przezroczystość.

Brałem następnie do przechowywania kawałki serca, do których przylegała znaczna ilość tłuszczu. po kilkakrotnym zanurzeniu w danym roztworze, zachowywały one swą postać i barwę: znak pewny, że sprawa gnilna całkowicie powstrzymana została. Winienem zwrócić uwagę, że dla napojenia wkładam kawałki w gęsty roztwór krzemianu i ogrzewam do temperatury około 50°, a to w celu możliwego wysuszenia płynów sprężystych któreby się zawierać mogły. W następstwie brałem różne inne kawałki mięśniów i wypadki zawsze były zadawalniające, tém więcej, że części przechowane, po kilku nawet miesiącach wodą zmaczane, przez rozpuszczenie krzemianu, odzyskiwały pierwotną świeżość; co jest nader korzystnym, pozwala bowiem na badanie anatomiczne wewnętrzne części już stwardniałej.

Rozbierając tak otrzymane preparata nie znajdowałem (szczególniej, gdy nie były nastrzykiwane) prawie żadnej zmiany chemicznej w ich budowie; a gdy się w niektórych spotykają zmiany tego rodzaju, to są one tylko bardzo powierzchowne, gdyż gęstość krzemianu i szybkość z jaką preparat się stwardza nie pozwala na przesiąkanie.

Możeby kiedyś ten sposób, nieco zmieniony mógł się stać pożytecznym do przechowywania mięsa jadalnego?

Stwardnienie powierzchowne po niejakiem czasie może nie zupełnie wstrzymywałoby zmianę postaci, jakkolwiek, gdy warstwa krzemianu, będzie miała grubość kilku milimetrów, dość trudno będzie, aby kurczenie się tkanki pociągnęło za sobą i wciąganie powłoczki krzemiennąj.

Dla zapobieżenia wszakże tej możliwej niedogodności, pomogło nieco wstrzykiwanie tego samego przetworu. Poczynione w tym celu doświadczenia dowiodły mi, że przez wstrzykiwanie w całe pewne części, o ile na to ich budowa pozwala, roztworu wolnego krzemianu sody mniej lub więcej gęstego, można otrzymać twardość zbliżoną do twardości marmuru, gdyż krzemian stwardniając tworzy pewnego rodzaju punkt podpory stały, odpowiadający przestworom w które został wstrzyknięty.

Tym sposobem nastrzykiwałem różne narzędzia, między innymi dwie nerki, jedno serce; nerki przez naczynia i przez moczowody, serce przez naczynia przywodzące i odwodzące i narzędzia te przechowywały się w stanie dość zadawalniającym.

Zdawałoby się, że mieszając krzemian z jakim przeciwgnilnym przetworem, cel jeszcze lepiej dalby się osiągnąć, lecz nadmienić wypada, że barwa już nie zachowuje się, jeżeli do tkanek wprowadzimy połączenia chemiczne, które ogólnie noszą nazwę antyseptycznych. O to co otrzymałem po licznych doświadczeniach w danym przedmiocie, że przytoczę jedno: przechowałem wątrobę, stosując sposób mieszany, to jest krzemian sody i dwuchlorek rtęci, które to ciała zmieszane dają następujący odczyn chemiczny:

$$2 ( (\text{NaO})_3 2\text{SiO}_2 ) + 4 \text{HgCl} = (\text{NaO})_3 2\text{SiO}_2 + 3 \text{NaCl} + \text{HgCl}, 3 \text{HgO} + 2 \text{SiO}_2$$

przemian, które tu jest nie zupełne, zależy w danym razie od tlenochlorku rtęci, kwasu krzemowego, a w części od nierozłożonego krzemianu. Wątroba w ten sposób przechowana, nie miała już ani swęj właściwej postaci, ani swęj barwy.

Ze środkami przeciwgnilnymi, których chemiczne działanie jest mniej gwałtowne, może by barwa mniej się zmieniała.

Uważałem, iż godzi się podać do wiadomości te doświadczenia z życzeniem aby jeden z więcej udoskonalonych sposobów mógł się stać pożytecznym, szczególniej dla anatomii patologicznej; nateraz podaje tylko zastosowanie chemiczne, które, o ile mi wiadomo, mam prawo uważać za nowe.



STATYSTYKA LEKARSKA.

Prostytucya w mieście Warszawie w latach 1867, 1868 i 1869.

General W l a s o w, Ober-Policmajster miasta Warszawy uprzejmie nadesłał nam w tych dniach Sprawozdanie Komitetu Policyjno-Lekarskiego z czynności policyi lekarskiej za rok 1867, 1868 i 1869, z którego głównejsze szczegóły podajemy do wiadomości publiczności lekarskiej. Sprawozdanie rozpada się na następujące części:

A. *Etat Komitetu Policyjno-Lekarskiego.* Dla nadzoru nad prostytucją w mieście przy Komitecie znajdują się: Kommissarz Wydziału Policyjno-Lekarskiego. Dwaj jego pomocnicy. Urzędnik objazdowy dla dozoru prostytucyi zamiejskiej. Czterej lekarze policyjni. Dziewięciu dozorców. Lekarz aresztu policyjnego pełni także obowiązki lekarza policyjnego. Nadto, lekarz powiatu Warszawskiego i lekarz wojskowy za wezwaniem Komitetu rewidują kobiety trudniące się nierządem w okolicach miasta.

B. *Kontrola.*

I. *Dom y t o l e r o w a n e.*

Na początku roku było domów tolerowanych w Warszawie:

a. *Dom ó w s c h a d z e k (maison de rendez-vous):*

Igo rzędu . . . . .	1
IIgo rzędu . . . . .	21
Razem . . . . .	22

W ciągu roku:

Przybyło domów IIgo rzędu . . . . . 3  
Wszystkich domów schadzek było w ciągu roku . . . . . 25

Ubyło domów Igo rzędu . . . . . 2  
„ IIgo rzędu . . . . . 2

Zatem w końcu roku pozostało domów schadzek . . . . . 23

b. *Dom ó w p u b l i c z n y c h.*

Na początku roku było IIIgo rzędu . . . . .	3
IVgo rzędu . . . . .	17
Razem . . . . .	20

W ciągu roku:

Przybyło domów IIIgo rzędu . . . . . 2  
IVgo rzędu . . . . . 2

Wszystkich domów publicznych w ciągu roku było . . . . . 22

Ubyło domów IIIgo rzędu . . . . . 2  
IVgo rzędu . . . . . 4

Zatem w końcu roku pozostało . . . . . 16

W ogóle wszystkich domów tolerowanych w końcu roku było:

Domów schadzek Igo rzędu . . . . .	1
„ IIgo „ . . . . .	22
Domów publicznych IIIgo „ . . . . .	1
„ IVgo „ . . . . .	15
Wszystkich . . . . .	39

1867		1868		1869	
w szczególności	w ogóle	w szczególności	w ogóle	w szczególności	w ogóle
1	—	1	—	—	—
21	—	22	—	23	—
—	22	—	23	—	23
—	3	—	8	—	7
—	25	—	31	—	30
—	2	1	8	—	5
2	2	7	8	5	5
—	23	—	23	—	25
3	1	1	1	1	1
17	15	15	10	10	11
—	20	—	16	—	11
—	2	1	3	—	3
2	2	2	3	3	3
—	22	—	19	—	14
2	6	1	8	—	—
4	6	7	8	—	—
—	16	—	11	—	14
1	—	—	—	—	—
22	23	23	25	25	25
1	1	1	1	1	1
15	10	10	13	13	13
—	39	—	34	—	39

## II. Kobiety publiczne.

Na początku roku kobiet publicznych było:

- 1) W domach schadzek IIgo rzędu . . . . .
- 2) „ publicznych IIIgo rzędu . . . . .
- 3) „ „ IVgo rzędu . . . . .
- 4) Kobiet mieszkających pojedynczo zwanych tolerowanymi . . . . .
- 5) Kobiet podlegających obowiązkowej rewizji z liczby zostających pod nadzorem policyi . . . . .

Razem . . . . .

W ciągu roku

- Przybyło: kobiet w domach schadzek . . . . .
- „ „ publicznych . . . . .
- „ tolerowanych (pojedynczo mieszkających) . . . . .
- „ podległych obowiązkowej rewizji . . . . .

Razem przybyło . . . . .

Wszystkich kobiet publicznych w ciągu roku było:

- Ubyło: kobiet w domach schadzek . . . . .
- „ publicznych . . . . .
- „ tolerowanych . . . . .
- „ podległych rewizji obowiązk. . . . .

Razem ubyło . . . . .

Zatem w końcu roku pozostało kobiet publicznych . . . . .

Z tych:

- 1) w domach schadzek . . . . .
- 2) „ publicznych . . . . .
- 3) kobiet tolerowanych . . . . .
- 4) „ podległych rewizji obowiązkowej . . . . .

Wszystkich jak wyżej . . . . .

1867		1868		1869	
w szcze- góle	w ogóle	w szcze- góle	w ogóle	w szcze- góle	w ogóle
133		142		156	
16		6		—	
219		175		109	
166		181		187	
—		223		373	
—	534	—	727	—	825
476		86		95	
		134		154	
354		178		184	
—		289		185	
—	830	—	687	—	618
—	1364	—	1414	—	1443
514		72		99	
		206		110	
123		172		185	
—		139		82	
—	673	—	589	—	476
—	77	—	825	—	967
142		156		152	
181		109		153	
181		187		186	
223		373		476	
—	727	—	825	—	967

(Dalszy ciąg nastąpi).

### Wiadomości bieżące.

— W z. Nrze Gaz. Lek. w przypisku od Redakcyi do artykułu o siarku rtęci powiedzieliśmy, że skuteczność środka tego sprawdzoną była przez Rektora J. M i a n o w s k i e g o. Ponieważ w czasie ostatniego pobytu w Rzymie autora tego artykułu, cholera tam już nie grassowała, Rektor więc M i a n o w s k i nie miał sam sposobności doświadczenia działalności siarku rtęci na chorych, ale rozmawiał z bardzo wielu światłymi osobami, które chorowały na cholere i użyciem *aethiopsis mineralis* uleczonemi zostały, a prócz tego wielu uczonych lekarzy włoskich z własnych spostrzeżeń o dobrych skutkach tego środka zaświadczyło. Ta okoliczność zniewala nas jeszcze raz upraszać Szanownych kolegów o sprawdzenie działania tego środka, co w Zychlinie, Gostyninie, Kutnie i w. i. miejscowościach, gdzie obecnie jeszcze cholera grassuje, bynajmniej nie będzie trudnem.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.  
W Drukarni Gazety Polskiej, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM 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 (z przesyłką) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1871 r. sr. 78. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Postrzeżenia chirurgiczne. Przez Dra Minkiewicza (z Tyflisu). Rozprawy naukowe. O wpływie nerwów na oddechanie. Przez A. Fabiana i A. Stockmanna. (Ciąg dalszy) Kronika Zagraniczna. Błonica gardzieli (*angina diphtheritica*). Przez Dra Wertheimbera (z Monachium). Streścił Dr. Józef Nowak. Korrespondencya z Rzymu. Przyczynek do sposobów przechowywania ciał organicznych. Przez Pawła Postępskiego. Statystyka Lekarska. Prostytucya w mieście Warszawie w latach 1867, 1868 i 1869. Wiadomości bieżące. Dodatek. Anatomii praktycznej arkusz 14ty, Laryngoskopii arkusz 4ty, Fiziologii T. II ark. 2gi, Akuszeryi ark. 25ty.

## POSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez Dra J. Minkiewicza (z Tyflisu).

### A) Tłuszczaki.

Podawszy w poprzednim artykule <sup>1)</sup> opis torbieli operowanych od września roku 1862—1869 włącznie, teraz opiszę tłuszczaki w tymże okresie spostrzeżane i operowane. Liczba ich była daleko mniejsza; zaledwo 6 chorych z tymi guzami operowałem <sup>2)</sup>; co do miejsca ich rozwinięcia się, to one głównie były napotymane na tułowiu u 4ch chorych, raz na czole, raz na ramieniu. Co się tyczy tułowia w szczególności, to u jednego chorego wyluszczyłem na karku; drugi miał tłuszczaki wielorakie na dolnej połowie tułowia; zaś trzeci tłuszczak powstał na wardze sromnej a czwarty w okolicy pośladkowej (*lip. petrificum*). Opis ostatniego wypadku podałem w Gaz. Lek. t. VIII, Nr. 43, roku 1870. Oprócz tych sześciu wypadków operowanych tłuszczaków, obserwowaliśmy dwóch chorych, u których po całym ciele na tułowiu, górnych odnogach, były rozproszone tłuszczaki pod skórą rozmaitej wielkości. Jeden z tych chorych ormianin, był tłusty,

<sup>1)</sup> Gaz. Lek. 1870, T. IX, NN. 13, 14, 15.

<sup>2)</sup> Od r. 1853—1866. wyluszczyłem dwa tłuszczaki (*pinguecula*) na gałce ocznej, 2 na ramieniu i na szyi. Tyg. Lek. 1854—1866.

silny mężczyzna, drugi zaś rossyanin, chudy, wysoki, młody, z bardzo mało rozwiniętą tk. łączno-tłuszczową podskórną.

Te nieliczne wypadki nasze stwierdzają powszechnie znane spostrzeżenia, że tłuszczaki podskórne najczęściej spotykają się na plecach, karku, udach, pośladkach. Co do objętości największy przez nas obserwowany był na pośladku, już opisany; następnie zaś, znajdujący się po nad m. naramiennym (*m. deltoideus*) i na wardze sromnej, dorównyujące objętości indyckiego jaja, wszystkie zaś inne były mniejsze. Jedne z nich były rozlane, mniej ściśle ograniczone, drugie zaś ograniczone, guzowate (*lip. tuberosa*), a nawet wiszące, tak zwane polipy skóry tłuszczakowate (na wardze sromnej) lub tłuszczaki polipowe. Wszystkie te tłuszczaki były wyluszczone zwykłym sposobem, wyjąwszy znajdujący się na wardze sromnej. Tu musiałem z początku założyć węzeł na szypułkę i poniżej ligatury odciąć narośl. Musiałem w tym przypadku tak postąpić, gdyż u młodej, 20 lat m. panny, sam jeden bez pomocnika operowałem. Zabliźnienie po wyluszczeniu tłuszczaków zwykle się odbywało przez ropienie, daleko powolniej niż po wyluszczeniu torbieli, tak po wyluszczeniu u ormianina, tłuszczaka leżącego z lewej strony stosu pacierzowego szyjowego, objętości kurzego jajka, rana zaledwo się zagoiła we 3 miesiące po operacji. Być może, że i ciągła ruchliwość szyi przyczyniała się do tego. Po wyluszczeniu zwapniałego tłuszczaka (*lipoma petrif.*) także rana długo się nie zabliźniała. Inni chirurdzy (Broca) również zwrócili uwagę na powolność zabliźniania ran po wyluszczeniu tłuszczaków. W dwóch przypadkach chorzy mieli różę po wyluszczeniu.

Przytoczę opis wypadku nieszczęśliwie zakończonego po wyluszczeniu tłuszczaków wielorakich.

Wielorakie tłuszczaki na tułowiu, miejscowe znieczulenie. Róża, zgorzel tk. łączno-tłuszczowej podskórnej, odęcie podskórne, zapalenie płuc, zakrzepy w żyłach biodrowej zewnętrznej (*v. iliaca exter.*) i udowej (*v. femoralis*).  
posocznicą, śmierć.

Jerzy G..., grek z Trebizondy 42 l. m., mocno zbudowany, trudniący się obrabianiem kamieni, wszedł do Tyfliskiego szpitala miejskiego dn. 14 lutego r. 1867 Nr. 55. Opatrując go, znalazłem na rozmaitych częściach ciała, szczególnie na powierzchni przedniej i tylnej dolnej połowy tułowia rozproszone tłuszczaki. Z tych największe były: a) leżące na tylnej powierzchni tułowia po nad dolnymi żebrami, z każdej strony po dwa w okol. lędźwiowych, były one podłużne dość ściśle ograniczone; b) w dołku sercowym tłuszczak ściśle ograniczony, wielkości orzecha włoskiego, za pociśnięciem go przy głębszem westchnieniu chory się skarżył na znaczny ból w tej okolicy. Te objawy dawały do myślenia, czy nie była to *hernia lin. albae* lub tłuszczak przepuklinowy (*lip. herniosum*). Ale zbadawszy dokładniej tę narośl przekonaliśmy się, że to był również tłuszczak podskórny jak i inne guzy obserwowane. U chorego obok tej narośli już były wycinane w Turcyi dwa podobne guzy.



Oprócz tych większych guzów, były inne mniejsze rozproszone po tylnej powierzchni tułowia i na górnych odnogach.

Dnia 18 lutego, w obec kilku kolegów użyłem po raz pierwszy w Tyflisie — w celu znieczulenia miejscowego, rozpylonego eteru za pomocą narzędzia *Richardsona*. W tym celu narośl leżąca w okolicy łędźwiowej prawej nie zupełnie była znieczuloną. Powyżej niej zaś leżąca całkiem nie była poddawana tej operacji. Różnica co do bólu przy rozcięciu była widoczną, wyluszczenie pierwszej było mniej bolesnem. Trzecia narośl leżąca po nad 8—10 prawemi żebrami największa, wielkości jajka kurzego była dłużej anastezyowaną, wprawdzie nie tyle aby skóra zupełnie pobieliała i stała się pergaminową. W czasie wyluszczenia strumień pyłu eteru ciągle wylewał się na ranę. Wyluszczyłem dwa tłuszczaki w prawej okol. łędźwiowej, jeden po nad żebrami fałszywemi i leżący w dolku sercowym. Po operacji rany opatrzone mieszaniną oliwy i wody hemostatycznej *Nelubina*. Wieczorem o 6ej, tego dnia tętno 96, ciepł. 38,2.

Dnia 19go, z rana ciepłota 39, tętno 108, małe, słabe, twarz czerwona, kaszel mały. Wieczorem o 6ej ciepłota 40°. *Infus digitalis ex gr. vjij— $\bar{3}$ vj*, *Syrupi Ipecac.*  $\bar{5}$ j, co dwie godziny po łyżce.

Dnia 20, ciepłota 40, tętno 104, płwociny obfite; wysłuchując ordynujący kolega znalazł *respiratio aspera* z przodu, z tyłu zaś rżęzenie wilgotne; majaczenie. W okolo ran czerwoność różowata, zatwardzenie stolca. *Infus digitalis ex  $\bar{9}$ j— $\bar{3}$ vj*, *tinct. aconiti gtt. xx*, *Olei ricini  $\bar{5}$ j*. Chory miał dwa stolce. Wieczorem tętno 100, ciepłota 39,8, bezsenność.

Dnia 21, ciepłota 39,4, tętno 104, małe; róża w okolo ran; stolec wolny, odpluwanie dość swobodne. Do mikstury dodano *kali carbonici 5s*; co dwie godziny po łyżce. Wieczorem ciepłota 39.

Dnia 22, róża w okolo wszystkich ran i okolicy łędźwiowej prawej; tamże pod skórą odęcie gazami (*emphysema*) na takiejże przestrzeni, jak i róża; dno rany nieczyste, pokryte obumarłą tk. łączną, wydzielającą śmierdzącą ropę i w daleko mniejszej ilości. Tętno nie jednostajne, w prawej sprychowej tętnicy mocne, w lewej zaś słabe. Bezsenność. Wieczorem tętno 88, dwa wypróżnienia stolcowe.

Dnia 23, róża, a razem z nią i *emphysema*, rozszerzają się ku miednicy, naprzód i do góry; skóra w tych miejscach oddzielona od pod nią leżących części; dno ran suche, z pod skóry wypływająca ropa w małej ilości, była posoczystą, zawierała znekrotyzowaną, obumarłą tk. łączno-tłuszczową podskórną, przesięknioną gazami i cieczą. Upadek sił, pewna apatyczność, tętno 86, ciepłota 34.

Dnia 24, *Emphysema* podskórna i róża szerzą się ku dołowi aż do pośladków. Skóra bolesna, odstaje od części pod nią leżących, prawie na całej przestrzeni, gdzie się pokazała rozedma (*emphysema*). Język brudno-żółtawy, suchy, stolec prawidłowy. Chory apatyczniejszy. *Rp. acidi muriatici dil 5s, aq. destillat.  $\bar{5}$ vjj*, *Syrupi rubi idaei  $\bar{5}$ j*, *S. pro potu*.

Dnia 25, ciepłota 28, tętno prawie prawidłowe. Bezsenność. Róża i rozedma mniejsze, tkanka łączna podskórna zgangrenowana, wydziela się kawalczkami. Chory zdaje się być spokojniejszym, ale jest właściwie bardziej apatycznym.

Dnia 27, róża i *emphysema* posuwa się i obniża na pośladkach; z rany wydziela się śmierdząca posoka i strupy zmartwiałej tk. podskórnej. Skóra odstaje niby worek od części pod nią leżących. Tętno ściśnione, małe.

Dnia 1go marca, zatoki ropiaste na pośladkach, które do dnia 3go znacznie się tam powiększyły i na lędźwiach. Tego dnia zrobiłem kilka kontr-apertur, z których dużo wypłynęło kosmków śmierdzących ze strupami i ze krwią zmieszanych. Upadek sił coraz się wzmacnia.

Dnia 4go, upadek sił wzmacnia się, tętno słabe, małe. Śmierdząca ropa wydziela się obficie, prawe udo obrzmiało, na niem poczyna się róża. Wieczorem oddech trudny; tętno małe, chory umarł.

Przy sekcji, głowy nie mogliśmy otwierać. W jamie zaś piersiowej znaleźliśmy co następuje. Prawe płuco zupełnie przyrośnięte do oplucnej żebrowej, stwardniałe. Powierzchnia rozkroju płuca przekonała, że pośród zbitej, zapaleniem zmienionej tkanki jego, były ściśle ograniczone, ciemno-czerwonej barwy, rozmięknione miejsca niby zgangrenowane. Prawie wszystkie naczynia większe były zatkane skrzepłą krwią. Lewe płuco miejscami przyrosłe oddawna do oplucnej klatki piersiowej; środek dolnego zrazu zbrzęknięty, bliżej do cbwodu płuca dało się widzieć miejsce, wielkości kurzego jajka, stwardniałe. Górny zraz daleko mniej zbrzęknięty. Te naczynia były mniej zatkane skrzepłą krwią. W jamie osierdzia ilość surowicy zwyczajna; serce większe niż zwykle, stłuszczone. Barwa powierzchni rozkroju serca ciemno czerwona, podobna do barwy mięśni klatki piersiowej. Prędkości i komórki zawierały wielkie twarde skrzepy krwi, szerzące się do tętnicy płucnej i do żył głównych (*v. cavae*), a także do aorty i jej rozgałęzień. Zastawki nie zmienione. W aorcie znaleźliśmy dużo ateromatycznych wyniosłości, sięgających aż do tętnicy obojczykowej lewej, od czego i zależała różnica w tętnach sprychowych.

Wątroba daleko większa niż zwykle, wietka, na powierzchni jej rozkroju zraziki wyraźniej się uwydatniały. Pęcherz żółciowy wypełniony żółcią. Śledziona we dwójnasób większa od zwyczajnej, miękka, kaszowata. Nerki niejednostajnie przekrwione, zbrzęknięte, prawa większa od lewej. Pęcherz moczowy mocno moczem rozciągnięty. Błona śluzowa przewodu żołądkowo-kiszki była w stanie nieżyty chronicznego.

Rozciawszy skórę prawego uda znaleźliśmy zakrzepy w żyłach podskórnych, twarde, ciemno-czerwonej barwy. Podobne zakrzepy zatykały żyłę biodrową zewnętrzną prawą, począwszy od miejsca połączenia się jej z ż. biodrową wewnętrzną (*v. hypogastrica*); na całym przebiegu ż. udowa prawa aż do kolana była zatkana podobnymi skrzepami. W żyłach odpowiednich lewej strony nic podobnego nie znaleźliśmy. W sąsiedztwie ran żyły skóry nie były zbadane, podskórne zaś większe, były pozatykane skrzepami. W miejscu ran na dnie ich i na granicach tk. łączna podskórna rozmiękła, posoka i gazami przesiąknięta, część jej w postaci strupów i kosmków pływała w ognisku ropnym między skórą a powięzią.

Przypadek ten pod pewnymi względami jest ciekawym. Wprawdzie obfitością tłuszczaków on się nie wyszczególniał. W dwóch wyżej przytoczonych przypadkach



tluszczaków wielorakich, przez nas obserwowanych, liczba ich była daleko większa. Gross podał opis wypadku, gdzie mężczyzna miał 200 podobnych narośli rozmaitej wielkości. Co do objętości guzów chory również nie górował przed innymi. Najważniejszymi zaś zjawiskami były: ostre, rozlane obumarcie tk. łączno-tłuszczowej podskórnej w okolo ran, z jednoczesnym rozwinięciem się róży i rozedmy (*acute diffuse Bindegewebnecrose*, ostry ropiasty obrzęk Pirogowa), i powstanie zaskrzepów w żz. biodrowej zewnętrznej i udowej. Ważnym jest także pytanie co do zależności tych miejscowych objawów od znieczulenia miejscowego.

Co do miejscowych zmian w ranach widzieliśmy, że jednocześnie niemal powstały róża, zmiana powierzchni i wydzielin ran i emphysema podskórna, co było poprzedzone silnym stanem gorączkowym, powstałym zaraz po operacji. Jednocześnie z różą posuwała się i *emphysema* w okolicach otaczających, szczególnie na dół, ku pośladkom. Przy tem tkanka łączna podskórna przechodziła w zgorzel, rozmiękała, strupieszala (*diffuser Brand*), w skutek czego skóra zupełnie była oddzieloną od powięzi. Posoka zawierająca gazy, powstałe z rozkładu tkanki łącznej raz powstawszy, prawem ciężkości mogła nasiąkać sąsiednie części, zarażać je, usposabiać do obumarcia.

Co do kwestyi, czy róża i rozedma były następstwem obumarcia, rozmięknienia tkanki łącznej podskórnej lub na odwrót? Sądzymy, że te wszystkie zjawiska stanowiły jedną całość, ściśle były ze sobą połączone. Jest to rzeczą wiadomą, że również jak pewnym ciężkim różom towarzyszy rozlane zapalenie tkanki łącznej podskórnej, tak i na odwrót obumarcie tkanki łącznej podskórnej także bywa towarzyszone różą, szczególnie jeśli do tych spraw dołączają się ropnicowe, lub posocznicowe zakażenia krwi. Zważywszy większy stopień cierpienia tkanki podskórnej i to, że na skórze nigdzie nie było śladów obumarcia jej, sądzę, że głównym siedliskiem cierpienia była właśnie tkanka łączno-tłuszczowa podskórna.

Fakt tak ostrej i silnej zgorzeli tkanki łącznej po operacji z rozwinięciem gazów należy do rzadkich przypadków (B. Langenbeck, Billroth). Częściej to się zdarza przy obrażeniach przypadkowych. Maisonneuve podał opis przypadku, gdzie po uszkodzeniu powstała *gangrene foudroyante*. Osobiście obserwowałem przypadek podobny i opisałem go w Tyg. Lek., gdzie po zranieniu kulą górnej wewn. i powierzchni uda powstała rozedma całej odnogi dolnej; chory wkrótce zmarł.

Czy nie wpłynęło znieczulenie miejscowe na powstanie róży i zgorzeli tkanki podskórnej? Kilkakrotnie osobiście używałem tego sposobu znieczulenia i byłem obecnym przy zastosowaniu go z innymi kolegami i nic podobnego nie widziałem.

Ze znaney mi literatury również nie jest mi znany żaden przypadek podobny. Wprawdzie zważywszy sposób działania rozpylonego eteru dającego się poniekąd porównać do działania zimnego wiatru zawierającego drobne lodu kawałeczki, niepodobna stanowczo zaprzeczać możliwości powstania podobnego zapalenia i nekrozy. Zgorzel od zamrożenia właśnie przemawia za tem. Pod wpływem zimna, zamrożenia, powstaje miejscowe nadwężenie obiegu krwi (*lokale Störung der Circulation*), przytem w naczyniach włosowatych i żyłach skóry i tk. podskórnej mogą powstać zastoje, zaskrzepy krwi i zgorzel. Rozedma będzie

w tym razie następstwem zgorzeli tkanki podskórnej. Raz powstawszy jakem to już wyżej powiedział, gazy wespół z ropą posoczystą zarażają sąsiednie części. Skoro pod wpływem miejscowego znieczulenia może powstać zgorzel, to tem samem jest zaważowana możność powstania zatorów, ropni przenośnych. Ponieważ okolica poddawana zamrożeniu eterem rozpylonym ulega w rozmaitym stopniu tej sprawie; oczywista więc, że skrzepy powstające przy tem, będą niejednostajne, jedne więcej, drugie zaś mniej mocno zakrzepłe. Środkowe powinny być twardsze, obwodowe zaś mniej twarde, łatwiej więc trafią do krwiobiegu. Dlaczegoż jednakże to się tak rzadko zdarza? Zdaje mi się, że nie bez wpływu na to pozostają następne okoliczności: a) że rzadko się zdarza, aby zamrożenie eterem było na znacznej przestrzeni tak głębokie, aby było w stanie wywołać duże skrzepy krwi, później przechodzące do ogólnego obiegu krwi i sprawiające zatory; b) jeśli zaś operator rzeczywiście doprowadzi zamrożenie miejscowe do stanu pergaminu, to zwykle te miejsca się wyrzyna, oddala operacją, a więc tem samem niszczy się najglówniejsze siedlisko skrzepów i dalsze ich skutki. W naszym przypadku, myśmy do tego stopnia nie zamrażali, lecz ograniczali się li pewnym stopniem zblednienia, początkiem Igo okresu.

Pozwalam sobie zrobić przypuszczenie, czy nie powstała owa podskórna zgorzel pod wpływem tej okoliczności, żeśmy niejednostajnie oziębiali blisko siebie leżące guzy, co mogło spowodować niejednostajny obieg krwi i niejednostajne zastoje i zakrzepy tej okolicy. Jeśli weźmiemy pod rozwagę i tę okoliczność, że w ciągu operowania pył eteru ciągle padał na tkankę tłuszczową, obdarzoną względnie mniejszą żywotnością; ta okoliczność mogła się przyczynić do skrzepnięcia krwi i zmiany tkanki do tego stopnia, że już nie była w stanie wrócić do zwyczajnego stanu (O. W e b e r) i tem samem usposobiła się do zgorzeli. W ogóle co do wpływu miejscowego znieczulenia i oziębienia, na powstanie róży i tego rozlanego zapalenia tkanki podskórnej, z następstwami, jakieśmy obserwowali uważam go tylko jako m o ż l i w y, p r a w d o p o d o b n y, gdyż znane są fakta powstania podobnych zjawisk bez poprzedniego zastosowania rozpylonego eteru, i na odwrót nie mamy faktów niewątpliwie stwierdzających zależność powstania podobnego zapalenia i zgorzeli po zastosowaniu miejscowo eteru.

Czy cierpienie aorty i tętnicy podobojczykowej lewej nie miało wpływu na powstanie podobnych zgorzeli i na stopień cierpienia płuc przez niejednostajny rozdział krwi — niepodobna stanowczo powiedzieć. Notujemy jednakże ten fakt w tym celu, że oddawnaśmy wypowiedzieli zdanie (Pam. Towarzystwa Lekarsk. Warsz.), że zmiany anatomo patologiczne organów przed operacją silnie wpływają na zejścia po nich, i że nie pozostają bez wpływu na powstanie objawów chorobowych należących często do ropnicy, posocznicy.

Ogłędziny pośmiertne zwłok dostarczyły ciekawych objawów, temi są powstanie zaskrzepów w żł. biodrowej zewnętrznej i udowej i zapalenie płuc. Co do pierwszego, to obecność skrzepów podobnych przy operacjach na skórze, zwłaszcza tułowia, powyżej tych żył należy do wielkich rzadkości. Ponieważ nie były zbadane żł. skóry i tk. łącznej podskórnej, otaczającej ognisko zgorzeli, niepodobna więc ściśle stanowczo wskazać drogi formowania się zakrzepów i przeniesienia się ich do



żył udowej i biodrowej zewnętrznej. W każdym razie te skrzepy zapewne powstały w pobliżu ran, w okolicy żył biodrowych, przez gałęzie ich przednie przechodziły do żyły nadbrzuszej (*v. epigastrica*) i przez żyłę biodrową zagiętą (*v. circumflexa ilei*) do ż. biodrowej zewnętrznej. Zapewne w tej ostatniej pierwotnie powstały skrzepy i następnie rozszerzyły się do żyły udowej aż do kolana. Prostem następstwem podobnych zakrzepów było powstanie licznych zatorów w naczyniach włosowatych płuc, i owe obszerne zapalenie z rozmięknieniem w jednym miejscu. W prawem płucu ono było większe, w lewem mniejsze. Wszystkie inne narządzie właśnie były w stanie zwyczajnie znajdowanemu w pyemii. Sposobienie ropy, zgorzel, powstanie gazów ze swojej strony wpłynęło na wessanie zgnitych pierwiastków czy bezpośrednio do krwi czy też działając na jej skrzepy. Te okoliczności sprawiły razem *septico-pyaemiam*. Wszystkie objawy za życia dają się tem tłumaczyć. (Dokonczenie nastąpi).

### O wpływie nerwów na oddechanie.

Przez A. Fabiana i A. Stockmanna

(Ciąg dalszy \*).

Po Rosenthalu liczni badacze zajmowali się rozbiorem poglądów przez niego wygłoszonych. Jedni się z nim zgadzają w niektórych tylko punktach, inni najzupełniej od niego się różnią. Podamy te prace w chronologicznym porządku, po kolei, gdyż podział ich na pewne grupy małoby przyniósł korzyści, znalazłyby się bowiem takie, które jako *res sui generis* w żadnej grupie nie dałyby się zamieścić.

I tak: Rügenberg<sup>1)</sup> zwraca uwagę na niesłuszność zdania Knauta i Volkmana<sup>2)</sup>, jakoby nerw błędny działał na gładkie mięśnie oskrzeli, przeciwnie wykazuje on, przecinając przelyk, że właśnie ruchy połykowe (które w jego doświadczeniach usuniętemi zostały) były przyczyną poprzednich błędów.

Moleschott<sup>3)</sup> badając wpływ strumieni elektrycznych na nerw błędny, przyszedł do wniosku, że przy drażnieniu tego nerwu strumieniami takiej siły, która może wstrzymać ruchy serca, przepona silnie się kurczy, przy strumieniach silniejszych zostaje w stanie zwolnienia. Przykładając elektrody blisko nerwu krtaniowego górnego, dość jest użyć słabszych strumieni, dla wywołania wydechu.

W drugiej swej pracy podjętej z Dr. Moriggia<sup>4)</sup> w celu oznaczenia stosunku między liczbą uderzeń tętna i liczbą ruchów oddechowych, Moleschott doszedł do wniosku, że dwie te wielkości zmieniają się nie współmiernie.

\* ) Patrz Nr. 28 Gaz. lek.

<sup>1)</sup> Rügenberg. Ueber den angeblichen Einfluss d. N. vagus auf die glatten Muskelfasern der Lunge. Heidenhain Studien 1863, II Heft.

<sup>2)</sup> Volkmann et Knaut w Knauta de vitali quae dicitur pulmonum contractilitate, nervis vagis irritatis. Dorpati 1859.

<sup>3)</sup> Moleschott. Ueber den Einfluss des N. vagus auf die Häufigkeit der Athemzüge. Untersuchungen 1865, Bl. IX.

<sup>4)</sup> Moleschott und Dr. Moriggia. Ueber die Ungleichmassigkeit der Puls- und Athemfrequenz Untersuch., IX Band.

E. R a c h <sup>1)</sup> dla rozstrzygnięcia pytania, czy przy ruchach oddechowych, oprócz automatycznej działalności rdzenia przedłużonego, inne obwodowe drażnienia wpływ jaki wywierają, przedsiębrał następujące doświadczenia: po odkryciu szyjowej części rdzenia kręgowego, przecinał tylne korzenie nerwów szyjowych, przekonawszy się uprzednio, że przecięcie rdzenia kręgowego między 4 i 5 kręgiem szyjowym niema żadnego wpływu na ruchy oddechowe. Gdy teraz przecinał pięć górnych nerwów grzbietowych, to przy przecinaniu ostatniego, oddychanie nagle się wstrzymywało. Czy przytem nerwy błędne były całe, czy przecięte, to nie miało żadnego wpływu na wypadek doświadczenia. Tem to R a c h objaśnia, dla czego po przecięciu nn. błędnych narkoza chloroformowa tak szybko zabija zwierzę, gdyż działa tak, jak porażenie tylnych korzeni przy ich przecięciu.

B i d d e r <sup>2)</sup> w ogólności potwierdza wypadki R o s e n t h a l a co do drażnienia nerwu błędnego i krtaniowego górnego. Zwraca on uwagę na tak zwane „małe ruchy“ przepony, które uważa za polykowe, tłumacząc to w ten sposób, że, ponieważ zjawiają się one u zwierząt narkotyzowanych, należy w nerwie krtaniowym górnym, przyjąć, oprócz włókien czuciowych i wstrzymujących ruchy oddechowe, istnienie trzeciego rodzaju włókien dośrodkowych („*excitomotorische Fasern*“) pobudzających ruchy polykowe.

S z u m o w s k i <sup>3)</sup> w dwóch swoich artykułach, w których opisuje przedewszystkiem doświadczenia czynione na żabach, przyszedł do następujących wniosków: 1) ośrodek oddechowy nie istnieje, a miejsce, w którym przypuszczają jego znajdowanie się, jest zajęte przez odruchowy przyrząd („*otrażatelnyj aparat*“) nerwów błędnych. Wycinanie tego miejsca u ssących powoduje śmierć, w skutek porażenia mięśniów rządzących ruchami szpary głosowej. 2) Każde wetchnięcie jest wyrazem podwójnej działalności rdzenia przedłużonego: mechanicznej w mięśniach wdychowych i molekularnej w przyrządach odruchowych rdzenia kręgowego. 3) Rytm normalnych oddechów jest warunkowany łącznością odruchowych przyrządów rdzenia kręgowego i przedłużonego za pomocą nerwów międzyodruchowych („*meżduotrażatelnych*“). 4) Zwyczajny typ ruchów oddechowych zależy od przewagi pobudzalności rdzenia przedłużonego nad pobudzalnością kręgowego. 5) Bezustanna działalność mechanizmów oddechowych przy normalnym stanie nerwów czuciowych i krwi krążenia wymaga ciągłego udziału mózgu (*golownawo mozga*). Co się tycze działania rozmaitych nerwów przy mechanizmie oddechowym, doświadczenia dowiodły S z u m o w s k i e m u, że 1) najrozleglejsze ruchy wywoływane pobudzeniem nerwów czuciowych występują w skutek pobudzenia odruchowych przyrządów rdzenia przedłużonego i kręgowego; 2) późniejsze skutki pobudzenia nerwów czucia, są bezpośredni następstwem silniejszego oddziaływania mózgu i rdzenia kręgowego na

<sup>1)</sup> P. R a c h. Quomodo medulla oblongata, ut respirandi motus efficitur, incitatur. Regiamenti 1863.

<sup>2)</sup> B i d d e r. Beiträge zur Kenntniss der Wirkungen des N. laryng. sup. Dorpat, 1865 w Arch. für Anat. und Physiol. 1865, Heft IV.

<sup>3)</sup> S z u m o w s k i. Izsledowanie dychatelnych mechanizmow. Wojenno medic. żurnal. 1866, czast' 94, god sorok tretij.



rdzeń przedłużony; 3) nerwami tamującymi mogą być, w pewnym względzie, tylko takie nerwy, które biorą początek i kończą się w przyrządach odruchowych.

D o h m e n <sup>1)</sup> robił liczne poszukiwania nad wpływem  $\Theta$  i  $\text{C}\Theta_2$  na sprawę oddechową, a mianowicie albo pozbawiał zwierzęta  $\Theta$  każąc im oddechać w atmosferze II lub Az, dalej powiększał ilość  $\Theta$  w oddechowym powietrzu. Wypadki z tych badań były następujące:

1) gdy ilość  $\Theta$  była mniejszą, jak w powietrzu zwyczajnem, to wielkość oddechowa wzrastała i to tem więcej, im mniej tlenu zawierało powietrze (resp. krew.).

2) gdy ilość  $\Theta$  była powiększoną, wielkość oddechowa zmniejszała się; przytem w obu wypadkach przedewszystkiem głębokość ulegała zmianie, przy prawie jednakowej liczbie oddechów.

Drugi szereg doświadczeń D o h m e n'a z mieszaninami gazów, mianowicie  $\text{C}\Theta_2$  z powietrzem wykazał że:

3) im większą była ilość  $\text{C}\Theta_2$ , tem wielkość oddechowa była większą, (liczba prawie jednakowa). Nakoniec przy oddechaniu w mieszaninie  $\text{C}\Theta_2$  i  $\Theta$  wielkość oddechowa stawała się dwa razy większą przy 50%  $\text{C}\Theta_2$  i tyleż  $\Theta$ . Opierając się na tych danych, D o h m e n przychodzi do wniosku: „zarówno brak  $\Theta$  jak i nadmiar  $\text{C}\Theta_2$  działa drażniąco na ośrodki ruchów oddechowych, obadwa zagrażają życiu, i oba wzajemnie współdziałają dla zniesienia swego wpływu. Drażniąc ośrodek, wywołują ruchy oddechowe, brak  $\Theta$  się zmniejsza i  $\text{C}\Theta_2$  się wydziela; w skutek przemiany materji nowa ilość  $\Theta$  się zużywa,  $\text{C}\Theta_2$  nagromadza się i występuje znowu przyczyna przyjęcia  $\Theta$ , a wydalenia  $\text{C}\Theta_2$  i t. d.

M a c G i l l a r y <sup>2)</sup> stwierdza zdanie R o s e n t h a l'a, że u królików przyprawdzonych w stan „*apnoe*“ za pomocą sztucznego oddechania, drażnienie nerwów błędnych nie wywołuje ruchów oddechowych, lecz nie zgadza się na pogląd Ros., iż u królików nerw błędny działa tylko odruchowo przy rozdziale działalności wywołanej pobudzeniem ośrodków, a sam nie może wyzwać lub powiększać tej działalności. Według M. G. nieczynność nerwów błędnych, w czasie „*apnoe*“ zależy od niezdolności ośrodków w tym czasie do ujawnienia swego działania. M. G. sądzi, że: „hematoglobulina nie połączona z  $\Theta$  rozpuszczona w surowicy krwi, w skutek swego otleniania wywołuje w ośrodkach konieczną chemiczną zdolność do działania.“

S e c z e n o w <sup>3)</sup> ze względu na pobudzenie ośrodków oddechowych twierdzi, że nagromadzenie  $\text{C}\Theta_2$  we krwi odegrywa tu najważniejszą rolę; uważa on zdanie D o h m e n'a za zupełnie słuszne. Co się zaś tycze wpływu nerwu błędnego i krtańowego górnego podziela pogląd R o s e n t h a l'a.

<sup>1)</sup> D o h m e n Untersuchungen über den Einfluss  $\Theta$  und  $\text{C}\Theta_2$  auf die Athembewegungen. W Untersuch. aus dem physiol. Institut. in Bonn 1865.

<sup>2)</sup> M a c G i l l a r y. De invloed van den nervus vagus op de ademhalingsbewegingen. 1 i 2. Nederl. Arch. voor Genees en Natuurkunde II i III.

<sup>3)</sup> S e c z e n e w. Fiziologia nerwnej systemy, 1866. S. Peterburg, p. 258.

T r a u b e <sup>1)</sup> w swojej ostatniej pracy nad tym przedmiotem, również przyjmuje sposób zapatrywania D o h m e n a.

H e r i n g <sup>2)</sup> znalazł u kotów, które przy pomocy sztucznego oddechania wprowadzał w „apnoe“, że ilość  $\Theta$  we krwi w niektórych razach, nietylko nie powiększała się, ale nawet uległa zmniejszeniu. Dla H e r i n g a więc apnoe nie jest nasyceniem krwi tlenem, jak to twierdzi R o s e n t h a l.

W doświadczeniach swoich H e r i n g znosił podrażnienie rdzenia przedłużonego, nie zbytkiem  $\Theta$ , a zmniejszaniem ilości  $C\Theta$ , jakkolwiek nie twierdzi on stanowczo, aby to było jedynym momentem do wywołania apnoe, lecz z drugiej strony nie uważa także, aby samo nagromadzenie  $C\Theta_2$ , a nie brak  $\Theta$  we krwi wywoływało pierwszy ruch oddechowy. Widzimy więc, że teoria H e r i n g a nie jest bynajmniej stanowczą. (Dalszy ciąg nastąpi).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Błonica gardzieli (*Angina diphtheritica*).

Przez Dra W e r t h e i m b e r a (z Monachium).

Streścił Dr. Józef Nowak.

*Określenie i charakter anatomiczny.* Błonicą gardzieli (*angina diphtheritica*) nazywamy właściwe zapalenie błony śluzowej tego organu, cechujące się obecnością szarych błon wysepkowato lub jednociągłe rozmieszczonych, złączonych ściśle z błoną śluzową, oraz większym lub mniejszym nacieczaniem i obrzękiem tkanek w skład tejże błony wchodzących.

Pojęcia o anatomicznym charakterze błonicy nader licznym ulegały zmianom. Pierwszy B r e t o n n e a u gruntownie zaznajomił nas z tem cierpieniem; jego wyobrażenia panujące dotychczas jeszcze we Francyi, uległy w nowszych czasach znacznym zmianom, wskutek poszukiwań V i r c h o w a, W a g u e r a i B u h l a. Dzisiejsze pojęcia zawrzeć możemy w następujących słowach:

W dyfterytycznym zapaleniu bł. śluzowej mają miejsce głównie trzy procesy: 1) p r z e k r w i e n i e (*hyperaemia*), skutkiem którego powiększa się przesiąkanie (*transudatio*) surowicy a nie rzadko powstają wylewy krwi do tkanek lub na wolną powierzchnię bł. śluzowej; 2) właściwe (włóknikowe) przeistoczenie komórek nabłonkowych; 3) powstawanie nowych jąder i komórek w bł. śluzowej (nazwane przez B u h l a „*Kern, und cytoide Wucherung*“ które uważa on za istotę procesu), a niekiedy nawet prawdziwe nacieczanie ropne tejże błony i warstw głębszych.

Powstawanie błon dyfterytycznych można sobie wyobrazić w następujący sposób: w najpowierzchniejszych warstwach bł. śluzowej, zawierających obfitą ilość jąder, zostaje (wskutek ucisku na naczynia) przerwany obieg krwi a z nim i odżywianie; skutkiem tego najpowierzchniejsze warstwy opróżniają się z krwi, przybierają barwę żółtawą, szarą, sebną i podpadają obumarciu. To więc, co nam się przedstawia w kształcie błony fałszywej nie jest nic innego, jak tylko pozbawione krwi obumarłe tkanki, które się następnie z sobą zlewają lub w postaci kłaczków przez ropienie zostają wydzielone. Jak różnorodnym jest kliniczny obraz tego miejscowego cierpienia, tak rozlicznymi są również stopniowania zmian anatomicznych; tu nieznaczne uszkodzenie, dotykające zaledwie warstwy nabłonka, tam zniszczenie tkanki, sięgające aż do powłoki podśluzowej.

<sup>1)</sup> T r a u b e. Ueber das Wesen der Erstickungserscheinungen am Respirations Apparate. Berlin, 1867.

<sup>2)</sup> P. H e r i n g. Einige Untersuchungen über die Zusammensetzung der Blutgase während der Apnoe. Dissert. Dorp. 1867.



*Siedlisko miejscowego cierpienia.* Rozszerzenie się procesu miejscowego na całą błonę sluzową wyścielającą gardziel należy do rzadkości; najczęściej cierpienie to ogranicza się do pojedynczych organów polyku, które odpowiednio do częstotści zajęcia stoją po sobie w następującym porządku: 1) migdały, 2) podniebienie miękkie, języczek i łuki podniebienne, 3) część bł. sluzowej leżąca pomiędzy osadą języka a nagłosnią, 4) ściana tylna gardzieli, 5) jamy nosowe tylne (*cavum pharyngo-nasale*). 6) wylot trąbek usznych i sam kanał. Części otaczające paszczę (*isthmus faucium*) są niejako punktem środkowym, z którego proces ten zwykle bierze początek i rozszerza się następnie jużto ku gorze na jamy u o s a, już też ku dołowi na k r t a ñ i oskrzela. Widzimy z tego, że błonica przedstawia szczególniejszą skłonność i upodobanie do umiejscowienia się na tych częściach bł. sluzowej, które są wprost wystawione na przystęp powietrza, nader rzadko bowiem rozszerza się ona na przelyk.

*Podział.* Stosownie do przewagi miejscowych lub ogólnych objawów, możemy wyróżnić dwie zasadnicze formy błonicy: 1) prostą, 2) septyczną czyli tyfoidalną. Rozumie się czynimy to tylko dla ułatwienia sobie opisu klinicznego obrazu choroby, gdyż ścisłego odgraniczenia pomiędzy obu formami postawić niepodobna.

### 1. Prosta błonica gardzieli.

A) Błonica ograniczona (*D. circumscripta*). W niektórych wypadkach błonica przebiega bardzo łagodnie, nie sprowadzając ważnych zakłóceń w stanie ogólnym i kończąc się w przeciągu krótkiego czasu wyzdrowieniem. Gorączki brakuje tu w zupełności lub istnieje nieznaczna. Niekiedy choroba rozpoczyna się lekkimi dreszczykami z podwyższeniem częstotści tętna; następnie dołączają się do tego objawy, rzadko uchozące uwagi otaczających chorego osób: dzieci stają się spokojnemi, mało okazują chęci do zabawy, oczy ich znużone, twarz bleda, mają mały apetyt i nieco obłożony język; sen ich zwykle jest niespokojny i przerywany. Starsze dzieci nie rzadko skarżą się na ogólne niedomaganie, znużenie i ból głowy.

Częstokroć lekarz ma przed sobą te tylko tak nieokreślone i niepewne objawy. W innych razach dołącza się do nich jeszcze charakterystyczny objaw, jakim jest uczucie bolesności przy polykaniu. Zasadniczy ten objaw nie zawsze jednakże występuje u starszych dzieci, a u roczniaków stale go brakuje.

Z tych tedy powodów o obecności miejscowego cierpienia z żadnej zewnętrznej cechy wnosic nie możemy; charakterystyczne nawet dla cięższych wypadków obrzmienie gruczołów szyjowych jest małego znaczenia i częstokroć w błąd wprowadzić nas może; łatwo więc przy zaniechaniu obejrzenia gardzieli jesteśmy wystawieni na zapoznanie choroby.

Przy oglądaniu gardzieli obok żywego zaczerwienienia i obrzmienia dotkniętych części widzimy na wewnętrznej powierzchni zwykle prawego migdała białoszary, albo gęsty matowo-biały nalot, otaczający część migdałka w postaci błony. W większej liczbie wypadków nalot ten ogranicza się do wyżej oznaczonego miejsca; w innych jednak razach podobną plamkę znajdujemy również i na drugim migdale, podniebieniu miękkim lub języczku, rzadziej widzimy białawy pasek na brzegach łuków podniebieniowych lub języczka.

Po upływie trzech do czterech tygodni trwania choroby odpada ów złóg, pozostawiając nieco przekrwioną lub wyżartą błonę sluzową a niekiedy zmniejsza się i obrzmienie zajętego organu. Z ustąpieniem miejscowych zmian znikają także subiektywne dolegliwości i ogólne objawy cierpienia.

Całkowite trwanie choroby wynosi tu w ogólności 7—8 dni; niekiedy jednak już po 3—4 dniach powraca pierwotne zdrowie. Wielu autorów nie przypuszcza takiej możliwości, lecz zwala na karb fałszywego rozpoznania. W e r t h e i m b e r jednak twierdzi, że takie abortywne formy istotnie się zdarzają.

Charakterystycznym dla tej postaci błonicy gardzieli jest powierzchowność i ściśle odgraniczenie kępek (*plaques*). Widocznie powyższym zmianom ulega głównie warstwa nabłonkowa z bardzo nieznacznym udziałem tkanki sluzowej.

Rozszerzenie się błonicowego procesu na krtań rzadko tu ma miejsce, nie jest to jednak jedynym niebezpieczeństwem. Z powodu krótkiego trwania tej formy cierpienia, może się zdarzyć, że krtań ulega mu dopiero w tym czasie, w którym gardziel nie przedstawia już ani śladu błonicowego zapalenia; można więc niekiedy za pierwotne siedlisko choroby uważać krtań, gdy tymczasem w rzeczywistości przyczyną procesu gardzieli był wazystkiego tego powodem.

Spostrzeżenia dokonane w najnowszych czasach wykazują, że nawet błonica nieznaczoną ilość produktów przedstawiająca, prowadzić również może do jawnego bezwładu (*paralysis*). Łagodna ta odmiana napada zarówno dzieci jak i osoby dorosłe, które z indywidualnymi ciężko chorem na błonicę pozostawały w zetknięciu. Fakt ten dowodzi z jednej strony tożsamości owego lekkiego cierpienia z najwyższymi rozwiniętymi formami błonicy, z drugiej zaś naucza, że przeniesieniu choroby z jednego indywidualum na drugie, niekoniecznie towarzyszy charakter natężenia téjże.

B) Błonica rozlana (*D. diffusa*). Główną różnicę stanowi tu natężenie choroby, o sile którego wnosimy z głębokosci, do jakiej dochodzą błonicowe zmiany w tkankach; lecz i tam, gdzie miejscowy proces rozprzestrzenia się na większą powierzchnię, przybiera cierpienie nierównie żywszy charakter.

Początek choroby objawia się różnaitcie. Częstokroć objawy nie różnią się wcale od tych, jakiesmy poznali przy lekkiej formie, gdyż gorączka i ogólne osłabienie bardzo mało są wyrażone. W innych razach objawy początkowe są wydatniejsze: występuje znaczna gorączka, której towarzyszą dreszcze i następuje podwyższenie ciepłoty. Dreszcze jednak pojawiające się na początkach błonicy nie dochodzą nigdy do takiego stopnia, jak to miewa miejsce przy wysypkach exantematycznych lub przy ostrym zapaleniu ważnych dla organizmu narządów. Gorączkowe oddziaływanie zależy w części od osobistości chorego, więcej jednakże od stopnia przekrwienia i obrzmienia tworów wchodzących w skład gardzieli; gdzie te procesa szybko do znacznej wysokości dochodzą, może gorączka nawet przyjąć postać tyfusu synochalnego.

Do objawów rozpoczynających chorobę należą dalej: wymioty, zajęcie głowy, ból w krzyżu lub łądźwich, niemoc w człunkach, senność na przemian z niepokojem, wielka ospałość w dzień a niespokojne zachowanie się w nocy; dalej od czasu do czasu majaczenia nocne, pragnienie, zaparcie stołca, oddawanie małej ilości stężonego moczu. U młodszych dzieci pojawiają się niekiedy drgawki, które w wyjątkowych razach przybierają charakter eklamptycznych napadów. Niejednokrotnie obserwowano w rozmaitych miejscach na powierzchni ciała przelotne zaczerwienienie (*erythema*), objaw, który u dzieci nie rzadko możemy spotkać także i przy innych gorączkowych chorobach.

Wkrótce po wystąpieniu gorączki, chory skarży się na uczucie suchości i palenia w gardle, oraz na ból przy połykaniu. Stopień téj zapalnej dolegliwości jest nadzwyczaj zmiennym. W niektórych wypadkach uwydatnia się mniej wyraźnie, aniżeli w prostym erytematycznym zapaleniu gardzieli; nieznajdowano jej niekiedy zupełnie u dzieci, które już były w możności wyrazić swoje uczucia.

Z objawów dopiero co wymienionych nie jesteśmy jeszcze zdolni rozpoznać specyficznej natury cierpienia, lecz nawet i oglądanie gardła, przedsiębrane w początkach choroby daje nam poznać tylko te zmiany, jakie zachodzą i przy nieżytowym zapaleniu, a mianowicie: więcej lub mniej obszerne zaczerwienienie oraz suchość bł. śluzowej gardzieli, obrzmienie jednego lub obu migdałów, silniejsze wystawanie ich torebek. Stan taki trwa nie długo, wkrótce bowiem na organach gardzieli występują charakterystyczne znaki pozwalające się wykazać już w 12—24 godzin po ukazaniu się gorączki lub ogólnej niemocy. Produkta błonicowe zjawiają się tu zwykle najprzód na jednym z migdałów, rzadziej na obu jednocześnie: na płamce dotychczas ciemno zabarwionej powstaje białawy, ostro odgraniczony złóg, który z początku słabo przylega i pozwala widzieć zaczerwienioną pod nim leżącą błonę śluzową. Jest to właśnie tak nazwana błona fałszywa. W krótkim jednak czasie ulega ona znacznym zmianom, zyskuje coraz więcej na spoistości i nakoniec przybiera matowo-biały, smietankowy lub żółto biały, sadłowaty wygląd; przylega tak silnie



do leżącej pod nią bł. śluzowej, że ją tylko przemocą i z krwawieniem oderwać możemy. Takie błonkowe kępki leżą albo na jednym poziomie z otaczającą je błoną śluzową, albo też wystają nieco nad jej powierzchnię; w rzadkich wypadkach zdają się być trochę zagłębione. Jasnym swoim zabarwieniem wyróżniają się dokładnie od reszty błony śluzowej, przedstawiającej słabo-lśniący, ciemno lub sino-czerwony wygląd. Wkrótce po ukazaniu się takiej błonki powstają szybko podobne na przeciwleżącym migdale, na języczku, podniebieniu miękkim, w jamach nosa, tylnej ścianie gardzieli i t. d. Przy dalszym trwaniu choroby granice tych kępek coraz się więcej zbliżają, nakoniec zlewają, przedstawiając, częstokroć już na trzeci lub czwarty dzień, powłokę podobną do zwilgoconego pargaminu, wysięlającą równomiernie całą gardziel. W dalszym przebiegu cierpienia powłoka ta przybiera często popielato-szarą, albo wskutek wybroczyn krwistych z błony śluzowej, miejscami brunatną, a nawet czarniawą barwę; powierzchnia jej traci swą gładkość, a to z powodu wytwarzania się nowych błoniastych warstw i odpadania w kształcie bryłek starszych złogów powierzchni nie leżących.

Największą ilość i najgrubszą warstwę błon fałszywych spotykamy na języczku, który niekiedy bywa przez nie całkowicie otoczonym w kształcie palca od rękawiczki. Na ścianie tylnej gardzieli obłożenie to przedstawia się zwykle w postaci pasków, albo jest równo rozpostarte, mocno przylega i tworzy dokładne odbicie fałd podłużnych.

Na szczęście mało jest wypadków, w którychby proces dosięgnął opisanego wyżej natężenia; częściej zdarza się bowiem, że łagodnieje pierwiej, nim przyjdzie do rozszerzenia się na większą powierzchnię, że się ogranicza tylko na oba migdalkach, lub oprócz nich zajmuje jeszcze inną jaką część, jak np. jamy nosa, albo wreszcie że wychodząc z jednego migdalka rozszerza się tylko po stronie jemu odpowiedniej i t. p. Również umiejscowienie pierwotne może być inne. I tak może się przytrafić, że złóg powstaje najprzód na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego albo w jamie noso-gardzielowej, a nawet, że ogranicza się wyłącznie tylko do tych miejsc; w wypadkach tego rodzaju choroba może już dłużej długo istnieć, zanim zostanie rozpoznana.

*Odradzanie się błon fałszywych* ma miejsce najczęściej tam, gdzie przeważnie najpowierzchniwsze warstwy błony śluzowej były zajęte. Jak szybko niekiedy odradzanie się to przychodzi do skutku, można widzieć najlepiej na powierzchni bł. śluzowej, od której gwałtownie złóg oderwanym został, wówczas bowiem już po upływie kilku godzin miejsce to pokrywa się takimże samym nalotem.

Co się tyczy innych zmian w zajętych organach, to obrzmienie tychże zależy rozumie się od stopnia przekrwienia i towarzyszącego mu surowiczego przesiąku. Tak np. w wielu razach migdalki ulegają tylko nieznacznemu powiększeniu, w innych zaś przeciwnie występują ze swoich nisz w kształcie wielkich kulistych guzów; podobnie dzieje się i z języczkiem.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## KORRESPONDENCYA.

Rzym, w grudniu 1876 roku.

Przyczynek do sposobów przechowywania ciał organicznych.

Przez Pawła Postępskiego.

Pragnąc poprawić sposoby przechowywania ciał organicznych, wniennem był powtórzyć próby ogłaszane już przez innych badaczy. Chciałem pójść przytém nieco odmienną drogą. W tym celu przedsięwziąłem kilka doświadczeń, a pierwsze było czynione nad kawałkiem nerki, którą usuwając z pod wpływu powietrza, napajałem krzemianem sody rozpuszczalnym ( $\text{NaO}$ ,  $2\text{SiO}_2$ ) kilka razy; część ta będąc przeważnie naczyniową i bez nastryknięcia zostawała bez najmniejszego znaku poczynającej się gnilizny, gdyż do tego brakowało przystępu powietrza, choć postać jej była nieco zmienioną, barwa wszakże zostawała mniej lub więcej bez zmiany.

Wypadek nie mógł być innym przy działaniu na kawałek nerki, która w swych przestworach zawierała niezawodnie płyny sprężyste i inne ciała, nie będąc jeszcze nastrzyknięta.

W celu powtórzenia doświadczeń, nie brałem już, jak poprzednio kawałka nerki, lecz kilka części składających gałkę oczną, jako to siatkówkę, naczyniówkę i rogówkę.

Wypadki tych doświadczeń dodały mi odwagi, gdyż te części tylko kilka razy więcej zetknięte z krzemianem sody rozpuszczalnym stwardniały zupełnie, zachowując swą postać, barwę i przezroczystość.

Brałem następnie do przechowywania kawałki serca, do których przylegała znaczna ilość tłuszczu. po kilkakrotnym zanurzeniu w danym roztworze, zachowywały one swą postać i barwę: znak pewny, że sprawa gnilna całkowicie powstrzymaną została. Winienem zwrócić uwagę, że dla napojenia wkładam kawałki w gęsty roztwór krzemianu i ogrzewam do temperatury około 50°, a to w celu możliwego wysuszenia płynów sprężystych któreby się zawierać mogły. W następstwie brałem różne inne kawałki mięśniów i wypadki zawsze były zadawalniające, tém więcej, że części przechowane, po kilku nawet miesiącach wodą zmaczane, przez rozpuszczenie krzemianu, odzyskiwały pierwotną świeżość; co jest nader korzystnym, pozwala bowiem na badanie anatomiczne wewnętrzne części już stwardniałej.

Rozbierając tak otrzymane preparata nie znajdowałem (szczególniej, gdy nie były nastrzykiwane) prawie żadnej zmiany chemicznej w ich budowie; a gdy się w niektórych spotykają zmiany tego rodzaju, to są one tylko bardzo powierzchowne, gdyż gęstość krzemianu i szybkość z jaką preparat się stwardza nie pozwala na przesiąkanie.

Możeby kiedyś ten sposób, nieco zmieniony mógł się stać pożytecznym do przechowywania mięsa jadalnego?

Stwardnienie powierzchowne po niejakiem czasie może nie zupełnieby wstrzymiwało zmianę postaci, jakkolwiek, gdy warstwa krzemianu, będzie miała grubość kilku milimetrów, dość trudno będzie, aby kurczenie się tkanki pociągnęło za sobą i wciąganie powłoczki krzemienniej.

Dla zapobieżenia wszakże tej możliwej niedogodności, pomogło nieco wstrzykiwanie tego samego przetworu. Poczynione w tym celu doświadczenia dowiodły mi, że przez wstrzykiwanie w całe pewne części, o ile na to ich budowa pozwala, roztworu wolnego krzemianu sody mniej lub więcej gęstego, można otrzymać twardość zbliżoną do twardości marmuru, gdyż krzemian twardniejąc tworzy pewnego rodzaju punkt podpory stały, odpowiadający przestworom w które został wstrzyknięty.

Tym sposobem nastrzykiwałem różne narzędzia, między innymi dwie nerki, jedno serce; nerki przez naczynia i przez moczowody, serce przez naczynia przywodzące i odwodzące i narzędzia te przechowywały się w stanie dość zadawalniającym.

Zdawałoby się, że mierzając krzemian z jakim przeciwgnilnym przetworem, cel jeszcze lepiej dalby się osiągnąć, lecz nadmienić wypada, że barwa już nie zachowuje się, jeżeli do tkanek wprowadzimy połączenia chemiczne, które ogólnie noszą nazwę antyseptycznych. O to co otrzymałem po licznych doświadczeniach w danym przedmiocie, że przytoczę jedno: przechowałem wątrobę, stosując sposób mierzany, to jest krzemian sody i dwuchlorek rtęci, które to ciała zmieszane dają następujący odczyn chemiczny:

$2 ( (NaO)_3 2SiO_2 ) + 4 HgCl = (NaO)_3 2SiO_2 + 3 NaCl + HgCl, 3 HgO + 2 SiO_2$ , przyczem stwardzenie, które tu jest nie zupełne, zależy w danym razie od tlenochlorku rtęci, kwasu krzemnego, a w części od nierozłożonego krzemianu. Wątroba w ten sposób przechowana, nie miała już ani swój właściwej postaci, ani swój barwy.

Ze środkami przeciwgnilnymi, których chemiczne działanie jest mniej gwałtowne, może by barwa mniej się zmieniała.

Uważałem, iż godzi się podać do wiadomości te doświadczenia z życzeniem aby jeden z więcej udoskonalonych sposobów mógł się stać pożytecznym, szczególniej dla anatomii patologicznej; nateraz podaje tylko zastosowanie chemiczne, które, o ile mi wiadomo, mam prawo uważać za nowe.



STATYSTYKA LEKARSKA.

Prostytucya w mieście Warszawie w latach 1867, 1868 i 1869.

General W l a s o w, Ober-Policmajster miasta Warszawy uprzejmie nadesłał nam w tych dniach Sprawozdanie Komitetu Policyjno-Lekarskiego z czynności policyi lekarskiej za rok 1867, 1868 i 1869, z którego głównejsze szczegóły podajemy do wiadomości publiczności lekarskiej. Sprawozdanie rozpada się na następujące części:

A. *Etat Komitetu Policyjno-Lekarskiego.* Dla nadzoru nad prostytucją w mieście przy Komitecie znajdują się: Kommissarz Wydziału Policyjno-Lekarskiego. Dwaj jego pomocnicy. Urzędnik objazdowy dla dozoru prostytucyi zamiejskiej. Czterej lekarze policyjni. Dziewięciu dozorców. Lekarz aresztu policyjnego pełni także obowiązki lekarza policyjnego. Nadto, lekarz powiatu Warszawskiego i lekarz wojskowy za wezwaniem Komitetu rewidują kobiety trudniące się nierządem w okolicach miasta.

B. *Kontrola.*

I. *Dom y t o l e r o w a n e.*

Na początku roku było domów tolerowanych w Warszawie:

a. *Dom ó w s c h a d z e k (maison de rendez-vous):*

Igo rzędu . . . . .	1	—	1	—	—	—
IIgo rzędu . . . . .	21	—	22	—	23	—
Razem . . . . .	—	22	—	23	—	23

W ciągu roku:

Przybyło domów IIgo rzędu . . . . .

Wszystkich domów schadzek było w ciągu roku

Ubyło domów Igo rzędu . . . . .

„ IIgo rzędu . . . . .

Zatem w końcu roku pozostało domów schadzek

b. *Dom ó w p u b l i c z n y c h.*

Na początku roku było IIIgo rzędu . . . . .

IVgo rzędu . . . . .

Razem . . . . .

W ciągu roku:

Przybyło domów IIIgo rzędu . . . . .

IVgo rzędu . . . . .

Wszystkich domów publicznych w ciągu roku było

Ubyło domów IIIgo rzędu . . . . .

IVgo rzędu . . . . .

Zatem w końcu roku pozostało

W ogóle wszystkich domów tolerowanych

w końcu roku było:

Domów schadzek Igo rzędu . . . . .

„ IIgo „ . . . . .

Domów publicznych IIIgo „ . . . . .

„ IVgo „ . . . . .

Wszystkich . . . . .

1867		1868		1869	
w szczególności	w ogóle	w szczególności	w ogóle	w szczególności	w ogóle
1	—	1	—	—	—
21	—	22	—	23	—
—	22	—	23	—	23
—	3	—	8	—	7
—	25	—	31	—	30
—	2	1	8	—	5
2	2	7	8	5	5
—	23	—	23	—	25
3	1	1	1	1	1
17	15	15	10	10	10
—	20	—	16	—	11
—	2	1	3	—	3
2	2	2	3	3	3
—	22	—	19	—	14
2	6	1	8	—	—
4	6	7	8	—	—
—	16	—	11	—	14
1	—	—	—	—	—
22	23	23	25	25	25
1	1	1	1	1	1
15	10	10	13	13	13
—	39	—	34	—	39

## II. Kobiety publiczne.

Na początku roku kobiet publicznych było :

- 1) W domach schadzek IIgo rzędu . . . . .
- 2) „ publicznych IIIgo rzędu . . . . .
- 3) „ „ IVgo rzędu . . . . .
- 4) Kobiet mieszkających pojedynczo zwanych tolerowanymi . . . . .
- 5) Kobiet podlegających obowiązkowej rewizji z liczby zostających pod nadzorem policyi . . . . .

Razem . . .

W ciągu roku

- Przybyło :
- kobiet w domach schadzek . . . . .
  - „ „ publicznych . . . . .
  - „ tolerowanych (pojedynczo mieszkających) . . . . .
  - „ podległych obowiązkowej rewizji . . . . .

Razem przybyło . . .

Wszystkich kobiet publicznych w ciągu roku było :

- Ubyło :
- kobiet w domach schadzek . . . . .
  - „ publicznych . . . . .
  - „ tolerowanych . . . . .
  - „ podległych rewizji obowiązk. . . . .

Razem ubyło . . .

Zatem w końcu roku pozostało kobiet publicznych . . .

Z tych :

- 1) w domach schadzek . . . . .
- 2) „ publicznych . . . . .
- 3) kobiet tolerowanych . . . . .
- 4) „ podległych rewizji obowiązkowej . . . . .

Wszystkich jak wyżej . . .

1867		1868		1869	
w szcze- góle	w ogóle	w szcze- góle	w ogóle	w szcze- góle	w ogóle
133		142		156	
16		6		—	
219		175		109	
166		181		187	
—		223		373	
—	534	—	727	—	825
476		86		95	
		134		154	
354		178		184	
—		289		185	
—	830	—	687	—	618
—	1364	—	1414	—	1443
514		72		99	
		206		110	
123		172		185	
—		139		82	
—	673	—	589	—	476
—	77	—	825	—	967
142		156		152	
181		109		153	
181		187		186	
223		373		476	
—	727	—	825	—	967

(Dalszy ciąg nastąpi).

### Wiadomości bieżące.

— W z. Nrze Gaz. Lek. w przypisku od Redakcyi do artykułu o siarku rtęci powiedzieliśmy, że skuteczność środka tego sprawdzoną była przez Rektora J. M i a n o w s k i e g o. Ponieważ w czasie ostatniego pobytu w Rzymie autora tego artykułu, cholera tam już nie grassowała, Rektor więc M i a n o w s k i nie miał sam sposobności doświadczenia działalności siarku rtęci na chorych, ale rozmawiał z bardzo wielu światłymi osobami, które chorowały na cholere i użyciem *aethiopsis mineralis* uleczonemi zostały, a prócz tego wielu uczonych lekarzy włoskich z własnych spostrzeżeń o dobrych skutkach tego środka zaświadczyło. Ta okoliczność zniewala nas jeszcze raz upraszać Szanownych kolegów o sprawdzenie działania tego środka, co w Zychlinie, Gostyninie, Kutnie i w. i. miejscowościach, gdzie obecnie jeszcze cholera grassuje, bynajmniej nie będzie trudnem.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.  
W Drukarni Gazety Polskiej, przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою