

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5		na prowincyi	} rocznie.....	rs. 6	
	półrocznie.....	2 kop. 50		i w Gosarstwie		półrocznie.....	„ 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25		z przesyłką:			

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

**TREŚĆ:** Spostrzeżenia z kliniki chorób skórnych i przymiotowych w szpitalu Ś-go Łazarza. Dwa przypadki szankrów rozpadowych żrących. Kilka uwag o leczeniu tego rodzaju szankrów. Spostrzegął i podał Dr. E. KLINK, ordynator tejże kliniki. (Ciąg dalszy). — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 1 i 16 Listopada r. b. — Odcinek. Korrespondencyja ze Lwowa. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O przesiekach tłuszcz zawierających. Podał Dr. Wł. GAJKIEWICZ. — Listy do Redakcyj. — Od Wydawcy.

## SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI CHOROÓB SKÓRNYCH I PRZYMIOTOWYCH, W SZPITALU Ś-GO ŁAZARZA W WARSZAWIE.

Dwa przypadki szankrów rozpadowych żrących (*ul. phagadaenica*). Kilka uwag praktycznych o leczeniu tego rodzaju szankrów.

Spostrzegął i podał **Edward Klink**, Ordynator tejże kliniki.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 47).

Dwa spostrzeżenia przez nas podane należą do pouczających ze względu na chorobę i na leczenie.

Wiadomo że szankry rozpadowe z tym przebiegiem, jak w dwóch przez nas powyżej podanych przypadkach, nie należą do często spotykanych. Podług spostrzeżeń ZEISSL'A na 300 szankrów, zaledwie 3 przybierają cechę wrzodów rozpadowych.

Tak w pierwszym jak i drugim spostrzeżeniu przyczyna dla czego owrzodzenia szankrowe przybrały cechę rozpadową, jest widoczną; w pierwszym przypadku najzupełniejsze zaniedbanie czystości w przeciągu dwóch tygodni, w drugim niewłaściwe leczenie. Najczęściej szankry rozpadowe napotykamy u osób ze złem odżywianiem; w naszych przypadkach, chorzy byli doskonale zbudowani i odżywiani.

Cechującym było w drugim przypadku tak długo utrzymująca się zaszczepialność ropy z owrzodzenia, po 7-u bowiem miesiącach udało nam się jeszcze zaszczepić ropę i otrzymać cechujące owrzodzenia szankrowe, w 3-ch pokoleniach zaszczepialne; jest to właściwością szankrów rozpadowych, ta długotrwała zaszczepialność ropy.

Co się tyczy leczenia, to nie mam wcale zamiaru kreślić tu całkowitego lecznictwa szankrów rozpadowych, chcę tylko podać kilka uwag praktycznych kolegom niespecyjalistom, którzy zbyt często zniechęceni upornością sprawy, zniewoleni ciągłymi naleganiami chorych, wpadają na fałszywą drogę



w wynajdywaniu wskazań i wypełnianiu takowych. Uwagi, które tu podamy, są zapewne wszystkim dobrze znane, jednak rzadko przestrzegane, co niejednokrotnie, można powiedzieć prawie zawsze, bywa przyczyną trudności w wyleczeniu szankrów rozpadowych.

Przedewszystkiem powstać muszę, na tak często przepisywane w tych przypadkach do użycia wewnętrznego rtęć i jod.

Wskazania do użycia obu tych środków są bardzo jasne i stanowcze. Ci, którzy zalecają rtęć i jod do użycia wewnętrznego, lub rtęć pod postacią wcierań z szarej maści, przy leczeniu szankrów rozpadowych, widocznie nie rozpoznają choroby z którą mają do czynienia, a wskazaniem dla nich do użycia tych środków jest tylko wiadoma ich skuteczność w przymocie; są to fałszywi unitarzyści zarazka przymiotowego, odnoszący jedność zarazka nie do jego istoty, a do leczenia.

Zdaje mi się że się nie omyłę gdy wypowiem, że najważniejszym wskazaniem w tych przypadkach, do zalecenia choremu rtęci i jodu jest zniechęcenie lekarza i chorego do długotrwałego i nie zablizniającego się owrzodzenia szankrowego; lekarz zawiedziony na skuteczności środków używanych do opatrunku zewnętrznego, chory błagający lekarza o jaki szybko zablizniający środek, o to są najczęściej główne powody, dla czego takim chorym przepisuje się rtęć i jod. Może zbyt surowo wypowiedziałem prawdę, ale niestety jest ona opartą na faktach z życia poczerpniętych. Jest to prawie jakby prawidłem, gdzie owrzodzenie szankrowe długo, tygodni kilka, zabliznić się nie chce (najczęściej w skutek niewłaściwego leczenia) nie wchodząc w przyrodę tego owrzodzenia, przepisują rtęć, a później jod.

Rtęć w nadzwyczaj widoczny sposób pogorsza stan szankra rozpadowego: owrzodzenie draży wgląb, pokrywając się coraz grubsza warstwą rozpadowej masy.

Spostrzegany jednak wynik zalecenia rtęci wcale nie zniechęca do dalszego jej użycia.

Powiedzieliśmy powyżej, że wskazania do użycia rtęci i jodu są jasne i stanowcze. Usuwając w danej chwili z pod uwagi istotę zarazka wrzodów szankrowych i przymiotu, przyjąć należy, że wskazania do użycia rtęci występują jedynie wtedy, gdy są jawne zmiany chorobowe we wszystkich tkankach naszego ustroju, występujące nie od razu, lecz w pewnym cechującym porządku; objawy mające pewne i niezbite cechy właściwe tylko chorobie przymiotowej. Użycie jodu jest w chorobie przymiotowej więcej ograniczone, jest on wskazanym w okresach późniejszych chorób przymiotowych, przy zapaleniach przewlekłych, występujących we wszystkich tkankach naszego ustroju, mianowicie zapaleniach z cechą twórczą.

Z tego wypada, że nie należy nigdy zalecać rtęci lub jodu do użycia wewnętrznego, przy wrzodach umiejscowionych bez ogólnych objawów właściwych chorobie przymiotowej.

Pozwalam sobie w tem miejscu, choć ubocznie odpowiedzieć na pytanie: w jakiej chwili należy zalecić rtęć przy występującej ogólnej chorobie



przymiotowej? Jest to do dziś dnia punkt sporny; uwagi moje są jedynie skreślone w celu praktycznym.

Oznaczenie stwardnienia wrzodu przymiotowego, nawet dla lekarzy zajmujących się specjalnie leczeniem chorób wenerycznych, w pewnych przypadkach, jest rzeczą trudną, dowodem czego jest występująca często sprzeczność zdań przy rozpoznaniu wrzodu twardego przez samych specjalistów.

Obrzmienie gruczołów chłonnych występuje w pachwinach podczas istnienia wrzodu na prąciu prawie zawsze, a często się zdarza, że gdy obejrzymy chorego szczegółowo, przy pierwszym badaniu znajdujemy obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych, które już dawniej istnieć mogło, wcale nie będąc objawem choroby przymiotowej, a tylko następstwem ogólnych cierpień ustroju naszego, jak żołądów albo następstwem spraw czysto miejscowych, odbywających się w bliskości gruczołów chłonnych szyjowych. Bywają i takie, nieczęste wprawdzie przypadki, w których obrzmienie gruczołów chłonnych poczyna się dopiero w chwili występującej wysypki. Są nakoniec bardzo rzadkie, lecz spostrzegane i opisane przypadki, gdzie stanowczo rozpoznano szankra jako twardego, najbliższe gruczoły chłonne były cechująco obrzmiałe a pomimo tego, chory długi czas ściśle obserwowany, nie przebywał ogólnej choroby przymiotowej.

Tak więc jeden, jak i drugi objaw nie jest pewnym o tyle, aby w każdym razie na nim opierać się można było, przy zaleceniu choremu ogólnego rtęciowego leczenia. Z tych względów jestem przeciwny zdaniu tych, którzy twierdzą że: stwardnienie wrzodu i obrzmienie gruczołów upoważniają nas do leczenia ogólnego; nie zaś istnienie wysypki. Jestem zaś przeciwny dla tego, że przy dwóch powyższych tylko objawach jak sam wielokrotnie mogłem widzieć, popełnia się wiele błędów, naznaczając leczenie ogólne rtęciowe, tam gdzie ono wcale wskazaniem nie było. Wprawdzie choroba przymiotowa w tych przypadkach, gdzie stwardnienie przymiotowe może być rozpoznane jako pierwotny objaw choroby przymiotowej, przy leczeniu jest łatwiejszą do wyrównania, to nie ulega wątpliwości. Ale niepewność tych dwóch objawów (stwardnienie przymiotowe i obrzmienie gruczołów) upoważniają mnie do wypowiedzenia zdania: że nie należy podawać rtęci prędzej, aż nie wystąpią prócz stwardnienia wrzodu przymiotowego i obrzmienia gruczołów chłonnych, objawy ze strony skóry lub błony śluzowej. Daleko mniej, biorąc w ogólności, przynosimy szkody chorym rozpoczynając leczenie ogólne dopiero w chwili pojawienia się wysypki, jak zaleciwszy rtęć chorym u których z objawów przymiotu prawdziwego istnieją tylko: stwardnienie wrzodu i obrzmienie gruczołów chłonnych.

Nie przeczę wcale że i tu dadzą się postawić pewne wyjątki, zdaje mi się jednak, że łatwiej wyprowadzimy lekarzy niespecjalistów z zamętu i mniej chorym przynosimy szkody, gdy leczenie ogólne pocznemy w chwili występowania wysypki.



Rzadkie są przypadki, w których stwardnienie przymiotowe istnieje jednocześnie obok wrzodu szankrowego z cechą rozpadową<sup>1)</sup>; jeżeli obok wrzodu przymiotowego występują obrzmiałe gruczoly pachwinowe i szyjowe, lecz niema jeszcze wysypki, to wówczas zalecamy przede wszystkim środki jedynie miejscowe, a to dla tego, że rtęć w widoczny sposób pogorsza sprawę miejscową, a powtóre dla powyżej wyrzeczonej zasady. W wielu przypadkach stosowane przez nas miejscowo środki rtęć zawierające w odpowiednich stosunkach, na wrzody rozpadowe, zawsze zły wpływ wywierały na stan wrzodów.

Drugim bardzo ważnym powodem, dla czego wielu z kolegów otrzymuje ujemne wyniki przy leczeniu czysto miejscowem wrzodów rozpadowych jest: ciągła zmiana środków lekarskich zalecanych do opatrunku.

Kilkakrotnie zdarzyło mi się leczyć chorych z wrzodami rozpadowemi, gdzie chory przy pierwszej wizycie naszej składał nam bardzo znaczną liczbę recept, po przejrzeniu których przekonałiśmy się, że stosowano wszelkie znane środki opatrunkowe w rozmaitem stężeniu i postaci. Chory zmieniał zawsze po kilku tygodniach swojego lekarza, po użyciu bezskutecznem kilku środków opatrunkowych przez tegoż przepisanych, nie zapominając drugiemu lekarzowi przedstawić recept zalecanych przez jego poprzednika, co w następstwie (najczęściej) prowadziło do tego, że drugi z kolei kolega, przemyślał nad nieużytemi jeszcze a zalecanemi środkami opatrunkowemi, a po bezskutecznem użyciu tychże przez chorego, ten przenosił się do trzeciego lekarza i taki *circulus vitiosus* powtarzał bardzo długo. Tem tylko wytłomaczyć sobie można ową straszną liczbę używanych przez chorego środków lekarskich. Już zwykle po kilku tygodniach leczenia jedynie miejscowego, lekarz naglony przez chorego i widząc bezskuteczność środków miejscowych, zaleca rtęć do użycia wewnętrznego.

Ale, jak przekonać się można z recept, używano w przeciągu kilku miesięcy nietylko wszystkich środków opatrunkowych, ale prawie każdy z tych środków był przepisywany w połączeniu z rozmaitemi innemi lub też pod postacią proszków, mazideł (z gliceryną, oliwą) maści a nawet plastrów. Lekarz i chory bywają zrozpaczeni.

Naszem zdaniem, należy wyrzec się wówczas dopiero jakiegoś środka, gdy w przeciągu pewnego czasu zauważymy albo zupełną bezskuteczność jego, albo też widocznie zły wpływ na rozszerzanie i pogłębianie się wrzodu. Niema nic szkodliwszego przy opatrunku wrzodów szankrowych, jak co dni kilka zmieniać środek opatrunkowy, bo w przeciągu tak krótkiego czasu stan wrzodu mógł się nie zmienić a lekarz nie może nabrać przekonania o bezużyteczności tego środka.

Ale nietylko za niestosowne poczynać należy częstą zmianę środka opatrunkowego, ale także zalecanie środków w zbyt słabych lub stężonych

<sup>1)</sup> Dwa takie przypadki spostrzegaliśmy w szpitalu w przeszłym roku klinicznym, jeden z tych w spostrzeżeniu I powyżej opisaliśmy.



roztworach. W zbyt słabych roztworach środki opatrunkowe nie mają właściwie znaczenia środków rozkładających ropę i niszczących jej zarąźliwość, ale po prostu wody obmywającej wydzielinę ropną. Zbyt zaś stężone środki mają więcej działanie gryzące, drażniące i powiększające zapalenie, a co stanowi najlepszy grunt dla łatwiejszego rozprzestrzeniania się i pogłębiania wrzodu.

Prócz tych dwóch niewłaściwości: częstego zmieniania środków i niewłaściwych roztworów, występuje jeszcze trzecia, a mianowicie zalecanie tych środków w postaci mazideł, maści i plastrów.

Przy opatrunku wrzodów szankrowych przedewszystkiem starać się powinniśmy o możliwą czystość i staranność opatrunku, nigdy zaś to ściśle wykonaniem być nie może, jeżeli używać będziemy środków opatrunkowych pod jedną z powyższych postaci; tylko przy roztworach wodnych najłatwiej jest utrzymanie czystości owrzdzenia.

Stanowczo wystąpić muszę przeciw użyciu środków opatrunkowych dla szankrów w ogólności a żrących w szczególności, pod postacią mazideł, maści plastrów, bo prócz powyższych danych przeciw nim mówiących, występuje jeszcze i nadzwyczaj łatwy rozkład tłuszczów i jeszcze większe zanieczyszczenie i drażnienie wrzodu.

Przez powyższe uwagi nie chcę wcale powiedzieć, że postępowanie takie jest powszechnem, owszem często się zdarza, że zalecany i zmieniany jest środek opatrunkowy umiejętnie a pomimo tego stan wrzodu się nie zmienia. Wtedy bezskuteczność w leczeniu leży albo w przyrodzie wrzodu samego, albo w nieprzestrzeganiu innych przepisów przy opatrunku wrzodów szankrowych, o których poniżej pomówimy.

Trzecim powodem niemniej ważnym jak poprzednie, dla czego leczenie wrzodów rozpadowych żrących idzie tak uparcie jest zły opatrunek wrzodów.

Ale tu już wina leży prawie całkowicie po stronie chorego. Chorzy z cierpieniami zewnętrznymi starają się ukrywać swoją chorobę, nadzwyczaj rzadko poświęcają dla leczenia codzienne zajęcia swoje, opatrują się źle z powodu braku odpowiedniej do tego wprawy, nie mogą przestrzegać wszystkich, choć drobnych lecz koniecznych, przepisów czystości odnośnie do owrzdzenia i przepisów dyjetetycznych; są to więc wszystko warunki wcale nie odpowiednie dla leczenia owrzdzeń szankrowych w ogólności a rozpadowych, żrących w szczególności, jest to także jedna z ważnych przyczyn uporczywości w leczeniu wrzodów rozpadowych.

Wszyscy chorzy, leczeni w złych, przytoczonych powyżej warunkach, z bardzo już długo trwającymi owrzdzeniami szankrowymi żrącymi, w szpitalu lub w domu przy dobrym opatrunku, spokoju, koniecznej czystości i przepisach dyjetetycznych, o wiele w krótszym czasie dochodzili do zupełnego wyleczenia. W pierwszym przypadku, powyżej przez nas przytoczonym, śmiało powiedzieć można, iż leczenie przy nieodpowiednich warunkach przeciągnęłoby się na miesiące całe, gdy zaś w szpitalu tylko miesiąc trwało.



Uwagi moje, które tu podaję, są dobrze znane a powtarzanie ich może się wydawać lekceważeniem czytelników; odpowiem na to, że niemożna nigdy zbyt często przypominać przepisów przy leczeniu szankrów rozpadowych, których nie przestrzeganie, bywa powodem nadzwyczajnej uporczywości w wyleczeniu owrzodzenia.

Lekarz mający do czynienia z wrzodami, tak trudnemi do wyleczenia jak wrzody rozpadowe, niechcąc narażać swego stanowiska i umiejętności na niewłaściwe szykany, nie powinien się podejmować leczenia takich chorych, którzy się nie oddadzą całkowicie leczeniu albo w szpitalu albo w domu.

Chorych należy przekonać o ważności danej choroby, zmusić do położenia się w łóżko, nie pozwolić opatrywać się samemu, a opatrunek powierzyć wprawnemu felcerowi, samemu zaś dopilnować ścisłego wypełniania wszystkich przepisów. Ale to tylko wówczas wykonać możemy, gdy chory pod względem materyjalnym lepiej jest postawiony, w przeciwnym razie chorym zawsze zalecić należy szpital.

Niejednemu z kolegów uwagi moje wydadzą się zapewne bardzo niepraktycznemi. Trudno. Sam z własnego doświadczenia a także ze spostrzeżeń starszych kolegów specjalistów przekonałem się, że między wieloma przyczynami trudności w leczeniu szankrów rozpadowych, jest pewne lekceważenie tak ze strony chorego jak i lekarza danej choroby, wyłamywanie się chorego z pod krępujących go przepisów i pewna łatwość w ustępstwach na korzyść chorego ze strony lekarza w obec nalegań samego chorego.

Tak więc przy leczeniu wrzodów szankrowych rozpadowych, prócz rtęci i jodu do użycia wewnętrznych zalecanych i ciągłej zmiany środków opatrunkowych, trzeba się wyrzec jeszcze leczenia chorego przy zwykłym jego zajęciu i ztąd płynącej niemożliwości przestrzegania warunków dobrego leczenia. Zachowanie tego ostatniego przepisu jest koniecznem, mianowicie przy tak uporczywie leczących się szankrach rozpadowych.

(d. n.)

## SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie.

Posiedzenia z dnia 1-go i 16-go Listopada 1875 roku.

Z powodu owrzodzenia na języku, które KOSIŃSKI nazwał gruźliczem, takowe od rakowatego wyróżnił, i na drodze operacyjnej usunął, wszczęła się na ostatnim posiedzeniu Towarzystwa (19 Października) rozprawa o gruźlicy, której nie mogliśmy uchwycić wątku, i w sprawozdaniu naszym objawiliśmy nadzieję że szanowny dziekan BRODOWSKI zapewne swój pogląd w tym względzie na następny posiedzeniu bliżej nam wyjaśni raczy (obacz MEDYCYNĘ Nr. 44). Nadzieja ta nas nie zawiodła, podaną bowiem została do protokołu notatka, którą tu z powodu ważności przedmiotu w całości zamieszczamy. BRODOWSKI powstaje na to, że lekarze praktyczni z nazwą gruźlica łączą pojęcia, które nie wytrzy-



miują krytyki w obec nowych badań. Badania te jak wiadomo dowiodły, że tak zwany gruźlica, ani jako swoisty utwór chorobowy, ani jako inny jaki wytwór swoisty (*sui generis*), wcale nie istnieje. Ani zniszczenie w płucach znajdujące się u suchotników, ani wrzody kiszek i t. p. często takowym towarzysząc nie są wynikiem rozpadu gruźliczek jako swoistych chorobowych wytworów, jak to chce mieć BOYLE i LAENNEC lub zawsze jednaką budowę objawiających nowotworów, jak to dawniej utrzymywał VIRCHOW. Większość badaczy zgadza się dziś na to, że wzmiankowane zniszczenia są prostem następstwem zapalnej sprawy której wytwory podpadają zwykle przeistoczeniu serowatemu i częstokroć stają się powodem licznych zapaleń następowych, pospolicie drobnogniazdkowatych, zarówno w pobliżu pierwotnego zapalnego wytworu jak i w miejscach mniej lub więcej odległych. Nie może więc być obecnie mowy o suchotach gruźliczkowych (*phthisis tuberculosa*), ani też o wrzodach gruźliczkowych (*ulcera tuberculosa*) w takim znaczeniu, w jakim nazwy te przed niedawnym jeszcze czasem były używane. Nawet usiłowania LANGHAUS'A, KESTER'A, FRIEDLÄNDER'A i innych, by obronić histologiczną odrębność tak nazwanych gruźliczek, speliły na niczem w obec tego niezaprzeczonego faktu, że takie same obrazy histologiczne (to jest tak zwane o l b r z y m i e k o m ó r k i <sup>1)</sup>, otoczone siatką, w oczkach której mieszczą się liczne ciała limfoidalne a niekiedy nabłonek) jakie ci badacze jedynie gruźliczkom przypisywali dały się gdzie indziej napotykać np. w słonowiacznicy (*elephantiasis*) w wilczaku (*lupus*), w trądzie (*lepra*), w gummatach przymiotowych, w narostach tęczówki (*granuloma iridis*), na dnie zastarzałych wrzodów goleni, na dnie pierwotnego owrzodzenia przymiotowego, wrzodunosaciznowego, w ścianach zastarzałych przetok (fistul) i innych razach nie wspólnego z suchotami niemających. Z drugiej strony odrębność gruźliczego wytworu i tem także niemniej została zachwiana, że następowe gniazdkowate zapalenia razem z ich zapalnym wytworem nietylko w rozmaitych tkankach i narządach, lecz nawet w tej samej tkaninie (np. *dura mater*) jak się o tem BRODOWSKI jaknajdokładniej przekonał, mogą przedstawiać bardzo niejednostajną budowę. Że w obec takich przeczeń, usiłowania FRIEDLÄNDER'A uratowania ostatnimi czasy dawnej o gruźlicy nauki za pomocą jej podziału na miejsceową czyli łagodną i ogólną czyli złośliwą, pozostaną także bezskutecznymi, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Co się tyczy wrzodu języka opisanego przez KOSIŃSKIEGO, to pomimo że dno jego było pokryte drobnymi gruźliczkami, pomimo że znaczna ich część znajduje się wpośród nasiąknięcia zapalnego tkanek sąsiednich, pomimo że posiadają budowę, która niewłaściwie uważaną była przez niektórych za wyłączną tak zwanych gruźliczkom, pomimo że wrzód ów znajdował się u osoby, u której szczyty płuc przedstawiały zgęszczenie; BRODOWSKI nie radzi nazywać go gruźliczkowatym, do nazwy tej bowiem musiałby koniecznie przywiązywać to dawne pojęcie, że wrzód ten powstał z rozpadu gruźliczek, a na tę ostatnią sprawę musiałby się zapatrywać jako na wytwór bądź ogólnego i pierwotnego gruźliczego zakażenia z której i złoży w płucach wynikły, bądź ogólnej skazy suchotniczej, bądź wreszcie zakażenia następowego, nabytego, powstałego ze zmian w płucach. Gdy tymczasem doświadczenie uczy, że guziczki takie wpośród prawidłowej tkanki nigdy nie powstają, lecz pospolicie w pośród tkanki ziarninowej a więc na gruncie zapalenia, które nawet może znacznego dokonać zniszczenia, zanim przyjdzie do powstania owych gruźliczek; gruźliczki więc takowe nie mają w sobie nic a nie swoistego, jak tego naj-

<sup>1)</sup> Zob. sprawozdanie z 3 i 17 Lutego 1873 r. MEDYCYNA T. II str. 138.



lepszym dowodem różnorodność spraw chorobowych przy których były spostrzegane. Wrzody takie jak opisany przez KOSIŃSKIEGO mogą być wynikiem sprawy jaknajzupełniej miejscowej, niezwiązanej z żadną skazą lub skłonnością, czego też i pomyślny wynik operacji przez KOSIŃSKIEGO dokonanej dowodzi. BRODOWSKIEMU więc chodzi przede wszystkim o ścisłość naukowych pojęć i radzi takich tylko używać nazw, któreby jej szkodzić nie mogły. KOSIŃSKI odpowiadając na powyższy zarzut robi uwagę, że na oznaczenie przyrody wrzodu który spostrzegał, użył nazwy takiej jakiej dotąd się używa w nauce zapatrując się na wrzody klinicznie, że gotów jest przyjąć każdą inną nazwę jak tylko takowa stosownie do nowych o gruźlicy pojęć, wejdzie w zakres chirurgicznego słownictwa, zresztą że w danym przypadku nie chodziło wcale o odniesienie wrzodu do ogólnej skłonności czy też skazy gruźliczej, ale tylko o jego wyróżnienie od wrzodu rakowatego języka, gdyż od tego właśnie zależało rokowanie, i że dla tego jedynie zwrócił uwagę na owrządzenia tego rodzaju, iż powszechnie dotąd uchodziły za rakowate i z tego właśnie powodu bywały zaniedbywane, iż się po ich wycięciu obawiano natychmiastowego powrotu. Z naszej strony dodałbyśmy mogli, że jeżeli takie owrządzenia są czysto miejscowe, jak to twierdzi BRODOWSKI, to tem lepiej jeszcze, i na tem większą jeszcze zasługując uwagę powinny być nazwane właściwie, ażeby je zupełnie oswobodzić od owego skoligacenia z gruźlicą, która zawsze suchotami choremu grozi, bez względu na to jak je pojmujemy.

Następnie biblijotekarz Dr. KOŚMIŃSKI dokonawszy trudnego dzieła uporządkowania i skatalogowania księgozbioru Towarzystwa skroślił jego historję od daty zawiązania Towarzystwa, (w r. 1821). Ciekawemi są bardzo stopniowe powstawanie tej biblijoteki z nader skromnego zaczątku, oraz usiłowania dawniejszych biblijotekarzy w celu zaprowadzenia w niej systematycznego porządku, które każdy pewnie oceni, ktokolwiek bliżej się takowego dotykał dzieła. Odsyłamy co do tych szczegółów do Pamiętnika w którym sprawozdanie KOŚMIŃSKIEGO umieszczonem zostanie, nadmieniamy tu tylko, że po całorocznej pracy zajmującej po kilka a niekiedy i kilkanaście godzin codziennie, kol. KOŚMIŃSKI ułożył systematycznie 12000 tomów, i spisał przy pomocy szanownej swojej małżonki, kartowy katalog, czyniący zadosyć wszelkim biblijotecznym wymaganiom. Z tego księgozbioru wyłączono 2000 tomów duplikatów, które Towarzystwo przesłało w darze Towarzystwu Lekarskiemu w Lublinie, i 300 dzieł (tryplikatów) które dla Towarzystwa w Płocku są przeznaczone. Osobny dział, nie wchodzący do powyższej liczby, stanowią księgi rzadkie nielekarzkiej treści przeznaczone do wymiany na książki lekarzkie, któreby inne biblijoteki mogły nam ofiarować, a nadto kilkaset tomów powieści, podróży i pism belletrystycznych, które Towarzystwo jako biblijoteczkę dla chorych szpitalowi S-go Rocha ofiarować postanowiło. Kończąc swe sprawozdanie KOŚMIŃSKI zwrócił uwagę na konieczność ustanowienia właściwego biblijotecznego porządku i przedstawił projekt regulaminu jaki ma w przyszłości użytkowanie z biblijoteki obowiązywać. Przyjmując ten wniosek Towarzystwo odłożyło swą o nim decyzję do posiedzenia administracyjnego, stosując się w tym względzie do obowiązującej ustawy. Nakoniec Towarzystwo przez powstanie z miejsca oświadczyło kol. KOŚMIŃSKIEMU podziękowanie za jego mozolną i sumienną pracę, i zagłosowało dla szanownej jego małżonki podziękowanie piśmienne za gorliwy i wytrwały współdziałanie w pomienionej pracy.

Na posiedzeniu d. 16 b. m. postanowiono na rok następny pozostawić kolegę ROGOWICZA przy obowiązkach redaktora Pamiętnika. Przy tej sposobności Sekretarz stały zrobił uwagę, że wybieralność corocznie reda-



która, lub też jego z roku na rok zatwierdzanie, nie odpowiada zadaniu redakcyi i bardzo jest dla Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego szkodliwym, że nierównie byłoby właściwiej terminu wyborcze znakomicie przedłużyć i że w tym celu na posiedzeniu administracyjnem grudniowem przedstawiony będzie stosowny wniosek.

Po załatwieniu tych czynności CHOMętOWSKI odczytuje rozprawkę o kąpielach elektrycznych, napisaną z powodu wykładu NAWROCKIEGO na posiedzeniu d. 21 Września b. r. o tym przedmiocie, i przytacza w niej szereg swoich własnych doświadczeń. Najbardziej uderzającym spostrzeżeniem zdaje się być jedno, w którym drzenie kończyn dolnych za pomocą tych kąpeli zostało usunięte, pomimo że kąpiele Ciechocińskie osobno używane i osobno prądy galwaniczne, pozostały bez skutku. Na zarzut ROTHEGO że przytoczone fakta nie dosyć są ściśle i że trudno z nich wyprowadzić ogólny o działaniu kąpeli elektrycznych wniosek, CHOMętOWSKI odpowiada że dzieli się z Towarzystwem tem, co dotąd mógł zebrać z własnej praktyki i do tego jedynie mógł przyjść wyniku, że kąpiele elektryczne przyspieszają wymianę pierwiastków, i że na nerwy działają pobudzająco a nawet podrażniająco; o bliższych zaś ich działaniach szczegółach dopiero dalsze doświadczenia pouczą. W dalszym ciągu posiedzenia PERKOWSKI odczytał opis nader ciekawego przypadku, dającego się jedynie tylko usprawiedliwić przez zwichnięcie ścięgna mięśnia dwugłowego (*m. biceps*) ramienia, które przechodzi w rowku pomiędzy dwiema wyniosłościami górnego końca kości barkowej i przyczepia się do górnego brzegu pańewki łopatkowej, wzmacniając staw barko-łopatkowy. Pewien obywatel w średnim wieku, silnie zbudowany i popędliwy, jadąc bryczką zauważył że jego furman nie może dać sobie rady z biczem który się uwikłał w uprzęży. Zniecierpliwiony tem przeskoczył przez kozioł, przechyliwszy się sparł się lewą ręką o grzbiet konia a drugą ręką wyciągnął ile możności ku zadzierzgnięciu; odwracając ją mocno na zewnątrz (*supinatio*). W tej chwili uczuł w ramieniu ból tak gwałtowny iż ledwie nie zemadł i powróciwszy z niemałym wysiłkiem na swe siedzenie, podpierając sobie łokieć lewej ręki prawą, zaledwie do Warszawy zajechał. Badając chorego PERKOWSKI znalazł zupełnie prawidłowe zaokrąglenie ramienia, brak zupełny bólu przy nacisku, tożsamość wszelkich wymiarów obydwóch ramion i wszelką swobodę w przybliżaniu łokcia do tułowia. Wszystko to wyłączało przypuszczenie zwichnienia, ale zato dawało się wyczuć pewne trzeszczenie, gdy położywszy jedną ręką na ramieniu drugą poruszało się łokieć. Zdało się więc, że kość ramieniowa w okolicy główki została złamaną, lecz gdy P. chciał się bliżej o tem przekonać i podniósł łokieć do góry, stawiając bark prostopadle do tułowia, chory uczuł pewien rodzaj trzasku i od razu został uleczony. Zdrętwienie i ból jakich doznawał w całej górnej kończynie ustały natychmiast, ruchy odzyskały swą dawną swobodę a przy badaniu nazajutrz okolica międzygarkbowa na górnej części kości ramieniowej pozostała nieco bolesną na nacisk. Skoro więc stosownie do tego nadspodziewanego wyniku, wypadało wykluczyć przypuszenie złamania, niepodobnem jest sobie inaczej całego tego zdarzenia objaśnić jak chyba przypuszczając zwichnienie ścięgna dłuższej głowy mięśnia dwugłowego, które przy wysiłnem wyciągnięciu i skręceniu na zewnątrz kończyny przerwało wiązadło utrzymujący je w rowku (*sulcus intertubercularis*) wyżej wspomnianym i przesunęło się w garbek wewnętrzny kości, a potem przy podniesieniu kończyny znów na swoje powróciło miejsce. KOŚIŃSKI jest zdania, że trudno jest rzeczywiście inaczej ten cały stan rzeczy pojąć, i że wartoby w literaturze chirurgicznej głębsze zrobić poszukiwania, ażeby się przekonać, czy tego rodzaju przypadki były już



spozrzegane. W każdym jednak razie do wielkich one należą rzadkości. O zupełnem przerwaniu rzezonego ścięgna, przy podobnych okolicznościach, wspomina w swym podręczniku FOLLIN (*Rupture des tendons*), VILPEAU zaś spozrzegał zwiechnienie ścięgna długiego mięśnia łydkowego (*m. peronei longi*) na kostce zewnętrznej u nogi. W końcu posiedzenia dziekan BRODOWSKI pokazuje wyrób przepukliny w przeponie (*hernia diaphragmatica*) u człowieka 75-letniego, który za życia nie doznawał zbroczeń w sprawie trawienia, któreby baczniejszą na siebie zwracały uwagę. Po lewej stronie wejścia do żołądka (*cardia*) znajdują się dwa otwory w przeponie, jeden bliższy onego wejścia i większy, tak iż pięść przez niego precisnąć się może, a drugi mniejszy i dalszy wielkości *d w u z l o t ó w k i*. Oba prowadzą do jam wysłanych fałszywemi błonami pod prawym workiem opłucni. Oczywiście żołądek zupełnie swobodny od wszelkich przyrostów, w stanie napełnienia musiał też zawsze leżeć w jamie brzusznej na swem prawidłowem miejscu, gdyż jama po nad otworem w przeponie nie mogła go w takowym stanie pomieścić. Ale gdy się opróżnił po ukończeniu trawienia, to go tłocznią brzuszną do owej jamy nad przeponowej wciskała, gdzie też przy badaniu pośmiertnem w kształcie pofałdowanego zwitka został znaleziony, w stanie zresztą zupełnie prawidłowym, jak gdyby mu owe przesuwania, które zapewne datowały od bardzo dawna, wcale nie szkodziły. Przez otwór mniejszy do mniejszej jamy zagłębiała się znowu pętla dwunastnicy, co także przechodzeniu pokarmów wiele nie szkodziło, sądząc po podeszłym wieku zmarłego.  $\Delta$ .

## ODCINEK.

### Korrespondencyja Medycyny.

*Lwów, 20 Października 1875 r.*

(N) Wychodzący w Wiedniu „*Statistische Monatschrift*” podał cyfry śmiertelności z cholery w monarchii austryjskiej, które niepokieszająco dla nas wyglądają. Z nich bowiem widzimy, że Galicyja najbardziej ucierpiała z cholery w 1873 r. panującej.

Z cyfr tych przekonywamy się, że cholera stale panuje w krajach austryjskich od r. 1866, głównie jednak dotyka Galicyję. W roku 1873 była ona ze wszystkich najsilniejszą. I tak w r. 1872, umarło w ogólności w Austrii na cholere 21,263 osób, z tego przypada na Galicyję 19,667; w r. 1873, umarło 93,308 osób w samej Galicyi, a we wszystkich pozostałych krajach austryjskich tylko 15,700 osób. Tym sposobem klęska z cholery, jaka nas dotknęła w r. 1873, była znacznie większą od klęski z r. 1855, albowiem wtedy umarło w Galicyi tylko 73,834 osób.

Otóż w r. 1873, umarło na cholere w Galicyi 16 (!) na 1000 mieszkańców, w Austrii dolnej przypada tylko 3 na 1000, w Tryście 2½, w innych prowincyjach monarchii stosunek jest jeszcze lepszy, bo wypada 1 zmarły na 2000, t. j. ½ na 1000, dalej ⅓ na 1000 aż do ⅒ na 1000.

Galicyja obecnie podzieloną jest na 72 powiaty; porównyując je z sobą, przypada w 34 powiatach daleko gorszy jeszcze stosunek niż ogólnie go uważając. W tych bowiem powiatach mamy co następuje: w 8-u powiatach od 17 do 20 umarło na 1000 mieszkańców, w 11-u powiatach 20 do 30 na 1000, w 6-u 40 osób na 1000, w 4-ch po 50 (!) na 1000 t. j. *d w u d z i e s t a c z ę ś ć l u d n o ś c i w y g i n ę ł a*. A jednak jeszcze nie tu koniec klęski, pozostaje 5 powiatów w których stosunek był o wiele gorszy: w pow. Stryjskim umarło 65 na 1000, w Rohatyńskim 69, w Nowo-Sądec-



kim 90, w Dolińskim 102, a w Drohobyckim 109 (!) na 1000. Zatem 11% całej ludności wymarło. Po pięciu dopiero wymienionych powiatach, następuje powiat krakowski, umarło w nim (wedle *Stat. Monatschrift*) 50 na 1000 czyli 5% całej ludności. W Krakowie blisko 3% całej ludności.

Porównawszy liczbę urodzonych z ilością umarłych, zobaczymy że w r. 1873 przybyło ludności 245,027, umarło zaś 309,019, więc ludność zmniejszyła się o 63,992 osób.

Jakkolwiek druga połowa monarchii, Węgry, także srodze ucierpiała w r. 1873, z powodu cholery, jakkolwiek cholera z tego kraju do nas zawleczoną została, to przecież Węgry mniej stosunkowo ucierpiały niż Galicyja. Jakież więc wnioski z tego przerażającego obrazu wyprowadzić należy? takie, że Galicyja pod względem warunków higienicznych najgorzej ze wszystkich krajów austrijskich jest położoną. A cóż się robi aby ten stan poprawić? Nic, zgoła nic! Jeżeli z podziału władz powstał nieład w zarządzie dróg, to w zarządzie sanitarnym zrobił się chaos nie do uwierzenia; wszystko prawie przeszło w ręce władz autonomicznych, a te albo w jednym razie nie wiedzą że to lub owo do nich należy, albo wiedząc o tem, umieją sobie w zakresie swej czynności poradzić. Rady i wskazówki ludzi fachowych nigdy nie bywają uwzględniane i nie robi się zgoła nic, a jeśli się robi to niedołącznie i zapóźno.

Winą też to jest organów rządowych, bo takowe mają obowiązek kontroli nad władzami autonomicznymi w zakresie służby zdrowia, a, że gdy chcą, to mogą uczynić co należy, dowód na przeprowadzeniu szczepienia ospy, które w ciągu obecnego roku, po jednym rozporządzeniu ministra, w całym kraju i w każdej miejscowości przeprowadzonym zostało.

Tymczasem w zarządzie służby zdrowia, oczekujemy co chwila zmiany; dzisiejszy referent sanitarny przy namiestnictwie Dr. RESSIG, z powodu podeszłego wieku i wysłużonych lat służby ma się usunąć; kto zajmie jego miejsce? niewiadomo, a z ogólnego toku spraw to tylko przewidzieć można, że dostanie ten kto mieć będzie największe wpływy u wielkiego ołtarza w Wiedniu, chociażby ze sprawami zdrowotnymi nigdy nie miał do czynienia.

W obecnej chwili zajmuje naszą uwagę obsadzenie posady Dyrektora szpitalu dla obłąkanych na Kulparkowie pod Lwowem. Zakład ten nareszcie wybudowanym został, chorzy przeniesieni, mieścić ich on może 450; zatem należy do większych zakładów. Ponieważ i w Krakowie ma się wznieść szpital na 100 chorych obłąkanych, Galicyja więc pod tym względem dobrze uposażoną będzie.

Konkurs ogłoszony skończył się z d. 15 b. m. same jego warunki i pogłoski które kursują po mieście, nie są wcale pocieszającymi, i dowodzą że nepotyzmu zagnieżdżonego w wydziale krajowym nic nie zmieniło.

Sejm pragnął aby posadę dyrektora otrzymał lekarz bardzo biegły w postępowaniu z obłąkanami, i pozwolił na dodatek roczny, dla takiego dyrektora w ilości 800 Złr.; zatem dyrektor miałby płacy 2200, dodatku osobistego 800, razem 3000 Złr., mieszkanie, opał, i co lat 5 po 300 Złr. dodatku. Dyrektor jest przełożonym zakładu pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarskim, jest oraz naczelnym lekarzem (to znaczy podobno że musi prowadzić oddział, gdyż kierunek służbą lekarską jest już powyżej wymieniony).

To wszystko, wedle uchwały sejmowej, było zrobione aby zakład postawić należycie i biegłego specjalistę utrzymać, ale, wszystkie te dobre chęci zostały sparaliżowane przez samo ogłoszenie konkursu, które w końcowym ustępie powiada, iż zwraca się uwagę podających, że pierwsza nominacyja będzie tylko przewizoryczną, i dopiero po roku, gdy kandydat



odpowie wszelkim wymaganiom służby (zatem pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarskim), zostanie potwierdzony i nominowany stale. Pytam się więc kto z ludzi mogących dać dowody że w owej gałęzi długie lata z pożytkiem pracował, więc zajmujący jakieś stanowisko, zechce je porzucić i narażać się aby został po roku usunięty? a ileż to powodów może się znaleźć administracyjnych lub gospodarskich do przeprowadzenia tego co się przeprowadzić zechce. Wszak na przykładach nie zbywa nam wcale! Przy ogłaszaniu konkursu, położenie takiego warunku mogło nastąpić z dwojakich względów: albo z góry chodziło o odsunięcie najlepszych kandydatów, co byłoby okropne, albo dowodzić musi, żeśmy się zakuli w formułki biurokratyczne do tego stopnia, że żaden względ na dobro instytucji odkuć nas nie jest w stanie; co równie nie jest wesołe!

Wszystkich oczy zwracały się oddawna na D-ra MARESCII'A, polaka z pod Sambora, który oddawna pracuje w Wiedniu w zakładzie dla obłąkanych, ma więc wprawę należytą i jest docentem psychiatrii w uniwersytecie wiedeńskim. Wprawdzie wiadomo wszystkim że docentura na uniwersytetach niemieckich często nie stanowi więcej niż prosty tytuł, ale tu wprawa tyloletnia prowadzenia zakładu przemawia za kandydatem; czy się on podał, dowiedzieć się jeszcze trudno, lecz za to chodzą pogłoski że ma mieć najwięcej szansy Dr SAWICKI Edward, dla czego? to tylko Bogu i wydziałowi krajowemu wiadomo! Boć przecież wie każdy że Dr. NEISER w Krakowie od dawna dobrze swój oddział, a raczej cały szpital prowadzi, że długi czas studyjował psychiatriję w Wiedniu, że tam pracował jako lekarz pomocniczy, że Dr. OPOLSKI położył pewne zasługi przy oddziale chorób umysłowych we Lwowie, a proponowany obecnie kandydat, był lekarzem powiatu, potem zajmował się czas jakiś chorobami przymiotowemi (*sypilis*), a gdy zawakowała posada na oddziale obłąkanych, podał się o nią i przy braku kandydatów otrzymał takową. W oddziale chorób umysłowych pracuje niespełna lat dwa, a choć objechał niektóre zakłady zagraniczne, to jeszcze nie dowodzi aby nad wymienionemi trzema kandydatami, mógł mu ktokolwiek z czystym sumieniem dać pierwszeństwo.

Ufamy, że wydział krajowy choć jaką taką sprawiedliwością kierować się będzie i nepotyzmowi tak srodze rozpościerać się nie pozwoli.

### KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

O przesiękach (*transsudata*) tłuszczu zawierających. W przesiękach znajdujemy niekiedy tłuszcz. Pochodzi on albo od przymieszki mleczka (*chylus—hydrops chylosus*), albo z rozpadu tłuszczowych komórek (*hydrops adiposus*). Profesor QUINKE w Bernie spozstrzegł w ostatnich czasach oba rodzaje tych rzadko zdarzających się zboczeń i opis ich pomieścił w *Deutsch. Archiv f. klin. méd.* Bd. XVI Hf. 2.

I. Wylew chylu do jam surowicznych (*hydrops chylosus*). N. N. 50-letni mężczyzna został przejechany, sam się jednak podniósł i doszedł do mieszkania. Wezwany lekarz prócz lekkiego obrażenia skóry i złamania 7—9 żeber (lewych) nie nie dostrzegł nieprawidłowego. Po 3-ch dopiero dniach pojawiła się duszność zależna od „wysięku w opluści prawej” jak twierdził lekarz, która zmusiła chorego do przybycia na klinikę prof. Q. Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy i objawy zebrania się wody i powietrza w jamie opluści (*hydropneumothorax*) z prawej strony. 10-go dnia choroby zrobiono przekłócie (*punctio*), po którym nastąpiło polepszenie. Płyn w ilości 1,800 centim. był biało żółty, przypominał z wyglądu mleko, przy staniu osadzała się warstwa śmietankowata, która pod drobnowidzem okazała się złożoną z drobnych kropelek tłuszczu. Rozpoznanie zrobiono na pęknięcie naczynia chłonnego wskutek



przebiegu i wylew stopniowy chylu do jamy opłucni. 12-go dnia powstała puchlina skóry, która zaczynając się od punktu zakłócia zajęła całą połowę prawą tułowia i dosięgła do środka uda. Przy nakłóciu jej wychodziła kroplami ciecz mleczna, nieco więcej przezroczysta niż wypuszczona z jamy opłucni, podobna do niej ze składu drobnowidzowego. Następnym dni ilość cieczy w jamie opłucni znów się zwiększyła, tak iż 19-go dnia choroby musiano zrobić powtórne przekłócie. Ciecz wyszło 3,200 centim., wyglądu jak pierwsza. Z tegoż samego powodu zrobiono przekłócie i po raz trzeci, przyczem odeszło 1,000 centim. takiejże cieczy. Wśród coraz więcej wzrastającego upadku sił (*collapsus*) nastąpiła śmierć. Przy badaniu zwłok dokonaniem przez prof. LANGHAUS'A znaleziono w prawej jamie opłucni 7,000 centim. płynu podobnego do mleka, biało żółtawego. Sama opłucnia zupełnie prawidłowa, tylko miejscami naleciałości na niej mleczno białe, łatwo dające się zeszkrobywać; najwięcej ich w górnej części śródpiersia (*mediastinum*) i na szczycie jamy opłucni. W tkance komórkowej podopłucnej przy końcu przednim 1-go żebra takąż białą cieczą, jak w samej jamie opłucni, wypływała ona natychmiast po odjęciu mostka. Opłucnia nieuszkodzona. Przewód piersiowy (*ductus thoracicus*) od ujścia aż do miejsca wystąpienia z po za żyły podobojczykowej prawej wypełniony krwią skrzepłą. Prawe płuco niezmiennione, tylko uciśnięte i spadnięte (*compressio-atelectasis*), lewe zdrowe. 6, 7 i 8 żebro po stronie lewej złamane bez przedarcia opłucni. W jamie otrzewni 150 centim. białawej cieczy. Inne narządy zdrowe, tylko w śledzionie otorbione wylewy krwiste. Ciecz wielokrotnie wypuszczana za życia jak i znaleziona przy badaniu zwłok, posiadała jednakowe własności. Z wyglądu przypominała lekko żółto zabarwione mleko, na powierzchni jej ustawała się po pewnym czasie biała śmietankowa warstwa. Pod drobnowidzem znaleziono w niej drobnutki ziarenka, zwykle pooddzielane, bardzo rzadko jak w warstwie śmietankowej skupione z sobą w większe bryłki, prócz tego małą ilość ciałek limfatycznych. Ciecz ta była bezwoną, oddziaływała alkalicznie, gęstniała trochę po lekkim jej zakwaszeniu wskutek wydzielania kłaczków. Przy gotowaniu i zakwaszeniu tworzył się wielki biały skrzep, od którego dała się odcedzić (odfiltrować) ciecz jasna odtleniająca tlenek miedzi w roztworze alkalicznym ale tylko przy gotowaniu a nie na zimno. Przy staniu z roztworem chlorku wapna nie tworzyła odcedzina (*filtrat*) żadnego osadu. Po dodaniu ługu sodowego i wstrząsaniu z eterem, płyn zupełnie się wyjaśniał a po ulotnieniu eteru pływała na nim warstwa tłuszczu. W cieczy było dużo zaczynu tworzącego cukier, bo już po 20—30 minutach nie można było znaleźć w niej dodanego kłajstru a tylko cukier;—po 20 godzinnem staniu cukier już znikł i płyn zamiast jak przedtem alkalicznie, oddziaływał kwaśno wskutek wytworzenia się kwasu mlecznego. Ciecz wypuszczona po przekłóciu po 8 a nawet po 14 dniowym staniu jej w pracowni nie zmieniła swego wyglądu i zapachu, gdy tymczasem inne przesięki (*transudata*) już po kilku dniach gnić zaczynają. Miałyby ta zawiesina (*emulsio*) tłuszczowa i warstwa jej śmietankowa utrudniać przystęp i rozwój zarodników? Wreszcie ciecz wypuszczona jak i każda inna limfa krzepła z trudnością. Takież własności jak dopiero co opisane posiadała ciecz znaleziona przy badaniu zwłok w jamie otrzewni i za życia w tkance łącznej, tylko ta ostatnia była więcej przezroczystą i drobnowidz odkrywał w niej mniejszą ilość tłuszczu. Zupełnie zdrowa opłucnia, brak bólów i gorączki, pozwalają wyłączyć zapalenie opłucni (*pleuritis*), a potwierdzają rozpoznanie dokonane jeszcze za życia: pęknięcie naczynia chłonnego, prawdopodobnie samego przewodu piersiowego. Znalezienie limfy i jej skrzepów w tkance łącznej podopłucnej przy 1-jej chrząstce żeberowej, czynią prawdopodobnem że albo przewód piersiowy tuż przed wyjściem z jamy piersiowej, albo które z większych wpadających do niego naczyń zostało przerwaniem i że tym sposobem przez pośrednictwo naczyń chłonnych i przerw tkanki łącznej (*Bindegewebsspalten*) przy współpomocy ujemnego ciśnienia, limfa wylała się do jamy opłucni i to prawdopodobnie cała zawartość przewodu piersiowego, bo skrzep krwi istniejący w nim dowodzi małego ciśnienia limfy. Nieobjaśnionymi zostają: mechanizm rozdarcia przy głębokim położeniu przewodu piersiowego i powstanie guza w jamie opłucni. Obecność płynu chłonnego w jamie otrzewni nie da się tłumaczyć zastojem (*stasis*) i wylewem, bo naczynia chłonne kiszek i krezki (*mesenterium*) były próżne,



lecz objaśnia się połączeniem jam opłucni i otrzewni zapomocą naczyń chłonnych. Z powyższego wypadku można wyciągnąć pewne dane dla fizjologii ludzkiego chylu. Ciała białkowe zawarte w płynie zostały wydalone, tak jak w przesiąkach surowiecznych, po części przez słabe zakwaszenie a w większej części dopiero przez gotowanie. Peptony były, chociaż w bardzo małej ilości, bo przy ogrzaniu odcędziny (po strąceniu białka) z potażem i tlenkiem miedzi powstawało tylko słabe zabarwienie fioletowe. Ciała tworzącego krzepnik (*Fibrinogensubstanz*) było bardzo niewiele, bo przy staniu a nawet przy domieszaniu krwi tworzyły się bardzo małe skrzepy. W płynie było dość dużo zaczynu przemieniającego mączkę w cukier i dalej. Brak jednak zaczynu rozszczepiającego tłuszcz, bo odczyn cieczy alkaliczny trwał całe dnie. Dalej wypadek powyższy daje nam możliwość obliczenia w przybliżeniu ilości tworzącego się chylu. 19-go dnia wypuszczono 3,200 Cem. a 21-go dnia nagromadziła się już prawdopodobnie takąż ilość chylu, bo serce i wątroba były w podobnym stopniu jak pierwszy raz przemieszczonemi. Ilość więc tworzącego się chylu we 24 godzin, musimy ocenić co najmniej na 1,600 centymetrów.

W 2-im przypadku spostrzeganym przez Q. wylew chylu nastąpił do jamy otrzewni. Miał on miejsce u kobiety 39-letniej, uktórej od lat 10—15 rozwijała się powoli puchlina prawej nogi i przedramienia a na wiosnę r. b. przyłączyła się do tego puchlina brzucha (*ascites*) ze zmniejszeniem się ilości moczu. Chora cierpiała prócz tego na słoniowaciznę (*elephantiasis*) obu nóg, którą mieli również jej brat i ojciec. W Maju r. b. wypuszczono przez przekłócie 10 litrów płynu mlecznego. W kilka dni wypuszczono podobną ilość cieczy, tylko mniej mleczno białej i więcej przezroczystej. Robiono jeszcze 4 przekłócia. 5 Września chora umarła z wycieńczenia. Ciecz wypuszczona była biała jak mleko, tworzyła przy staniu cienką warstwę jakby śmietanki, nie posiadała zapachu, oddziaływała alkalicznie. Pod drobnowidzem tak jak w limfie znajdują się niezliczone kropelki cząsteczkowe (*Molekulertröpfchen*) i pojedyncze ciała chłonne. Po dodaniu kilku kropel ługu sodowego i wstrząśnieniu z eterem, ciecz stawała się jasną, żółtą jak zwykły przesiąg,—po ulotnieniu się eteru pozostawał tłuszcz. Ciecz uwolniona od tłuszczu jest bardzo bogatą w białko. Po strąceniu go i odcędzeniu pozostająca ciecz oddlenia tlenek miedzi w roztworze alkalicznym przy gotowaniu, a nie na zimno. Ciecz wypuszczona przy późniejszych przekłóciach prócz tego że była więcej niebieskawą i przezroczystszą, skrzepła przy staniu zwłaszcza po dodaniu krwi i po strąceniu białka, nie oddleniała tlenku miedzi nawet przy gotowaniu. W tym przypadku jak i w pierwszym, ciecz opierała się gnicciu, chociaż stała długo w pracowni i to podczas lata. Przy badaniu zwłok prof. LANGHAUS znalazł w obu jamach opłucni i w osierdziu, przy zdrowej opłucni i osierdziu  $\frac{1}{4}$ —1 litra płynu lekko mętnego z blaszkami mleczno białemi, które po części pokrywały opłucnię. W jamie brzucha duża ilość cieczy z wyglądu i z zachowania się drobnowidzowego podobna do chylu, mało w niej skrzepów. Otrzewnia kiszek zgrubiała, mętna, liczne zrosty kiszek między sobą i ze ścianą brzucha. Miejscami zrosty nasiąknięte płynem podobnym do chylu. Naczynia chłonne kiszek cienkich od zastawki BAUHNA aż do dwunastnicy silnie napełnione, rozszerzone, lecz nie wszędzie w jednym stopniu, obok nich plamki okrągławe mleczno białawe, lekko wystające, prawdopodobnie od wylewu chylu;—po przecięciu ich jak i naczyń rozszerzonych nie wyciekło, lecz były skrzepy. To samo widać było na błonie śluzowej i podśluzowej kiszek. Naczynia chylowe krezki (*mesenterium*) nie były napełnione. Gruczoły limfatyczne małe. Przewód piersiowy nie zmieniony. Przeszkoda więc w odpływie chylu leżała w krezce, mianowicie w miejscu przyczepienia do kiszek. W tem to miejscu widać było oba listki krezki zgrubiałe i tkankę tłuszczową między nimi leżącą, przeistoczoną w tęą tkankę łączną i zrosty między fałdami krezki. To zapalenie przewlekle otrzewni (*peritonitis chronica*) ajsilniejszym było przy samej kieszce. W innych narządach nie nieprawidłowego. Miał więc tu miejsce zastój chylu przez zamknięcie i ucisk małych naczyń i wystąpienie chylu w ścianę kiszki i jamę brzucha. Zmniejszenie się ilości moczu zależało od małego dowozu cieczy do krwi. Przemijająca puchlina kończyn i słoniowacizna to jest stany, które w wielu przypadkach zależą od przeszkód w krążeniu limfy, pozwalały przypuścić cierpienie naczyń chłonnych, do którego istniało i usposobienie dziedziczne, bo i rodzeństwo cierpiało na słoniowaciznę.



Przypadki wylewu mleczka (chylu) do jam surowiczych są bardzo nieliczne. ROKITANSKY w *Handb. d. path. Anat. Bd. II* str. 388 opisuje przypadek u 62 letniej kobiety cierpiącej na niedomykalność zastawki dwudzielnej (*insufficiens valv. mitralis*) i rozszerzenie serca (*dilatatio cordis*) w którym jamy obu opłucni i otrzewni napełnione były chylem i cały układ chłonny rozszerzony. MONRO (*Essay on the Dropsy* u Van SWIETAN'A. *Coment. IV*) podaje przypadek skaleczenia przewodu piersiowego na wysokości 4-go kręgu grzbietowego z wylewem chylu do jamy opłucni. OPPOLZER (*Allg. Wien. med. Zeitg. 1861*): zwężenie (*stenosis*) obu otworów żylnych, zakrzep żyły podobojczykowej i szyjowej, zamknięcie przewodu piersiowego. Z powodu puchliny brzucha (*ascites*) 7 przekłóć,—płyn wypuszczony był mętny, zawierał tłuszcz który wedle Q. miał zależeć od rozpadu nabłonka. Van SWIETEN (*Coment IV*) przytacza przypadek MORTON'A: u 2 letniego dziecka po zapaleniu płuc wylew cieczy mlecznej do jamy brzusznej, powstały jak się przekonano przy badaniu zwłok od ucisku przewodu piersiowego przez powiększone gruczoły oskrzelowe. HOPPE-SEYLER (*Pflüger's Arch. VII*) przytacza wylew chylu do jamy brzusznej wskutek pęknięcia naczynia chylowego uciśniętego nowotworem. M a r s h a l l HUGUES (*ref. w Arch. gen. de méd. 1841*) mówi o wylewie chylu do jamy brzusznej spowodowanym przez ucisk naczyń chylowych krezki rakiem kiszki grubej i gruczołów chłonnych. MUNSON (*The Medical Record 1873*) *embolia art. pulmon., ascites* wskutek wylewu chylu z pękniętego przewodu piersiowego na wysokości trzustki. BERGERES (*Journ. de l'Anat. et de la Phyp. de Robin 1873*): 17 letnia dziewczyna z ropieniem gruczołów chłonnych od lat 4, cierpieniem szczytu płuc, puchliną brzuszną; przy przekłóciu brzucha odchodził płyn biały z 1,67<sup>0</sup>/<sub>0</sub> tłuszczu. WILHELMS (*ref. Gaz. hebdom. 1875*): u dziecka 6 miesięcznego puchlina brzuszna z wyjściem płynu chylowego po przekłóciu, puchlina spowodowana pęknięciem przewodu piersiowego podczas napadu kaszlu.

II. Puchlina tłuszczowa (*hydrops adiposus*). Że ciecz puchlinowa może i z innego powodu zawierać tłuszcz, a nie tylko od domieszki chylu, dowodzi następny przypadek prof. Q. 33 letnia kobieta przybyła na klinikę w Berlinie z powodu puchliny brzucha (*ascites*). Przy przekłóciu odeszło 8,000 centm. płynu żółtawego, serwatkowego, nieco mętnego. Oddziaływanie jego alkaliczne, przygotowaniu i zakwaszeniu krzepnie. Przy staniu osadza się na powierzchni warstwa żółta biała, zależąca od komórek tłuszczowych, jak to pokazuje drobnowidz i oddziaływanie chemiczne. Z powodu powtórnego nagromadzenia cieczy zrobiono drugie przekłócie, po którym chora z wycieńczenia prędko umarła. Przy badaniu zwłok znaleziono rak pierwotny otrzewni (*carcinoma peritonei prim.*), wtórny pod opłucnią trzewiową i żebrową. Ze względu na zawartość tłuszczu i tworzenie warstwy śmietankowej, przypadek ten jest podobnym do *hydro psychylosus*, różni się jednak tem, że tłuszcz pochodzi tutaj z rozpadu komórek, jest go daleko mniejsza ilość i że pojedyncze jego kropelki są daleko większe i połączone w duże kulki podobne do ciałek siary. Dla tej to postaci, Q. doradza nazwę do *hydrops adiposus*. W literaturze są znanymi tylko bardzo nieliczne przypadki tego rodzaju puchliny. KLEBS (*Handb. d. path. Anat. str. 322*) podaje iż u 10-letniego dziecka, płyn wypuszczony wskutek puchliny brzucha był białawy, z dość dużemi kropelkami tłuszczu. Przy badaniu zwłok znaleziono stłuszczenie nabłonka otrzewni. Częściej spotykamy stłuszczone komórki w *galactocoele*. Z praktyki prof. FRIEDREICH'A znanym jest drugi przypadek: u 12 letniej dziewczynki z nabrzmiałymi gruczołami na szyi, puchliną brzucha, wypuszczono przy dwóch przekłóciach 8,000 centm. cieczy nieprzezroczystej, mlecznej, w której drobnowidz wykrył rozpad drobnoziarnisty i stłuszczone komórki z jądrami. Badanie zwłok pokazało zołzy (*scrophulosis*) gruczołów chłonnych szyjowych, śródpiersiowych, brzusznych, ogniska serowate w płucach, gruzelki (*tubercula*) wątroby, i zapalenie gruzelkowe otrzewni (*peritonitis tuberculosa*). Trzeci przypadek spostrzeganym był przez Q., w którym ciecz wypuszczona wskutek wielkiej puchliny miała cechy tyle razy tu wspomniane. Przyczyną były zołzy gruczołów krezkowych i zapalenie gruzelkowe otrzewni. Nakoniec znanym jest i czwarty przypadek LÜCKE'go (*Virch. Arch. Bd. 41*) spowodowany przez rak otrzewni i trzustki. Widzimy więc iż t. z. *hydrops adiposus* spotykamy przy gruzelkach i rakach, i tłuszcz zawarty w cieczy puchlinowej pochodzi ze stłuszczenia komórek nowotworu lub nabłonka otrzewni.

Wł. Gajkiewicz.



## Listy do Redakcyi Medycyny.

*Szanowny Panie Wydawco.* W N-rze 44 „MEDYCYNŲ”, w sprawozdaniu z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego przeczytałem o zadziwiającym przypadku utraty wzroku, opowiedzianym przez prof. SZOKAŁSKIEGO, i spostrzeganym w Instytucie Oftalmicznym Imienia Ks. Lubomirskich; mianowicie, że w przypadku tym najsilniejsze bodźce skierowane na siatkówkę i nerw wzrokowy, nie wywołują uczucia światła, a mimo to obie źrenice na wpływ światła silnie oddziałują—kurczą się i rozszerzają.

Ponieważ prof. SZOKAŁSKI zdaje się uznawać przypadek ten za jedyny w naszej nauce, przeto uważam za stosowne donieść, że podobny temuż spostrzegalem w klinicznym ambulatoryjum prof. KARAWAJEWA w Kijowie w r. 1860, będąc wówczas studentem Medycyny i słuchaczem prof. K. Chorym było dwuletnie dziecko włościańskie: ituteż utrata wzroku była zupełną, a mimo to źrenice zostały wrazliwemi na wpływ światła. Prof. K. wówczas też wnosil, że dla jakichś nieznanych przyczyn, albo: 1) mózg nie może rozznawać wrażeń światła; albo: 2) włókna nerwowe, przenoszące wrażenia świetlne od wzgórków czworaczych do wielkich półkul mózgowych (siedliska pojęcia i wiedzy)—straciły tę własność. Niemoc tę uznano za nieuleczalną, — i dalszego spostrzegania nad chorem dzieckiem nie czyniono.

Sądzę, że znany nasz okulista kolega Józef TALKO musi pamiętać ten szczególnie przypadek utraty wzroku, bo o ile sobie mogę przypomnieć, obaj wówczas byliśmy nim wspólnie zainteresowani.

Upraszając Szanownego kolegę o pomieszczenie tych kilku słów w „MEDYCYNIE” proszę przyjąć i t. d.

Dr. *Wilhelm Zahorowski*, z Beresteczka.

*Szanowny Panie Redaktorze,* Mam honor oświadczyć, że zupełnie bez mojej wiedzy i woli zostałem wymieniony w Nrze 46 MEDYCYNŲ w „Kronice Miejsce o w e j”, w sprawie tej bowiem nie przyjmowałem żadnego udziału i nadal chcę w niej pozostać bezstronny.

Z szacunkiem *St. Kondratowicz*, Doktor Medycyny.

## Od Wydawcy.

Medycyna,—Czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktycznych w następnym roku, czwartym swego istnienia, wychodzić będzie w dotychczasowych terminach w obecnym naukowopraktycznym kierunku.

### Przedpłata wynosi:

<p>w Warszawie z odnośnieniem do mieszkania:</p> <p>rocznie .....rs. 5 półrocznie .....rs. 2 kop. 50 kwartalnie .....rs. 1 kop. 25</p>	<p>na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką:</p> <p>rocznie .....rs. 6 półrocznie .....rs. 3</p>
--	--

Abonentów z a m i e j s c o w y c h upraszamy o przesyłanie przedpłaty wprost do Redakcyi. Zalegających w opłacie za dobiegające półroczce prosimy o nadesłanie zaległości przed wyjściem ostatniego N-ru z r. b.; w przeciwnym bowiem razie Nr. ten wraz ze spisem rzeczy w Tomie III-im zawartych nie będzie im wysłany.

Z powodu układania nowych list prenumeracyjnych, drukowania adresów i t. p. przygotawawczych czynności do wysyłania pocztą naszego czasopisma w roku przyszłym, upraszamy o wczesne zgłaszanie się do Redakcyi.

Tom I i II MEDYCYNŲ z r. 1873 i 1874 możemy dostarczyć za rs. 4 za jeden rocznik zbroszurowany.

Wypisującym nasze czasopismo wprost z Redakcyi, którym pojedyncze Nra z r. b. zagięły, możemy takowe (oprócz pierwszych 7 u N-rów, które całkiem wyczerpane zostały) dostarczyć b e z p ł a t n i e; prosimy o nadesłanie żądań najdalej do dnia 1 Marca 1876 r.