

1860 *Dr. A. 24 3054*

ROCZNIK

TOWARZYSTWA PARYZKIEGO

LEKARZY POLSKICH

POSZYT PIERWSZY.

1859



PARYŻ

W XIEGARNI POLSKIEJ PRZY ULICY DE SEINE, 20.

Nr. 24

ROCZNIK

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: CZ14b - 110



BG 90517/1859/1

ROZCIENIK

TOWARZYSTWA PARYKIERÓW

LEKARZY POLEKICH



1859



akc. 142-52-164

WSTĘP.

Podług Ustaw Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich, z końcem każdego roku, powinno być ogłoszone drukiem zdanie sprawy z czynności Towarzystwa. Władze rządowe francuzkie, pod których opieką zbieramy się peryodycznie, podobnież od nas tego zdania sprawy wymagają. Jako Sekretarz główny Towarzystwa, mam zatem podwójnie włożony na siebie obowiązek przedstawienia publiczności Rocznika, który powinien być rzetelném odbiciem pierwszoletnich prac naukowych Towarzystwa.

Towarzystwo Paryzkie Lekarzy Polskich pragnęło, że tak powiem, używając metafery lekarskiej, utworzyć między Paryżem i lekarzami polskimi, pewien rodzaj cyrkulacyi intelektualnej. Atoli, aby serce mogło utrzymać ruch niezbędny do życia, potrzeba aby odbierało z różnych stron materyały, które następnie, spólném staraniem członków Towarzystwa, mają być kierowane na ogólny użytek lekarzy polskich. Rocznik nasz stanowi właśnie jedną z głównych arteryj przeznaczonych do dopięcia tego celu.

Od zamknięcia listy założycieli, każdy z rodaków życzący sobie zostać członkiem Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich, obowiązany jest zakomunikować poprzednio jakąś pracę. Warunek ten, którego zresztą Towarzystwo stara się, o ile można, ułatwiać dopełnienie, był niezbędny; bez tego trudnoby było Towarzystwu zachować należną powagę i dopiąć jedyne go swego

celu, który jest li tylko naukowy. Pracom tym należy się pierwsze miejsce w Roczniku. Będąc dziełem lekarzy rozproszonych po różnych okolicach zamieszkałych przez Polaków, każdy czytelnik będzie mógł znaleźć w nich miarę usposobienia intelektualnego lekarzy różnych prowincyj. Z drugiej strony, liczba prac tego rodzaju może służyć za najlepszy termometr do ocenienia siły moralnej, która zazwyczaj kojarzy wszystkich dobrze myślących członków jednej familii. Należy się spodziewać, że żadnemu z lekarzy polskich przedsięwzięcie nasze nie będzie obojętne i że liczba tego rodzaju prac, zakomunikowanych Towarzystwu, coraz więcej pomnażać się będzie.

Drugim źródłem prac umieszczonych w Roczniku, są przedmioty oryginalne, traktowane przez członków na posiedzeniach, jako też niektóre dyskusye spowodowane zakomunikowaniem ważniejszych faktów lekarskich.

Nareszcie, zdawało mi się, że wypadało zostawić w Roczniku dosyć obszerne miejsce na przegląd znaczących wypadków, jakie się w ciągu roku, w świecie lekarskim objawiły. Praca tego rodzaju będąc sumiennie wypełnioną, nie tylko może ułatwiać kształcenie się młodzieży przybywającej do Paryża, ale mogłaby oddać znaczne usługi lekarzom w kraju, przedstawiając im regularnie w małym ale essencyjnym zakresie, różne postępy sztuki lekarskiej, o których wiadomości będąc rozrzucone po różnych dziennikach, rzadko lub bardzo późno ich dochodzą. Jeden z młodszych, ale doskonale obeznany z literaturą niemiecką członków, P. Zygmunt Kaczkowski, zechciał się zająć tą razą opisem znaczących wypadków, które się objawiły w Niemczech.

Mimo licznych moich zatrudnień, przekonany będąc głęboko o użyteczności naszego przedsięwzięcia dla rodaków, nie chciałem szczędzić żadnego poświęcenia

Biorąc na uwagę różne trudności, jakie się prawie zawsze przy podobnych zawiązaniach spotyka, zająłem się sam, w tym roku, zdaniem sprawy z ważniejszych dyskusyj Towarzystw uczonych francuzkich, w ciągu upłynionego roku, z opisem ciekawszych odkryć w patologii i terapii. Od sądu szanownych redaktorów zależeć będzie, czy wypadnie na przyszłość postępować przeze mnie wytkniętą drogą, lub zmienić, pod tym względem, kierunek prac Towarzystwa.

Łatwo będzie dostrzedz każdemu z czytelników *Rocznika*, jak wiele się tam różnią pisarze, co do języka lekarskiego. Sądziłem że nie wypadało redakcyi *Rocznika* narzucać, w tym przedmiocie, nikomu swojej opinii, ale że należało zostawić to do woli i gustu każdego. Co większa, różnica jaka się, co do tego, pokaże, zamiast pociągnąć za sobą szkodliwe skutki, może przeciwnie przynieść korzyść; nie można wątpić, że pomiędzy różnemi systematami nomenklatury, jakie się w *Roczniku* objawia, znajdują się zapewne takie, których wyższość daleko łatwiej uderzy w oczy przez porównanie. Tym sposobem może to będzie nawet środek do ujednostajnienia nomenklatury lekarskiej między Polakami.

Jakkolwiekby, nie chciałbym aby ta wolność była ze złej strony uważana i żeby ktoś miał ją brać za obojętność. Dla tego też zdawało mi się potrzebnem zrobić tutaj niektóre uwagi nad językiem lekarskim w Polsce.

Między różnemi przyczynami które są w stanie przyspieszać lub opóźniać postęp w naukach, nie ma żadnej któraby miała więcej wpływu jak *język* czyli *nomenklatura*. Dokładne i przeczwoite użycie nazwisk czyli znaków myśli, jest, jak mówi Cabanis, rzeczywistém *critérium* prawdy. Przeciwnie, charakter niepewny używanych wyrazów, lub ich niestosowne użycie, bywają

nieraz przyczyną niekompletnych pojęć, przesądów i wszystkich błędnych przyzwyczajęń umysłu.

Wyrażenia lekarskie mogą być albo zupełnie proste, albo też mniej więcej malujące. Pierwsze mogą być zupełnie arbitralne, a nawet im są więcej arbitralne tem są lepsze; czegoż się bowiem od nich żąda? tego jedynie, aby oznaczały każdy przedmiot w ten sposób, aby to nie mogło dać miejsca do najmniejszej konfuzyi. I tak na przykład *ramie* i *noga* mogłyby być oznaczone zupełnie innemi wyrazami, byleby była zgoda w ich przyjęciu i żeby nikt nie mógł brać nogi za ramię, a ramienia za nogę. Skoro się używa wyrażęń malujących, należy być nadzwyczaj ostrożnym, i lepiej jest ich, w ogólności, unikać; charakter bowiem zmienny teoryj tyczących się przedmiotów lekarskich, wystawia co moment na zmianę podobnej nomenklatury; jest to właśnie jeden z głównych zarzutów, jakie słusznie zrobiono nomenklaturze doktora Piorry, zasadzonej jedynie na charakterach anatomicznych chorób. Pod tym podwójnym względem, źródłosłów którego się używa do formowania znaków myśli czyli wyrażęń lekarskich, nie jest wcale rzeczą obojętną. Grecya będąc kolebką sztuki lekarskiej, największa część wyrazów medycznych przeszła od Greków do Rzymian. Rzymianie kontentowali się zazwyczaj złączeniem ich przez zmianę końcówki, lub inną jaką lekką modyfikacją. Pod tym względem wyznać należy, że Rzymianie mieli wielki rozum; jeżeli bowiem nazwiska używane przez Greków były arbitralne, cóż za potrzeba zastępować je innemi, które nie mogły w żaden sposób lepiej oznaczyć przedmiotu. Jeżeli zaś nazwiska greckie zdradzały pewną pretensyę do malowania rzeczy czyli do ich definicyi, czyż nie lepiej było zachować pierwotne nazwisko, aniżeli w widokach jakiegos ulepszenia, zastępować je innem, któreby znowu później, ze zmianą teoryi, innemu miejsce

ustępować musiało. Był to nawet najlepszy sposób do zredukowania niejako wszystkich wyrażań do sensu arbitralnego, który, jak już mówiliśmy, jest najstosowniejszy w języku lekarskim, byleby tylko właściwie był użyty. A zatem chwalić należy autorów łacińskich, jeżeli nie zdecydowali się, dla jakiegoś chwilowego kaprysu, zrywać tego przedziwnego łańcucha jaki po dziś dzień jeszcze, u największej części narodów, spaja stan obecny sztuki lekarskiej z najgłębszą starożytnością. Nomenklatura grecko-łacińska przeszła tym sposobem do największej części narodów, gdzie ją powszechnie dotąd znajdujemy z lekkimi modyfikacyami zastosowanemi do brznięcia języka miejscowego. Co większa, korzyści tej metody tak wysoko były wszędzie ocenione, że gdziekolwiek bądź pokazał się jaki nowy stan lub fenomen patologiczny, wszędzie pośpieszano się ochrzcić go wyrazem wziętym w źródłosłowie grecko-łacińskim. Cała terminologja okulistyki dzisiejszej, dzieło po największej części Niemców, nie nosiż na sobie tego charakteru? Pomiędzy stanami chorobliwemi świeższej daty, nazwiska : *albuminurie*, *chromidrose*, *leucocythémie*, *achorion*, *trichophyton*, cała prawie nomenklatura dermatologów, mająż inny źródłosłów jak grecki i łaciński? Upowszechnienie tej metody, oprócz innych korzyści o których już mówiliśmy wyżej, ma jeszcze tę korzyść, że pozwala nieraz zrozumieć o co rzecz chodzi w dziełach pisanych w obcych językach których się nie zna dobrze, co nieraz tym sposobem ułatwia poszukiwania. Przyznam się, żem się mocno zadziwił i ubolewał, skorem się dowiedział, że niektórzy lekarze polscy zerwali z tą powszechną tradycją ucywilizowanej Europy, i że wołają tworzyć zupełnie nowe wyrazy czerpane w źródłosłowie sławiańskim. Wynikło z tego, czego można się było łatwo spodziewać : że trudno jest dziś Polakom zrozumieć pisma lekarzy polskich, bez Słownika, a którego

podobno dotąd nie ma. Z drugiej strony, każdy mając pretensyę być szczęśliwszym od drugiego w wyborze wyrazu, objawiło się na raz kilka wyrażen dla oznaczenia jednego i tego samego przedmiotu. I tak : tutaj *kila* znaczy *hernię* czyli *rupturę*, a tam, proszę zgadnąć... *affeckcyę syflityczną*. Gdzieindziej znowu, jakby w celu uszanowania tego, co jest przedmiotem przynajmniej wstydu jeżeli nie pogardy, też samę chorobę nazywają *przymiotem*. Widzieliśmy książki w których *plewra* jest nazwana *oplucną*; czemuż, pytam się, nie *ożebrową*? *kyst*, *wodunkiem*; *członki górne i dolne*, *kończynami*; *gangrena*, *zgorzeliną*, jakby niedosyć było poczyi w wyrazie *zapalenie*. Mógłbym tu jeszcze zacytować wiele innych produktów z tej samej maki, jak na przykład *wynaczynionka* (extrawazat), *wypociny stężale* (pseudomenbrany), *sporażenie* (paraliż), *kra* (skir), *zwiastun* (symptomat), *dna* (artrytyzm), *zdziaństwo* (piasek nerkowy), *ustroj* (organizm), *otrzewna* (peritoneum), i t. d. Lecz pocóż przedłużać bez potrzeby tę listę, kiedy tu zwłaszcza mniej samą rzecz jak zasadę ganimy. Jeżeliby stan ten rzeczy potrwał, medycyna polska stałaby się prawdziwą Babelą, i synowie jednej matki nie będą się mogli między sobą zrozumieć; co będzie tem boleśniej-sze, że to właśnie li tylko źle rozumiały duch narodo-wy był przyczyną podobnego zawrotu. Patryotyzm nie zależy wcale na kopjowaniu bezwzględniem wszystkich zwyczajów przodków, ani na wskrzeszaniu zużytych wyrazów, dla których są przeznaczone na umyślnie muzea i chroniki, prawdziwe świątynie przeszłości, ale na nieustannem usiłowaniu postawienia się w równi najucywilizowańszych narodów. Wszystkie myśli, instytucye, powiem nawet instynkt chcącego postępować ludu, powinny dążyć do tego celu. Szanujmy przeszłość jako pamiątkę po ojcach naszych, ale kierujmy bez przestanku myśli nasze ku lepszéj przyszłości. Nie

wstydzmy się naśladować u cudzoziemców co jest warte naśladowania, byleby z godnością, bez wielkiego pośpiechu i bez bicia czołem, tak jak przystoi na ludzi którzy mają to szlachetne przekonanie, że sami mogą być kiedyś dla innych wzorem. Przedewszystkiém nie przekładajmy obcych nad własnych rodaków, ale starajmy się mieć u siebie jak najwięcej ludzi z talentem i torujmy im usilnie drogi, często pozapychane przez uzurpatorów sławy zawsze gotowych do wysuwania się naprzód; niech, jedném słowem, każdy lekarz zajmuje stanowisko zastosowane do swych zdolności i zasług, a można być pewnym prędkiego postępu. Znana powszechnie wyższość zdolności rasy sławiańskiej, której Polacy zwłaszcza dali w tych ostatnich latach tak liczne i oczywiste po różnych krajach dowody, jest jedną z najszcześniejszych kondycyj do postawienia sztuki lekarskiej w Polsce, w równi z najpierwszemi, pod tym względem, narodami. Źródłostów zaś sławiański mniej więcej forsowany, nie tylko że sam przez się żadnej nie przedstawia istotnej korzyści, ale może jeszcze utrudniać rozszerzanie się światła. Źródłostów greckolaciński, przeciwnie, jest już tak łatwy dla Polaków do zrozumienia, że śmiało będzie można go użyć, gdzie tylko zabraknie dobrze utartego wyrazu polskiego, lub gdzie jednym wyrazem można będzie zastąpić nazwisko z dwóch, trzech lub więcej wyrazów złożone. Z drugiej strony, język nasz ma aż nadto giętkości, żeby nie miał wystarczyć do spolszczenia niektórych wyrazów.

Wiem dobrze o tém, że źródłostów sławiański liczy pomiędzy swymi zwolennikami kilku znakomitych lekarzy w kraju, których osobiście wysoko szacuję. O ileż bym był szczęśliwy, gdybym mógł sobie pochlubić że tą krótką dyskusją o języku lekarskim polskim będę mógł zmienić cokolwiek ich sposób widzenia i że może użyją ich talentu i popularności w kraju, do rozsze-

rzania zasad których się tutaj zrobiłem, niejako przypadkowo, obrońcą !

Kończąc tę przedmowę, wypada mi jeszcze polecić się łaskawym względom szanownych czytelników i prosić o przebaczenie za liczne uchybienia czystej polszczyźnie, jakie niezawodnie znajdą w pracach przeze mnie podpisanych. Kto tak, jak ja od lat 27 przyzwyczajony był mówić i pisać prawie jedynie po francuzku, niepodobna mu jest uniknąć, o tyle o ileby sobie tego życzył, galicyzmu; mimowolnie bowiem myśli się po francuzku, nim się po polsku napisze. Jakkolwiek bądź, jeżeli można uważać uchybienia tego rodzaju, za wielkie przestępstwo w literaturze, nie wypada je sądzić z równą surowością w przedmiotach li naukowych. Język którego się używa w naukach, powinien przede wszystkim być jasnym, chociażby wypadło nieraz dla jasności poświęcić wiele ozdób stylu. Jeżeli szanowni czytelnicy przynajmniej co do tego punktu będą zadowolenieni, to już będę aż nadto szczęśliwym.

Niemogę także zakończyć bez wyrażenia publicznej wdzięczności członkom którzy mi ciągle zaszczycali ich sympatją i zupełną ufnością w mojej dyrekcyi pracami Towarzystwa. Jeżeli, jak się tego obawiam, liczne moje inne zatrudnienia niepozwolą mi na przyszłość brać równie czynnego udziału, jak dotąd, w pracach Towarzystwa Paryżkiego Lekarzy Polskich, to mi przynajmniej zostanie ta pociecha, żem pierwszy zaczął uprawiać tę rolę która później, w innych zdolniejszych jak moje rękach, bogate może wydawać plony.

Paryż, 15 Czerwca, 1859 roku.

Doktór ADAM RACIBORSKI.

ROCZNIK

TOWARZYSTWA PARYZKIEGO LEKARZY POLSKICH

ROK 1859.

PRACE ORYGINALNE

Krótką wiadomość o źródłach lekarskich w Iwonicy, przez KAROLA MOSZCZAŃSKIEGO, doktora medycyny i chirurgii Akademii Wiedeńskiej.

Na północnym stoku Karpat, w obwodzie Sanockim, w Galicyi, przy gościńcu wiodącym od Krakowa przez Tarnów i Pilzno do Lwowa, leży Iwonica, wieś licząca około 2,000 mieszkańców, własność hr. Załuskich, oddalona o 25 mil od Krakowa i tyleż od Lwowa. Na zachodnim jej końcu, do którego się dojeżdża doskonałą drogą, w pięknej potokiem przerznętej dolinie, otoczonej lasem jodłowym, wytryskują na małej przestrzeni, tuż obok siebie, trzy rozmaite źródła, ujęte w drewniane ocembrowania, ponad którymi się wznosi piękny kiosk w stylu starożytnym. Jedno z tych źródeł jest żelaziste, dwa zaś inne, składem chemicznym zupełnie do siebie podobne, różnią się tylko różną ilością tych samych pierwiastków, to jest jedno jest dużo silniejsze od drugiego. Silniejsze ma nazwę « źródło alkaniczne, n° 1 », słabsze zaś « źródło alkaniczne, n° 2. »

Dla wyjaśnienia różnicy umieszczę krótki wyciąg ich składu :

W 16 uncjach N. Igo jest :		N. Iigo zaś :	
Związków chlorowych	80.475 gr.	47.193 gr.	
Węglanu sodowego	13.037 gr.	8.005 gr.	Temperatura
Związków jodowych	0.169 1/6 gr.	0.040 1/25 gr.	obydwóch 8 R.
id. bromowych	0.291 1/3 gr.	0.099 1/10 gr.	Smak słonawy,
Kwasu węglowego			zapach cokol-
swobodnego cali			wiek naftowy.
sześciennych	30.416 gr.	27.598 gr.	

Najzwyczajniej porównywane bywają te źródła, ze zdrojami w Hall, Heilbrunn i Kreuznach; żadne jednak z owych zdrojów nie zawiera tyle kwasu węglowego swobodnego, a już nad Kreuznachem Iwonicz z każdego względu górę bierze. (Szczegółowo jednak nad różnicami rozwodzić się tu nie mogę.)

Przypływ wody źródeł Iwonickich zawisł znacznie od stanu powietrza, mierząc jednak podczas największej posuchy nigdy mniej nie znalazłem jak 4 kwarty na minutę. Ponieważ jednak ilość tej wody nie wystarczałaby na kąpiele, których dziennie w porze kąpielowej przeszło 300 wychodziło, przeto urządzono zbiorniki drzewem ocembrowane i pokryte, długości przeszło 40 sążni, szerokości i głębokości blisko 4 sążni, do których woda z obydwóch źródeł ciągle spływa, z kądem się pompuje do kąpeli ogrzewanej za pomocą pary.— Prócz źródła żelazistego wyżej wspomnianego i źródeł tych dwóch jodowych ku zachodowi na leśnej górze o dzieśnięć minut oddalonej, wytryskuje z szumem i bełkotaniem źródło zwane *Bełkotka*, zawierające naftę i gaz węglowodowy, który ponad zwierciadłem wody łatwo się za przytknięciem płomienia zapala.

Jakkolwiek własność prywatna, zakład kąpielowy Iwonicki starannie jest urządzony, i jak na stosunki nasze krajowe, podziwienią godna jest schludność całego

zakładu, jego spacerów i zabudowań gustownych, zawierających przeszło 170 pomieszczeń zaopatrzonych w potrzeby i wygody, i przeszło 30 łazienek bardzo czystych z drewnianymi wannami, prócz tego z łaźnią parową i kąpielami spadowymi.

Zawsze w miejscu jest porządna restauracya, kilka sklepów i skład wód mineralnych zagranicznych. Apteka jest w bardzo bliskim miasteczku Rymanowie, a wybornej żętycy owczęj dostarczają obficie wieśniacy pobliscy, równie jak i mleka, śmietanki i masła nad których dobrocią unoszą się goście z miast przybyli.

Wiele wprawdzie brakuje zakładowi temu do komfortu kąpeli niemieckich, ale też i uwaga lekarzy od niedawna dopiero poczęła się zwracać ku tym zbawienym źródłom a z nią trocha większa zaczyna przybywać ilość gości. Zawsze jednak konkurencyja jeszcze jest za słaba, bo w tym roku, a był to najobfitszy, było tylko 520 osob, w przeszłym 400, w dawniejszych po 300, 200 a nawet tylko po kilkadziesiąt. Kąpeli wydano w tym roku 10,000; wody rozesłano 20,000 flaszek.

Chorzy piją wodę n° 1, rano, z małemi wyjątkami naczczo, 4 do 5 kubków, przechadzając się półgodziny między każdym kubkiem. Zwyczajnie następują dwa lub trzy wolne stolce bez bólu; u niektórych jednak osob, osobliwie w pierwszych dniach, potrzeba dodawać po dwie łyżki soli Karlsbadzkiej lub Glauberskiej. Kąpią się w przedpołudniowych godzinach wszyscy, siedząc godzinę w kąpeli. Wikt najstosowniejszy mleko i mięso, jarzyny tylko młode, mącznych potraw bardzo mało jeść pozwalałam, nie dlatego żebym sądził że się jad w żołądku precypituje za pomocą krochmalu, lecz najwięcej dlatego że chorzy potrzebują odżywienia, którego im mąka dać nie może.

Sześć tygodni kuracyi uważam za minimum.

Przez siedm lat doświadczeń moich w Iwoniczu, uwa-

załem wyborną, często zadziwiającą skuteczność wód jego, w następujących mianowicie chorobach :

- 1° W skrofukach pod rozmaitemi postaciami ;
- 2° W syfilis skomplikowanej ze skrofukami ;
- 3° W zatruciu merkuryalnym ;
- 4° W cierpieniach części płciowych niewieścich ;
- 5° W reumatyzmie stawów długotrwałym.

Uwagi rzecz godna, że w wypadkach bardo wielu, gdzie jod przez długi czas był używany bez skutku, wody Iwonickie zbawiennemi się okazały.

Na tém kończę pobieżną wiadomość o wodach Iwonickich, zostawiając wypracowanie staranniej i obszerniej rozprawy w tym przedmiocie, wolniejszemu czasowi po powrocie do domu.

Kilka słów o leczeniu złudzeń zmysłu w yczu pomocą preparatów tondery pindyryndy, czyli szaleju wielkiego (datura stramonium), przez WILHELMĄ LUBELSKIEGO, lekarza z Warszawy, członka Towarzystwa nauk lekarskich i Towarzystwa lekarzy niemieckich w Paryżu.

Złudzenia zmysłowe (hallucinations), wraz z pokrewnemi ich widziadłami (visions) i omamieniami (illusions) już oddawna zwróciły na siebie uwagę uczonych ; dosyć wspomnieć prace PP. Szafkowskiego, Lelut, Calmeil, Baillarger, Falret, Brière de Boismont, artykuły P. Michéa, Botteix, Guislain, Moreau (de Tours). Dla tego może się zdziwić szanowni słuchacze, że ja młody i niedoświadczony, śmiałem na początku mego zawodu rozprawiać o przedmiocie, którego pomimo tylu badań, dotąd dostatecznie nie wyświecono. Trzymając się jednak godła : *perpendendæ sunt et adnumerandæ observationes*, chciałem i ja swoje opowiedzieć spostrzeżenia.

Otóż tedy różnemi czasy, różne podawano sposoby leczenia złudzeń umysłowych; Bottex, Trousseau i Richter-Choulant podają ich mnóstwo; środek jednak o którym mówić mamy, mało dotąd zastosowany, ze wszelkich zasługuje na uwagę praktykujących lekarzy.

Pierwszy, który szalój wielki zastosował w złudzeniach zmysłowych, był P. Moreau (de Tours); wszakże w rozprawie jego o tym przedmiocie w *Gaz. Medicale* r. 1841 zamieszczonej, nie dostrzegamy tego krytycznego poglądu, jakiby przy ocenianiu nowych środków przodkować nam winien; zdaje nam się, że uczony autor już wtenczas myślał o swój późniejszej pracy *du Haschisch*, bo więcej prawie rozprawia o konopiu indyjskim, z którego Haschisch pochodzi, jak o Strammonium, o których mówić zamierzał. Że jednak jemu należy się pierwszeństwo w użyciu środka o którym mówimy, uważamy więc za stosowne, podać treść jego spostrzeżeń, zanim do własnych dojdziemy.

Pau Moreau powiada :

I. Pilne badanie chorych złudzeniem zmysłów dotkniętych, zawsze niemal doprowadza do wykrycia jakiegoś cierpienia, dotyczącego już to system nerwowy, już też przyrządy : oddechowy, krwionośny albo pokarmowy. Powikłanie to — complications — najczęściej towarzyszy rozwojowi złudzeń zmysłowych, albo powstanie ich poprzedza.

II. Częstość i czas trwania hallucynacyj, zależy od stopnia, w jakim te powikłania działają na organizm — najbliższe i najdzielniejsze objawy widzimy u apoplektyków, a nawet — jeżeli mamy wierzyć spostrzeżeniom Anglika Cox, dzieci ludzi trunkom oddanych, szczególnie są skłonne do złudzeń zmysłowych i obłąkania.

III. Wreszcie P. Moreau przyjmuje trzy rodzaje hallucynacyj :

a) Złudzenia zmysłowe przy zupełnie zdrowym stanie

ogólnym, które chorzy sami rozpoznać mogą (często uważane w domach obłąkanych). Ten rodzaj P. Moreau bardzo słusznie nazywa złudzeniami pierwotnemi (hallucinations primitives), i leczy je małemi dawkami przetworów szaleju, a szczególnie wyciągiem wodnym (extrait aqueux).

b) Hallucynacye powikłane z cierpieniem umysłu ogólném lub częściowém i ciągle mu towarzyszące. One to powoli łączą się z widziadłami (visions) i tworzą w ten sposób majaczenie (délire).

c) Hallucynacye będące następstwem obłądu, towarzyszące wyższyni stopniom obłąkania, z niego powstałe i zgodną z niem noszące cechę.

IV. W pierwszych rodzajach P. Moreau z korzyścią używał przetworów Strammonium; mniej skutków widział w złudzeniach zmysłowych z cierpieniem umysłowém połączonych; najmniej tam, gdzie złudzenia te były ostatnim objawem gasnącego życia umysłowego, i cierpień jakim to życie uległo. P. Moreau najwięcej używał wyciągu wodnego, Extr. aqueux, szaleju wielkiego, my zaś rozczynu (tinctura) a to w przypadkach następujących :

A) Starozakonna lat 30 mająca, była najpierwszą, u której zastosowaliśmy Strammonium. Rozwinięta przedwcześnie, wydaną została zamąż, za człowieka starego bez wychowania, i wkrótce skutkiem niewłaściwego obchodzenia się z nią, zaczęła dostawać przypadłości nerwowych, które począwszy od kurczów, powoli przybrały postać najwyraźniejszej histeryj. — Dwukrotna poronieniem zakończona ciąża, chwilową tylko sprawiła ulgę; później cierpienia coraz wzrastały, mianowicie globulus i chwilowy brak powietrza. — Wtedy też w roku 1856, pacjentka pierwszy raz doznała szumu w uszach, widziała muszki i światełka przed oczami, cierpiała mocny zawrót głowy, i tym podobne oznaki

napływu krwi (Congestio). Chodząc od jednego doktora do drugiego, miała sobie zalecone najrozmaitsze środki lekarskie, począwszy od krwi puszczania, aż do moczenia nóg w wodzie królewskiej (pediluvia Tantini), które to ostatnie przez Doktora Groer przepisane, najwięcej pomogły. Gdy jednak szum w uszach coraz uporczywiej powracając, przybierał postać najrozmaitszych dźwięków, a muszki i światełka powoli zamieniły się w widziadła, przedstawiające zarysy istot nadziemskich, z którymi pacjentka rozprawiała, sama sobie zadając pytanie i odpowiadając na takowe, rodzina jej przeszedłszy wszystkich prawie lekarzy warszawskich, a niesłuchając jak należy żadnego, z całym archiwum recept i etykiet, udała się z chorą do Berlina, a następnie do Ems.

Co potem zaszło, nie wiem; tyle tylko powiedzieć mogę: że będąc po raz pierwszy razem z ojcem moim wezwany do téj choréj, zastałem ją dziwacznie wystrojoną, otoczoną książkami teologicznymi, rozprawiającą z Himmlischer Vater, który niby to był jej mężem, niby opiekunem. Dowiedziałem się przytém, że często pości, zrywa się po nocach słysząc jakąś muzykę; parę razy chciała oknem wyskoczyć, mówiąc: że ją ów Himmlischer Vater wzywa do nieba, bijąc i odpychając otaczających i myjąc ręce po każdym dotknięciu jakieś osoby lub sprzętu. Gdym wszedł do niej, uciekła w kąt, stanęła; wtedy uważałem za stosowne wykonać przepis P. Leuret i Hejina, i zespalać się niejako z chorą, doprowadzić ją do opisanie swego stanu. Jakoż powoli doszedłem do tego, że pacjentka na końcu wizyty wyznała mi, że ja jestem ojcem niebieskim, sprawcą owéj muzyki którą słyszy i tym podobne, tak że poznać mogłem, iż tu nie tylko z hallucynacyami, ale i z widziadłami (visions), i z omamieniami miałem do czynienia.

Zresztą czyszczenia miesięczne prawidłowe i ogólny stan ciała, pomimo szczupłości choréj — dobry, nie

wskazywały żadnego innego cierpienia. Korzystając z wyjątkowego położenia w jakim wyznanie pacjentki mnie postawiło, powagą proroka zażądałem przedewszystkiem od niej nieograniczonego posłuszeństwa, a otaczających prosiłem o wytrwałość i łagodne obchodzenie się z wyszydzaną przez nich chorą, i przepisałem Tinct.-Strammonii trzy razy dziennie pięć kropli w wodzie lub herbacie, a to dla usunięcia pozoru lekarstwa; przytem kazałem głowę trzymać chłodno, i w tym celu znowu musiałem użyć swęj nadziemskiej powagi, by pacjentka zdjęła okrycie, które, zwyczajem żydówek, na włosach nosiła. Nadto zaleciłem pokarm lekki, za napój wodę sodową i częste spacery.

Następnego dnia postąpiłem do 8 kropel p. d. Chora spała spokojniej, chociaż jeszcze majaczyła; w kilka dni postąpiłem do 15 kropli p. d. bez oznak osłupienia i przy ciągle zmniejszających się osłupieniach. Całe leczenie trwało z przerwami trzy tygodnie: zacząłem od pięciu a doszedłem do 30 kropel p. d. trzy razy dziennie, to jest do jednego grana Strammonium; przerwy wywołane były jedynie obawą narkotyzacji. Pacjentka, która po pierwszym tygodniu leczenia już nie widziała we mnie istoty nadziemskiej, ale jakiegoś rabina, powoli wyrobiła w sobie to przekonanie: że przychodzę dla jej własnego dobra, i stopniowo pozbyła się naprzód złudzeń wzroku, potem hallucynacyj słuchu. Teraz o ile wiadomo, jest w ciąży i czas poronień właśnie przemija.

Przypadek ten z wielu względów godzien jest uwagi. W wiekach średnich, chorą naszą zwłaszcza jako żydówkę, pewnoby obwołano jako czarownicę — i Bóg wie jakby skończyła. Guislain, i zwolennicy monomanii o których Hufelan I powiada: « die Sucht nach Manien ist bei ihnen auch zur Monomanie geworden » — pewnoby ten przypadek podciągnęli pod formę demo-

nolatrie. Naszém zdaniem zaś było to proste rozdrażnienie nerwów w połączeniu z histeryą tak słusznie przez Idelera nazwaną zbiorém chorób nerwowych.

B) Drugie spostrzeżenie dotyczy chorego dotkniętego obłędem prześladowczym (1) tak pięknie przez Panów Brierre de Boismont i Lasègne opisanym, a podług tego co mi niedawno mówił P. Moreau de Tours, nadzwyczaj częstym. Pacjent ten, o którym obszerniej z czasem mówić zamyslałam, gdy więcej będę miał przypadków podobnego cierpienia, oprócz złudzeń słuchu i wzroku, ulegał jeszcze hallucynacyom smaku i powonienia.

Pierwsze ustąpiły po sześćciu tygodniowém użyciu Ticnt.-Strammonii w ilości od 10 do 30 kropel dziennie, którą tą ostatnią ilość sam dawałem pacjentowi przez ośm dni bez najmniejszych oznak majaczenia. Trudniej było pozbyć się nieprawidłowości smaku; zwłaszcza, że pacjent, jak zwykle chorzy tym obłędem dotknięci, odrzucał wszelkie lekarstwa, tak że nawet krople Strammonium dawano mu na cukrze, w herbacie lub w wodzie. Podejrzywałem, że nie regularne życie pacjenta, mianowicie owe gwałtowne posty przy których uporczywie obstawał, mówiąc (jak to zwykle w tym obłędzie ma miejsce) że podawane pokarmy były zatrute, były przyczyną tej nieprzyjemnej słodocy, na jaką się skarżał. Języka pokazać nie chciał, i już zamyslałem użyć przyrządu elektrycznego, który w Wiedniu widziałem z wielką korzyścią w razach podobnych użyty, gdy strach jakiego pacjent doznał na widok stosu galwanicznego, nakłonił go do pokazania języka, na którym dostrzegłem kilka pleśni (aphthae) podobnie jak u dzieci widzujemy. Po zastosowaniu kwasów drzewnych, pleśnie te wkrótce ustąpiły. Pozostał jeszcze zapach spalenizny, ale ten pomimo różnych środków, ustąpić

(1) Délire de persécution. Ann. d'hyg. publ. F. 48 (1852).

nie chciał; przeciwnie, to się zwiększał, to chwilowo zmikał; i zdaje mi się że to było raczej *idée fixe* pacyenta, a niżeli złudzenie zmysłu powonienia. Przy tej sposobności nadmieniam, że jeden z lekarzy domu obłąkanych w Wiedniu, Doktor Mildner, mówił mi, że hallucynacje smaku i powonienia, są nadzwyczaj częste; mianowicie u chorych, dotkniętych monomanią prześladowczą, która zdaniem P. Moreau de Tours, jest tak częstą, że na dziesięciu chorych, siedmiu przynajmniej temu rodzajowi obłąkania ulega.

C) Trzecim chorym u którego zastosowaliśmy Stramonium, był epileptyk; u niego padaczka rozwinęła się późno; bo jak świadczą dzieje jego choroby (anamnesis), pierwszy raz napad miał w 27 roku życia. Poprzednio trunkom i rozwiązłości oddany, chorował — jak wspomniona co tylko relacya powiada, na tyfus, a następnie na migrenę. Później do służby rządowej wszedłszy, miał wciąż do czynienia z rachunkami. Gdy przyszedł do pacyenta, zastałem go odbywającego pewien rodzaj ruchu wirowego około własnej osi (pivotement), który pomimo woli przypominał mi doświadczenia P. P. Flourens, Magendie, Longet i Combette. Oczy krwią zabiegłe i puls 180 razy, ruchy gwałtowne połączone z ciągłym wołaniem: że się ziemia pod nim przewraca, wskazywały użycie pijawek za uszami, i okładania z lodu, przyczém jednak wiele mieliśmy biedy z utrzymaniem chorego na miejscu. We dwie godziny po zastosowaniu wymienionych co tylko środków, pacjent uspokoił się nieco — co jednak przypisać należy raczej fizycznemu umęczeniu a niżeli środkiem użytym. Bądź jak bądź, zasnął, choć miał sen niespokojny, przerywany widziadłami, stękanieniem. Na drugi dzień pacjent był tyle przytomny, że obrót wirowy ustąpił; ciągle wszakże użalał się na światelka przed oczami, na widma latające, a głównie

na owo pękanie czyli trzaskanie w uszach i w głowie, o którym — jeżeli się nie mylę — P. Rostan wspomina w swej rozprawie : o rozmiękczeniu mózgu.

Zapisawszy dwie drachmy Tinct.-Strammonii, zacząłem od 5 kropli p. d. trzy razy dziennie, powiększając dawkę co drugi dzień aż do 30 kropli p. d. — Po dziesięciu dniach ustąpiły widma, następnie i owo trzaskanie zmniejszać się zaczęło. Nowego napadu padaczki nie było — chory atoli ciągle był jakiś smutny i niekontent z siebie i ludzi, jakkolwiek gwałtem rwał się do swoich zatrudnień; przytém chwilowo jękał się, zapominał słów tylko co. wymówionych, i tracił możliwość łączenia myśli. (*Association des idées*).

Częste spacerory, uregulowane życie i wypróżnienia pomagały leczeniu; i powoli trzaskanie i dzwonienie w uszach znikać zaczęło; w wigilią wyjazdu mego do Paryża, 20 września, chory oświadczył : « że już mu w głowie nie pęka. » Pozostaliśmy przy Tinct.-Strammonii, zmniejszywszy jednak ilość do 10 kropel dwa razy dziennie.

Przerwy, w objawach chorobnych i anamaneza, pomimo woli prawie przypuszczać każą : że mamy tu do czynienia z rozmiękczeniem mózgu, z którym zwykle łączy się porażenie ogólne, (*paralysis generalis*) jakimu bez wątpienia i nasz pacjent, zwłaszcza jako epileptyk, w czasem ulegnie.

Porównyując te trzy spostrzeżenia z obserwacyami P. Moreau, widzimy że :

1° Przetwory szaleju wielkiego działają najlepiej w złudzeniach pierwotnych (1), mniej tam gdzie hallucynacye powikłane są z inném cierpieniem, chociaż i tu w połączeniu z innemi środkami, są bardzo użyteczne.

2° Wziątki małe rzadko kiedy pomyślny skutek

(1) *Hallucinations primitives* Pana Moreau de Tours.

wywołują, stwierdzając to że obłąkani, oraz chorzy dotknięci złudzeniami zmysłów, nie oddziałują na nie.

3° Ztąd też przypadki otrucia i początkowego osłupienia nawet (narcotismus incipiens), są nader rzadkie.

4° Pytanie jakim sposobem datura Stramonium działa na hallucynacyą, P. P. Trousseau i Pidoux, objaśniają mówiąc: « Le principe est le même d'après » lequel la plupart des agents irritants sont employés » topiquement pour guérir les irritations. »

My zaś, powtarzamy słowa P. Moreau de Tours: « Je ne tiens en aucune manière à l'explication hasardée » des faits sur lesquels je viens d'appeler l'attention.

» Mon but est exclusivement expérimental et pratique — à mes yeux les faits seuls, mais les faits bien » observés ont une importance réelle. »

O reumatyzmie ostrym stawów i o skutecznym użyciu fosforanu amoniaku (ammonii phosphorici), we wszystkich formach reumatyzmu; przez WŁADYSŁAWA HAMOLECKIEGO, lekarza Uniwersytetu Charkowskiego.

Dokładne opisanie reumatyzmu ostrego stawów należy zupełnie do nowszych czasów. Starożytni lekarze, a na ich czele Galien, reumatyzmem nazywali różne choroby, przypisywane ostrości soków, mających własność przechodzenia się po całym ciele. Sydenham i Stahl, dla odróżnienia od zwyczajnych zapaleń, zapalenie stawów w reumatyzmie, nazywali je geniuszem zapalnym (genius inflammatorius). Stahl dzielił jeszcze reumatyzm na dwa rodzaje: zapalny i żółciowy. Ten ostatni, podług niego, pochodził z materji żółciowej ostrej wpływającej

w wielkiej ilości z żołądka, rozchodzącej się po powierzchni ciała i zatrzymującej się w otworach włoskowatych naczyń, które ona zasklepiała i rodrażniała. Potem on reumatyzm nazywa zapaleniem reumatycznym i dodaje, że ten rodzaj zapalenia jemu nie wydawał się być tém samém, który nazwać można prawdziwém zapaleniem. Sydenham przypuszcza jeszcze reumatyzm kiszek albo biegunkę reumatyczną. Odróżniając potém zapalenie reumatyczne od prawdziwego zapalenia tak mowi: Zapalenie reumatyczne w ogólności mniej jest niebezpieczném, nie napastuje głównych organów i rzadko jest śmiertelném; prawdziwe zaś zapalenie znacznie jest cięższe i najczęściej zabija.

Bichat uważał reumatyzm stawowy za zapalenie błon włóknistych i reumatyzm stawów nazywał reumatyzmem włóknistym.

Nakoniec, w 1840 roku, wyszło dzieło P. Bouillaud, pod tytułem *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Autor w swém dziele, opierając się na zmianach patologicznych jakie reumatyzm stawowy po sobie zostawuje; widząc kilkakrotnie znaczną ilość ropy w stawach u umarłych z téj choroby; zważywszy nakoniec zjawiska miejscowe i ogólne, mówi, że reumatyzm stawowy ostry powinien być umieszczonym pomiędzy chorobami zapalnymi i jest najczystszy ich typem. I dlatego to jako za jedyny i najpewniejszy środek uważa puszczenie raz po raz krwi. Sposob leczenia P. Bouillaud jest następujący: pierwszego dnia wieczorem upuszcza choremu krwi 4 spodki; drugiego dnia, rano i wieczorem, od 3 do 4 spodków; podczas dnia zaś stawiają się bańki i pijawki. Na trzeci dzień, w ważniejszych wypadkach, znowu upuszcza krwi 3 do 4 spodków, a jeżeli zjawiska są lżejsze, to się ogranicza miejscowém krwi upuszczeniem. Na czwarty dzień, jeżeli jest polepszenie, chory zostaje bez upuszczenia krwi. Na piąty, szesty i siódmy dzień,

jeżeli się stan chorego nie polepsza widocznie, znowu się upuszcza raz po raz krwi 3 spodki; — pijawki i bańki. W pewnych wypadkach P. Bouillaud był przymuszonym upuszczać 8, 9 do 10^{cu} funtów krwi choremu.

Dzieło to, pełne klinicznych uwag, powiększone przystępem dwustoma historyami chorych, w szpitalu (Charité) wyleczonych jedynie tylko znacznem upuszczaniem krwi raz po raz, znalazło mnóstwo stronników. I jam był z początku mój praktyki bardzo gorliwym stronnikiem tego sposobu leczenia, lecz wkrótce musiałem zaniechać, widząc moich chorych wyzdrowiających od choroby, ale wyniszczonych i osłabionych znaczną krwi utratą.

Opierając się na zasadach anatomii patologicznej, za siedlisko tej choroby koniecznie uważać potrzeba błonę serwatkową a szczególnie błony szlamowe (*membrance synoviales*), które zwykle znajdują się nabrzmiałe, rozmiękczone, koloru czerwonego, łatwo się odrywające od innych tkanek i często pokryte fałszywemi błonami. Ciecz szlamowa (*synovia*) zwykle bywa obfitszą, często się znajdują włókna białkowate pływające w płynie stawowym. Wszystko to jest nie zaprzeczonym dowodem mniej lub więcej gwałtownego zapalenia tych części. Cierpienie to może się rozprzestrzeniać na części sąsiednie. Zapaleniu temu towarzyszy bardzo często zapalenie błon serwatkowych serca, uważane przez starożytnych lekarzy za zupełnie oddzielną chorobę.

Leczenie tej choroby w stanie ostrym powinno być przeciw zapalne; ale o ile jest pożyteczne i nieodbitcie potrzebne umiarkowane, bądź ogólne, bądź miejscowe krwi upuszczenie, o tyle rzadko daje się zastosować sposób leczenia P. Bouillaud; trzeba szukać innych środków wewnętrznych niszczących zjawiska zapalne, w celu uleczenia chorego, i łagodzących jego cierpienia.

Do najwięcej używanych środków wewnętrznych

w tej chorobie należy winian potażu (tart. emeticus) używany w znacznych dozach przez Laenneka. Środek ten przyjęty wewnątrz, rozdrażnia błony sluzowe żołądka i kiszek, powiększa ich działalność przez wydzielanie z nich w znacznej ilości wodnistych części, a przez to oddziaływa na błony serwatkowe, zmniejszając w nich stan zapalny i przeszkadza wypoceniom się w onych albo je niszczy, jeżeli już się znajdują, powiększając w nich absorbcję. Tak pojmuję działanie tego środka w reumatyzmach ostrych. Lecz i ten środek nie zawsze wiernie oddaje swe usługi. Często się zdarzają chorzy, a szczególnie chore, na których nic nie znacząca prawie doza tego lekarstwa działa nadzwyczaj silnie wywołując wymioty i biegunkę z boleściami w krainie żołądka i kiszek. Przytém, w reumatyzmie ostrym, wszelkie najmniejsze poruszenie chorego, lub lekkie nic nieznaczące dotknięcie do zajętego chorobą stawu, sprawia najokropniejsze bole; przy działaniu zaś winianu potażu, chorzy nie mogą spokojnie pozostać w łóżku i to ich najwięcej męczy i osłabia. Nie raz zniszczone bole przez użycie tego środka, zjawiają się powtórnie, lub się też przenoszą na inne stawy; musimy więc znówu powracać do tegoż środka, powiększając przez to chociaż chwilowo nieprzyjemny stan chorego.

Martin Solon używał w znacznej ilości saletrę. Rezultaty jego doświadczeń mogą być streszczone następującym sposobem: 1° Że saletra w reumatyzmie ostrym może być dawana w znacznej ilości, nie sprawując żadnego cierpienia organom trawienia. 2° Że w reumatyzmach chronicznych, saletra nie sprawuje żadnego skutku. 3° Że po kilkudniowym użyciu tego środka — chociaż puls jest prędko i temperatura ciała niezmniejsza się widocznie, bole jednak zmniejszają się, i po 4° że saletra w znacznych dozach użyta, wstrzymuje prawie

zawsze dalszy postęp reumatyzmu — a jeżeli bole zjawiają się w innych stawach — to znacznie są znośniejsze.

Basham używał saletry zewnętrznie — maczając chusty w mocnym roztworze saletry i okładając tём zajęte chorobą stawy.

Briquet a potём *Monneret* i *Fleuri*, używali w wielkiej ilości siarkan chininy.

Requin jest wielkim zwolennikiem opium.

Grisolle zaś mówi, że opium zawsze jest szkodliwём — szczególniej wtenczas, jeżeli choroba przybiera silny zapalny charakter.

Forget radzi używać bandaże nakrochmalone nakładane na zajęte chorobą stawy.

Trousseau używa teraz w szpitalu w reumatyzmie stawowym ostrym, wyciągu lebiody (*extract: belladonæ*), w znacznych dozach — lecz dobrych skutków od tego nie widziałem. — Inne zaś środki używane w tём chorobie jakoto: Węglan sody saletrzany (*natrum nitricum*), Zimowit (*colchicum autumnale*), Tojad (*aconitum*), Błękot (*hyosciamus*) i t. d., nie zawsze wiernie służą lekarzowi chcącemu przynieść ulgę swym chorym *cito, tuto et jucunde*.

Jeżeli w reumatyzmach ostrych nie zawsze te środki są dostateczne — to znacznie mniej mamy takich, któreby nam wystarczały w reumatyzmach chronicznych. Będąc przez 6 lat lekarzem miasta Kremieńczuga, Połtawskiej gubernii, i oprócz prywatnej praktyki, zawiadując szpitalami: więziennym, żydowskim i przy fabryce rolniczych narzędzi — miałem zręczność robienia najskrupulatniejsze spozatrzenia nad działaniem rozmaitych środków we wszystkich formach reumatyzmów — choroby bardzo rozpowszechnionej w tём mieście z przyczyny niskiej miejscowości, otoczonej zewsząd górami; — wszystkie te jednak środki, zawsze zdawały mi się niedostatecznymi.

Jeden z moich chorych, kórego historiją tchoroby tu przytaczam, zmusił mię do użycia po raz pierwszy fosforanu ammoniaku (ammonii phosphorici), w reumatyzmie chronicznym.

W jesieni 1854 roku, został przezemnie przyjęty do szpitala starozakonny Hirsz Lewin, około 50 lat wieku liczący, wyniszczony całoroczną prawie chorobą stawową rąk i nóg. — Początek choroby jego jest następujący. pełniąc przez lat kilka obowiązek dozorca przeciw przemycaniu do miasta wódki, w miasteczku Hradyszku, o kilkadziesiąt wiorst od Kremieńczuka położonem, musiał dnie i noce spędzać pod gołym niebem lub w szałaszu urządzonym na polu, — zawsze jednak był zdrow i oprócz ospy naturalnej, którą miał w 17^{tu} latach życia swego — i która zostawiła swe ślady na całym ciele, żadnej innej nie podlegał chorobie. 1853 roku latem, w nocy czując się znużonym, położył się na ziemi i spał do rana, lecz za przebudzeniem się, uczuł dreszcz w całym ciele — ból głowy i łamanie w kościach, co zmusiło go udać się dla rozgrzania się wódką do pobliskiej karczmy. Czując się trochę rzeźwiejszym, pełnił swój obowiązek jeszcze kilka godzin — lecz potem musiał zaniechać dla zwiększających się bólów i gorączki. Dla braku lekarza w tym miasteczku, udał się do cyrulika, który mu natychmiast puścił krew — postawił wezykatoryę na karku i wewnątrz dawał pewne lekarstwa, które trochę zmniejszyły jego cierpienia — nie mógł jednak wrócić do zwykłych swych zajęć — a za nadejściem jesieni i zimy, stan jego znacznie się pogorszył — tak, że musiał ciągle zostawać w łóżku, będąc pocieszanym przez cyrulika, że za nadejściem wiosny użyje pewnego dekoktu, który zniszczy zupełnie jego cierpienia. Wszystkie te jednak środki wyniszczyły więcej chorego, i jesienią został przywieziony do szpitala w następującym stanie: Wy-

niszczenie całego ciała, wszystkie stawy nabrzmiałe — przy lekkim przyciskaniu onych ból się zwiększa — szczególnie nabrzmiałe są stawy kolan; skóra wszędzie naturalnego koloru, sucha; temperatura jej zwyczajna. Przy auskultacji zmiana w sercu dostrzedz się nie daje — apetyt dobry — stolec twardy. Chory z wielką trudnością i bólami o swój jednak siłę przewrócić się może; z przyczyny bólów spi mało.

Po wyexaminowaniu chorego — nie widząc innych przyczyn, li tylko przeziębienie — policzyłem jego chorobę do rzędu cierpień reumatycznych i na nie zacząłem działać jodkiem potażu, przepisawszy mu wewnątrz 3 jss kali d'hydrojodici na 3 viij wody — dodawszy 3 ij nastoju wodnistego rubarbarum (*Træ rhei aquosæ*), dając po trzy łyżki na dzień; przytém kąpiele siarczane.

Chory przez miesiąc zostaje przy tych środkach z małemi odmianami, skutku żadnego prawie nie widząc — sen tylko trochę spokojniejszy — obrzękłości jednak nic się niezmieniły — siły nie wracają.

W tym właśnie czasie wpadł mi w ręce dziennik francuzki pod tytułem : *Revue médico-chirurgicale*, za przeszłe lata, w którym doktor Mattei przytacza mnóstwo zajmujących historyj chorych i swych uwag nad skuteczném działaniem fosforanu ammoniaku we wszystkich formach reumatyzmów i w podagrach. Historye tych chorób i ich uleczenie były zadziwiające.

Nie widząc żadnych dobrych skutków z leczenia mego chorego, zaraz użyłem ten nowy dla mnie środek, przepisując w następującej proporcji :

Amonii phosphorici (drahmas duas) 3 ij;

Aq. Melissæ (uncias sex) 3 vj;

Syrupi Althææ (unciam unam) 3 j. Co dwie godziny po łyżce.

Już po trzech tygodniach widoczne polepszenie dało

się spostrzegać; chory znacznie silniejszy; obrzękłości stawowe zmniejszały; opierając się na kiju i przy pomocy służącego, chory stanął na ziemi i przeszedł kilka kroków. Sen spokojny, głęboki; przy przewracaniu się bole daleko znośniejsze. Po dwóch zaś miesiącach przyjmując ciągle ten środek, mój chory chodził o swęj siłę: obrzękłości znikły zupełnie, dawne siły wracać zaczęły. Chory zostaje jednak w szpitalu bez lekarstw jeszcze miesiąc, z kąd wyszedł, kiedy ani śladu nie zostało tak okropnej i tak uporczywej choroby.

To tak szczęśliwe wyleczenie tego chorego było powodem, żem zaczął używać tego środka we wszystkich formach cierpień reumatycznych i zawsze jednakowo najszcześniejsze były skutki tego leczenia; a w przeciągu czterech lat ani razu nie potrzebowałem udać się do innego środka.

Dla braku mych notat w kraju zostawionych, historyi wszystkich mych chorych reumatyków wyleczonych tym środkiem, przedstawić Towarzystwu dzisiaj nie mogę. Pozwolę sobie przytoczyć jedną tylko jeszcze jako świeżo w pamięci pozostałą. W lipcu 1858 roku, przed samym prawie z kraju wyjazdem, zostałem wezwany na konsylium do jednego obywatela, którego córka ośmnaście lat wieku licząca, w skutek przeziębienia, zachorowała na reumatyzm stawowy ostry (*rheumatismus articulorum acutus*). Lekarz, któremu z początku powierzona była chora, opowiedział mi, że przed sześćciodniami będąc wezwany do chorój, znalazł ją w silnej gorączce: stawy przedramieniowych kości z ręką, nabrzmięte, puls przyspieszony, mocny, 160; przy auskultacji serca znacznie się dawał słyszeć szum skrzyppu (*bruit de souffle*); chora często była nieprzytomną, a w chwilach przytomności uskarżała się na okropne bole wszystkich stawów. Widząc chorą w takim stanie, pierwszą jego myślą było puszczenie krwi i przyłożenie we-

zykatoryi do krainy serca; wewnątrz zaś przepisał winianu potażu.

Po upuszczeniu półtora funta krwi i po użyciu 8^{miu} gran winianu potażu, chora znacznie się lepiej uczuła, lecz bóle ciągle wracały przechodząc z jednych stawów do drugich.

Nakoniec spostrzegłszy pewną peryodyczność wracania tych boli i widząc stosowne użycie w tym razie chininy, dał jej pół drachmy w przeciagu dnia; ale gdy i to nie zmniejszyło cierpien chorej, widział się zmuszonym wezwać konsylium.

Chorę zastałem w ciągłym gorączkowym stanie; puls prędki, 120; skóra sucha, gorąca; majaczenia w czasie snu; lewe ramię, ręka i prawe kolano nabrzmięte; najmniejsze poruszenie się lub lekkie dotknięcie zbolałych części prześcierałem, pod którym chora zostawała, sprawiały okropne bólesci; pragnienie ciągłe, apetytu najmniejszego. Serce jednak przy auskultacyi zdawało się być zupełnie uwolnionem od przeszłego cierpienia.

Rozpoznanie choroby było bardzo widoczne i zrobione przez mego kolegę; pierwsze najważniejsze środki także były przez niego użyte, szło tylko o użycie środka, któryby prędzej zniszczył te tak uporczywe bóle. Prosiłem więc o zgodzenie się na użycie fosforanu ammoniaku zaręczając, że tym środkiem najprędzej zwalczymy chorobę. Z ogólną zgodą nazajutrz przed ranem chora zaczęła przyjmować lekarstwo; po upływie dwudziestu dwóch godzin, i po przyjęciu jedynastu łyżek, chora zaczęła obficie potnieć i usnęła spokojnie. Sen trwał blisko czterech godzin, a po przebudzeniu się po raz pierwszy zapotrzebowala pokarmu; gorączka znikła i chora, nie mogąca przedtem poruszyć ręką, o swój siłę się podniosła i siedziała w łóżku. Następných dni polepszenie było coraz widoczniejsze, a po użyciu trzech doz tego lekarstwa, chora wyszła zupełnie zdrową.

Podając Towarzystwu tę małą pracę o skuteczném działaniu fosforanu ammoniakalnego, jestem przekonany, że każdy z moich kolegów znajdzie w niém pewny oręż do zwalczania wszystkich rodzajów reumatyzmów. Używając tego środka przez lat cztery z jednostajnie szczęśliwym skutkiem, dziś śmiało tém zakończyć mogę: Quod in variis formis reumatismi omnia remedia sine auxilio phosphorico, sint instar militis sine gladio (1).

Historia postępu w diagnostyce i terapii zapalenia płuc i plewry, zaczawszy od Hippokratesa aż do LENNEKA, (Laënnec) przez Doktora ADAMA RACIBORSKIEGO.

W roku 1841 ogłosiłem był w tym przedmiocie memoriał w języku francuzkim (2). Łaskawe przyjęcie jakiego ta praca doznała w uczonym świecie, powie-

(1) W interesie ludzkości pragnąłbym serdecznie aby szanowny autor powyższego artykułu, którego osobiście wiele szacuję, mógł zawsze i wszędzie walczyć z podobnym skutkiem, opisanym przez niego orężem. Dopóki fosforan amoniakalny zechce być mu tyle posłusznym jak dotąd, niech go zawsze używa, a w kilka lat potem niech nam znowu będzie łaskaw zakomunikować swoje obserwacje; liczba ich będąc nierównie wówczas większą, będzie miała daleko więcej wagi. Terapeutyka reumatyzmu ostrego jest może jedną z najbogatszych w środki lekarskie. Jeżeli zaś niektóre z zalecanych środków nie zawsze dotrzymały obietnic robionych, to zależy najwięcej od tego, że lekarze którzy je zalecali, chcieli z nich robić konieczne pewien rodzaj *panaceæ*, mogący się zastosować, bez wyjątku, do wszystkich wypadków reumatyzmu z wykluczeniem wszystkich innych środków. W reumatyzmie ostrym, może jeszcze więcej jak w innych chorobach, nie należy być absolutnym pod względem terapii, ale umieć zastosować ją do formy choroby, do konstytucji i temperamentu chorego. Postępując w ten sposób, rzadko się bardzo zdarzy, żeby między różnymi środkami zalecanymi przez autorów, nie można było znaleźć takich którychby trafna kombinacja nie pociągnęła za sobą ponijnych skutków. Podług tego co nam dziś opisuje P. Hamolecki, jestem przekonany że fosforan amoniakalny będzie mógł być nieraz bardzo korzystnie użyty. (A. R.)

(2) *L'expérience*, journal de Médecine et de Chirurgie, rédigé par les docteurs Henroz et Raciborski.

kszyła cokolwiek, w oczach moich jęj wagę i to jest powodem że korzystając z zawiązania się w Paryżu Towarzystwa lekarzy polskich, ośmielałam się dzisiaj przedstawić ją, w języku ojczystym, moim rodakom. Głównym celem tęg pracy jest wskazanie różnych dróg, jakimi sztuka lekarska przechodziła w różnych wiekach, pod względem diagnozy i terapeutyki, w dwóch, może najczęściej wydarzających się w praktyce chorobach, w *pneumonii* i w *plewrycie*. Historya ta da się podzielić na pięć epok : 1). Epoka Greków i Rzymian, od Hippokratesa aż do XVII wieku ; 2). Epoka włoska, do końca XVII wieku ; 3). Epoka Awenbruggera, która zamyka wiek osiemnasty ; nareszcie czwarta i piąta epoka są zupełnie francuzkiemi ; jedna z nich weźmie imię od sławnego Bichat a drugą zaszczyca wynalazek auskultacyi przez unieśmiertelnionego doktora Laënnec.

§ 1. EPOKA GREKÓW I RZYMIAN.

Jeżelim uznać za stosowne nazwać epoką Greków i Rzymian cały przeciąg czasu od Hippokratesa aż do końca XVII wieku, to jedynie dla tego, że wciągu tylu wieków, stan rzeczy nie był się wcale zmienić i zachował był zupełnie swój pierwotny charakter. Wszyscy lekarze po których nam zostały z tęg długiej epoki jakieś prace o chorobach piersiowych o których tu mowa, powtarzali jedynie, co już było przez autorów greckich obserwowane. Trzeba dojść aż do końca XVII wieku aby dostrzedz jakąś zmianę w tym odwiecznym *statu quo*, który się, zresztą, da usprawiedliwić zupełną i ciągłą niezajomością anatomii.

« Skoro chory jest dotknięty plewrytą, mówi Hippokrates, stan jego jest następujący : czuje klucie w boku z gorączką, dreszczem, i trudnością w oddychaniu. W takim stanie, nie można oddychać w pozycyi

horyzontalnej, przytem jest kaszel, a wyplucia *żółciowe*, koloru kory granatu, skoro nie ma żadnego rozdarcia w płucach; skoro zaś nastąpiło jakie rozdarcie, to wtedy wyplucia są pomieszane z krwią. W pierwszym razie choroba jest łagodniejsza, w ostatnim zaś razie mówi Hippokrates, zapalenie plewry nieraz śmiercią się kończy, zwłaszcza, jeżeli oprócz powyższych symptomatów, pokaże się czkawka. »

Mimo powikłania jakiego widzimy przykład w przytoczonym dopiero ustępie, pomiędzy symptomatami pneumonii i temi które należą do plewryty, nie ma najmniejszej wątpliwości, że Hippokrates uważał *klócie w boku* niejako za charakter patognomiczny zapalenia plewry. Skoro tylko symptomat ten się objawiał, czy tam chory płuł czy nie materią koloru żółci lub rdzawą, zawsze to było znakiem plewryty. Dla tego też nieznajdziemy w opisie pneumonii zrobionym przez Hippokratesa wiele różnicy od tego cośmy dotąd w opisie plewryty widzieli; cała różnica polega na tem, że w pneumonii nie ma *klócia w boku*.

« Peripneumonja, objawia się, mówi Hippokrates, w następujący sposób : gorączka jest mocna, respiracya częsta i oddech gorący; chory nie wie jaką brać pozycyą w łóżku; mocno osłabiony, kładzie się już to na jedną już na drugą stronę. Ból piersi daje się czuć już to w plecach, już na przodzie i u góry klatki piersiowej, lub nareszcie w samych piersiach, lecz sprawia raczej uczucie ciężaru; czasem chory majaczy. Bywają takie przypadki, że chorzy dotknięci peripneumonją nie doznają bólu, chyba przy kaszlu. W takich razach choroba jest, mówi Hippokrates, niebezpieczniejszą i trwa dłużej. Wyplucia są obfite i pieniste, lecz gęstnieją około siódnego lub ósmego dnia, skoro gorączka jest w całej swojej mocy, a zapalenie płuc nie suche ale wilgotne. W razie przeciwnym, wyplucia biorą dziewiętnastego

dnia kolor zielony i są cokolwiek z krwią zmieszane. »

Nie będziemy się tu zatrzymywali nad symptomatami opisanymi pod wpływem panującej wówczas teoryi o dniach krytycznych, ale należy nam zwrócić uwagę czytelników na wypłucia. Widno, że też same charaktery wypłuć które dziś, już po kontroli auskultacyi, możemy z pewnością przypisywać zapaleniu płuc, były odnoszone już to do zapalenia płuc, już to zapalenia plewry. Hippokrates utrzymywał, że pneumonje, również jak plewryty, mogą się objawiać z wypłuciami żółciowego koloru lub krwistemi, jako też być jedne i drugie zupełnie suche bez wypłuć.

Nadzwyczajna ważność jaką Hippokrates przywiązuje do kolki w boku jako symptomat plewryty, była może jeszcze powodem do innych błędów w diagnozie. I tak, gatunek plewryty tak nazwany *morbis lateris in dorso*, zdaje się być raczej przykładem kolki nerkowej, albo też nawet zapalenia nerek, aniżeli stanowić w istocie jakąś formę plewryty (1). Z drugiej strony, wydzielania wodniste które dzisiaj stanowią jeden z ważniejszych elementów patologicznych plewryty, prawie nieodzielny od zapalenia plewry, były zupełnie odrzucone na bok i uważane jako stany chorobliwe zupełnie obce temu zapaleniu. Wyznać wprawdzie należy, że mówiąc o *empyemie*, Hippokrates mieści zapalenie plewry pomiędzy przyczynami tego stanu, ale i w tym razie nie uważa on go, jak to ma dziś miejsce, za naturalne następstwo tego zapalenia, ale jako konsekwencyą złego leczenia plewryty. Co większa, uważając płuca za siedlisko plewryty, Hippokrates mniemał, że zebrania ropiste w worku plewrowym formowały się zawsze w skutek przerwania płuc, z kąd nawet poszło nazwisko *romica* które im także dawał (2).

(1) De morbis, lib. 2, cap. xxv.

(2) De morbis, lib. 3, cap. xv.

W innych razach nie chcąc przypisywać plewrycie, wypocień wodnistych worka plewrowego, dla tego jedynie, że chory niedoznawał kłócia w piersiach, Hippokrates tworzył różne hipotezy inniéj więcéj dziwaczne których ślady dotąd między ludem pozostają. Do tej liczby należy teoria empyemy która przypisuje zebrania ropiste w worku plewrowym, opadnięciu tak zwanéj pituity, z głowy do klatki piersiowéj. Inną razą jeszcze, Hippokrates traktuje zebrania ropiste plewryty jako zupełnie oddzielną chorobę pod nazwiskiem *tumor pulmonum* lub *tumor plevræ*. Chorzy tego rodzaju doznawali zazwyczaj kaszlu suchego z dusznością i niemogli spoczywać na zdrowym boku. Nareszcie, zdarzało się że nieraz, dla przyprowadzenia ich do zdrowia, wypadało otwierać piersi *toracentezą* dla wypuszczenia płynu.

W końcu, examinując z blizka, widzimy jeszcze, że Hippokrates brał za zebrania wodniste w worku plewrowym, affekcyą samych płuc, z którój opisu, wszystko nam się każe domyślać *edemy płucnéj*. Lecz co jest najciekawszem w opisie tego stanu, to to, że można w nim upatrzyć niejako zarodek sławnego wynalazku który później unieśmiertelnił imię Lenneka. Hippokrates bowiem mówi, że przykładając w takich razach ucho do klatki piersiowéj, można czasem słyszeć pewien rodzaj szelestu podobnego do tego jaki sprawia gotowanie się octu (1). Nie ma wątpienia, że przyczyną tego szelestu, było formowanie się piany i pękanie stopniowe baniek, przy przechodzie powietrza, w czasie każdéj inspiracyi przez obfite płyny, których obecność w drobnych bronchjach i pęcherzykach płucnych, stanowi właśnie stan który *edemą płucną* nazywamy (2).

Zupełna nieznanajomość anatomii była główną przyczy-

(1) De morbis, lib. 3, cap. xxiv.

(2) De affect. iuternis, cap. xiv.

na tych wszystkich błędów w diagnozie. Hippokrates posiadał zaledwie powierzchowną znajomość osteologii, a co do stosunków plewry z płucami, to tyle jedynie mógł wiedzieć, co mu się niektóre spostrzeżenia na zwierzętach domyślać kazały. Między innemi fałszywymi wyobrażeniami, Hippokrates miał jeszcze i to że płuca komunikowały bez pośrednio z workiem plewry.

Stan ten rzeczy trwał jeszcze długo po Hippokratesie. Lekarze szkoły Alexandryjskiej chociaż już mieli pewną reputacyą pod względem znajomości anatomii, nierozróżniali wcale zapalenia plewry od zapalenia płuc. Jedni, jak Praxagoras, Philotinus, Herophil, utrzymywali że w plewrycie zapalenie miało za siedlisko płuca. Inni, jak Diocles, Erasistrat, Apollonius z Citium, i t. d., utrzymywali przeciwnie, że siedliskiem tego zapalenia była błona powlekająca klatkę piersiową i muszkuły międzykostne.

Cælius Aurelianusz był zdania tych ostatnich lekarzy, « *pleuritis a parte corporis quæ magis patitur nomen sumpsit. Latus enim ipsa passione vexatur quod Græci πleurαν vocaverunt.* » Jakkolwiek bądź, co do symptomatologii, autor o którym mówimy, kopjował jedynie, można powiedzieć, Hippokratesa i równie jak ojciec medycyny, utrzymuje on także, że w plewrycie chorzy oddają wyplucia żółtawe lub czerwone. Cælius Aurelianusz mówiąc o kłóciu w boku, zwraca uwagę na to, że nieraz ból jest tak mocny, że chorzy nie mogą leżeć na tym boku, i że im się wydaje jakoby im wnętrzości nabrzmiały od zapalenia, opadały.

Cælius Aurelianusz nastaje jeden z pierwszych na rumieniec jednego z policzków, jako symptomat zapalenia płuc. Zapalenie to, oprócz tego, objawiało się w oczach tego sławnego autora, dyspneą z kaszlem i wypluciami żółtawymi, krwistymi, lub czarniawymi ale zawsze więcej ciemnymi i pienistszemi jak w plewrycie. Przytém

chorzy pragną zazwyczaj oddychać świeże powietrze i pili by z przyjemnością zimne napoje.

Podobnie jak Hippokrates, Caelius Aurelianusz uważa empyemy jedynie jako przypadłości plewryty, ale nie jako jej element; dyagnostykuję zaś ten stan za pomocą niektórych symptomatów ogólnych, jak gorączka objawiająca się na przemian z dreszczem. Z drugiej strony, uczucie ciężaru i parcia w boku przy dyspnei i trudności spoczywania na zdrowym boku, były także w oczach tego autora jedne z ważniejszych symptomatów, za pomocą których można się było domyślać tego stanu. Caelius robi także wzmiankę o edemie jaka się czasem daje spostrzegać na ścianach klatki piersiowej ze strony zebrania ropistego. Nareszcie między innemi symptomatami Caelius wspomina o pewnym znaku fizycznym, który już był obserwowany przez Hippokratesa, lecz później poszedł w zapomnienie; chcemy tu mówić o *wstrząśnieniu Hippokratesowem* (succussion hippocraticque). Jakóż rzeczywiście, ojciec medycyny już był zrobił to spostrzeżenie, że skoro chory mający wydzielenie ropiste w worku plewrowym, będzie posadzony na brzeg łóżka lub na krzesło, i skoro go się uchwyci za ramie i wstrząśnie klatką piersiową, można niekiedy usłyszeć pewien rodzaj pluskania. Jakkolwiek bądź, tak Hippokrates jak Caelius Aurelianusz, pomylili się w tém, że przypisywali ten symptomat obecności samej ropy w klatce piersiowej. Wiemy dziś dobrze, że do sprawienia podobnego pluskania dwa elementa są niezbędne: płyn i powietrze, dla tego też jest ono znakiem hydro-pneumo-toraxu a nie samego hydrotoraxu.

Eklektycy i Pneumatycy nie zrobili żadnego postępu w anatomii; trudno zatem wymagać od nich rozróżnienia między rozmaitemi chorobami piersiowemi. Areteusz sądząc że płuca były zupełnie nieczułe i złożone jedynie z tkanki gębczastej, brał plewrę, którą uważał za bar-

dzo czułą, za siedlisko wszystkich chorób piersiowych ostrych, którym ból towarzyszył.

Galien utrzymywał, że płuca były oddzielone od plewry powietrzem, które tam wchodziło przy każdej inspiracji. Część tylko tego powietrza miała się mieszać z napojami pod postacią *pneumy* i udawać się później przez *żyłę przednią* do serca (1).

Po VI wieku sztuka lekarska zmuszona była dzielić los swój z losem innych nauk, które wraz z bibliotekami zostały narażone na pastwę barbarzyńców. Od IX do XIII wieku, medycyna zostawała prawie wyłącznie w ręku Arabów. Największa część ludzi poświęcających się wówczas naukom, udawali się, jak świadczy Boerhawe, do Hiszpanii, gdzie akademje Sarazeńskie, opuściwszy zupełnie prace Greków, zajmowały się zwłaszcza wykładem i tłumaczeniem pism arabskich (2). Dopiero w XV wieku Emmanuel Chrysoloras, Theodor Gaza, Argyropulus, Lascaris, Demetrius Chalcondylas, Jerzy z Trebizondy i Marius Mysurus, cytowani przez Boerhawa, wzbudzili na nowo zapal do autorów greckich. Arabi sami przez się niczem niewzbogacili stanu rzeczy jaki egzystował u Greków co do diagnozy chorób piersiowych, a zwłaszcza co do rozróżnienia zapalenia płewry od zapalenia płuc.

Najważniejsza ze wszystkich gałęzi sztuki lekarskiej, jak mówi Sprengel, anatomja była najmniej w praktyce u Arabów. Nietylko otwieranie trupów hańbi Muzułmana, ale jeszcze nawet zabronione jest przez dogmy religijne. Muzułmanie twierdzą bowiem, że dusza nie opuszcza ciała od razu po śmierci, ale że przechodzi stopniowo z jednej części do drugiej, i że na końcu zamyka się na jakiś czas w piersiach (3). Lekarze arabscy

(1) Sprengel, Hist. de la Médecine, t. II, p. 113.

(2) Instit. de méd., traduit par De la Metterie, t. I.

(3) Sprengel, ibid., t. II.

uczyli się anatomii prawie wyłącznie w dziełach Galiena, niektórzy tylko pozwalali sobie uczyć się osteologii na cmentarzach. Co do opisu chorób, kopjowali jedynie autorów greckich. Rhazes nic nas nie uczy o zapaleniu plevry i płuc, czegobyśmy już dotąd z rozbioru dzieł Hippokratesa lub Caeliusza Aureliana nie wiedzieli. Podobnież jak ci autorowie, Rhazes uważa expektoracyą krwistą jako należącą do obudwu tych chorób; kolka w boku, jest także w oczach jego charakterem plevryty; trudność zaś większa w oddechu, i rumieniec, oznaczają zapalenie samych płuc. Z resztą Rhazes utrzymuje, że każda z tych affekcyj może łatwo przechodzić jedna w drugą (1).

Ten stan rzeczy przedłużał się aż do XVII wieku; wyznać jednak trzeba że popęd jaki odebrała anatomja w XVI wieku, obudził także zapał do śledzenia chorób na trupach. Vesal pierwszy opisał dokładniej *mediastinum*, zbijając raz na zawsze błąd poprzednich lekarzy, którzy utrzymywali, że tam się płuca znajdowały. Jakkolwiek bądź, Van-Helmont twierdził jeszcze, że na powierzchni płuc znajdowały się liczne otworki, których zatkanie zrządzało choroby, a które jednak miały się zamykać po śmierci. Wielu anatomów XVII wieku, a między nimi Tomasz Bartholin, Swamerdam, Tomasz Willis, Wepfer, i t. d., i t. d., podzielali tę opinią Archibald Pitcarn zaczął być już przeciw tym błędom powstawać, ale dopiero w 1715 roku Muschenbrock dowiódł, że nic wcale nie wydobywa się powierzchnią płuc, i że te organa nie mają żadnej komunikacyi z workiem plevrowym. Od tego czasu, zwłaszcza po ogłoszeniu doświadczeń Boërhawa i Hallera, kwestya ta nie ulegała już żadnej wątpliwości i była powszechnie przyjętą.

(1) Habes candide lector continentum Rhasis opus per Hieronymum Surianum ord a.Camldul. Venetii, 1552, lib. x, fol. 92.

§ 2. EPOKA ANATOMO-PATOLOGICZNA.

Lekarze XVII wieku odznaczeni się, zwłaszcza, gustem do nadzwyczajności, i woleli się ubiegać za wyszukiwaniem nowości, a niżeli poświęcać się cierpliwie i z należytą rozważą examinowaniu trupów.

Felix Plater, pomimo że miał sposobność examinowania dużo ciał po różnych chorobach, uważa plewrytę i pneumonję za jedną i też samą chorobę. W jednej jak w drugiej, było zawsze, podług tego autora, zapalenie płuc « nos vero non tantum in peripneumonia, verum etiam in pleuritide, quam veram vocant, pulmones inflammatos fuisse..... possumus demonstrare » (1).

Jedyną różnicą, jaką autor ten znajduje między temi chorobami, zdaje mu się zależeć na tem, że kolka w boku jest cokolwiek mocniejszą w plewrycie « peripneumonia, per cætera, nisi, quod dolorem attinet, pleuritidi omnino similis est » (2).

Sydenham postępuje tą samą drogą i podobniez popełnia błędy. W oczach tego sławnego lekarza plewryta, różni się jedynie tem od pneumonii, że w tej ostatniej, zapalenie płuc jest daleko głębsze i większą zajmuje przestrzeń. Nie możemy tutaj pominąć, że podług *Sydenhama*, plewryta nie jest wcale chorobą miejscową, ale pochodzi z zapalenia ogólnego krwi, które się następnie w płucach objawia. Opinia ta zbliża się wiele do opinii *Cæliusza Aureliana*, który już coś podobnego utrzymywał « igitur in pleuritica passione, non simplicem lateris dolorem, verum etiam, febre acuta attestante, totum corpus pati videmus. » Niektórzy lekarze dzisiaj i zwłaszcza *Dr. Piorry* utrzymując tę samą opinią, powtarzają jedynie, co już było oddawna przypuszczane.

(1) *Felicio Plateri, Prax. med. tomi tres Basileæ, 1736.*

(2) *Ibid., t. II, p. 382.*

Co do affekcyi nazwanej przez Sydenhama *falszywą pneumonją, peripneumonia spura*, czyli *fausse péripneumonie* Francuzów, odpowiada ona widocznie temu stanowi chorobliwemu, w którym auskultacya odkrywa mniej więcej zapalenia w drobnych bronchjach, a czasem i w pęcherzykach płucnych.

Hoffman jest jeszcze tak daleko od przypuszczania jakiegoś związku między plewrytą a różnemi wydzielniami wodnistemi w worku plewrowym, że woli przypisywać te wydzielania, dyspnei i nieustannemu kaszlowi, które są wyraźnie ich skutkiem. Autor ten uważa w tym razie kaszel i dispnee, za cierpienia poprzedzające i będące natury nerwowój (1).

Zaden z autorów XVII. wieku nie nastawał tyle co Baglivi, na niezbędną potrzebę diagnozy. „*Prima basis curandorum morborum est recta eorumdem cognitio, atque debitum unius ab alio discrimen... detecto igitur fonte diagnostico cujuscunque morbi, remedia indicationesque curativæ statim manifestantur; eodemque vero neglecto aut latente, morbus unius speciei, curatur pro alio, speciei fere remotissimæ; qua de causa cum eventus non respondeat opinioni præconceptæ, ignari medici, morbos quam plures tamquam incurabiles deserunt, medendi methodum lacesunt, medicinam incertam esse dicunt.*”

Niestety, cóż mogły najlepsze chęci bez metod fizycznych, jakie dziś posiadamy! Baglivi chcąc się przekonać, czy w istocie niemylił się, skoro przypuszczał u jakiego chorego plewrytę, miał zwyczaj kłaść go na bok, polecając mu oddychać głęboko i kaszlać. Jeżeli w takim razie chory czuł kłócie w jakim punkcie, lub przynajmniej ciężkość, to już było dowodem, że diagnoza była niemylną. Łatwo sobie wystawić można niedosta-

(2) Médecine raisonnée de Fred. Hoffmann, traduit par Jaques-Jean Bruhiez, 9 vol. in-8°.

teczość podobnej metody, w największej części przypadkach. Dla tego też po wieloletniem usiłowaniu, Baglivi wyznaje z otwartością, która mu zaszczyt robi, że nie znalazł trudniejszego w praktyce, jak rozróżnienie chorób piersiowych jednych od drugich « nullius membri affectiones tam obscuris ad invicem confunduntur signis quam morbi pulmonum, unde sæpissime unum pro alio curare solent ignari practicantes » (1).

Huxham utrzymywał, że wszystkie zapalenia ostre płuc zaczynały się zawsze od zapalenia plewry, które dopiero następnie przechodziło czasem do płuc w skutek przeszkody, jaką ból przynosił w cyrkulacyi tego organu. Dla tego też od niego zwłaszcza poczęto nazywać zapalenie płuc *pleuro-pneumonją*, wyraz, którego dotąd używamy, skoro widocznie te dwa zapalenia zdają się być skombinowane. Nareszcie Huxhamowi należy się oddać zasługę, że jeden z pierwszych zrobił dokładny opis charakterów anatomicznych zapalenia płuc, przynajmniej tych, które stanowią dzisiejszą hepatyzacyą czerwoną, czyli drugi stopień pneumonii.

Morgagni nie tylko opisał dokładnie hepatyzacyą, ale starał się ją już wytlumaczyć. « Tam, mówi ten sławny lekarz, gdzie nie tylko naczynia krwiste, ale nawet gałązki bronchialne i wszystkie rozgałęzienia należące do płuc, jako też pęcherzyki płucne, które z niemi komunikują, są napełnione zsiadłościami krwi do polypów podobnemi, tam widoczna jest, że musi nastąpić twardość (2) i gęstość w miejscu rzadkości i miękkości, i że naturalna lekkość płuc musi być zastąpioną przez ciężkość, jaka raczej wątrobie przystoi » (3).

(1) Prax. méd., lib. 9, p. 203.

(2) Pod tym względem Morgagni się omylił. Hepatyzacya ma za charakter zgęszczenie substancyi płuc i zbliżenie się ich nle jako, pod tym względem, do wątroby, ale zamiast stwardnienia, zapalenie robi przeciwnie płuco kruchszem i łatwiejszem do zgniecenia.

(3) De Sedibus et causis morborum, lettre xxi, art. 20.

Obok tak dokładnego opisu heparyzacji płucnej, Morgagni, który, można powiedzieć, rozpoczyna zupełnie nową dynastją anatomo-patologów, nie podobnego nie zrobił dla plewryty. Nie jeden z czytelników zadziwi się może, skoro się dowie, że Morgagni niewierzył wcale temu, żeby zapalenie plewry mogło samo exystować bez zapalenia płuc. « Anatomja, rzeczywiste światło medycyny, uczy, że niema nigdy prawdziwej plewryty bez pneumonii » (1). Wszystkie zebrania wodniste i ropiste w worku plewrowym, były jedynie w oczach Morgagniego, konsekwencyą zapalenia samych płuc. » Niech u chorego dotkniętego zapaleniem płuc, cyrkulacja zwolnieje w płucach ; niech liczne cząstki płynne, które co moment są wydzielane, chociaż nie widocznie, przez powierzchnię wewnętrzną trachei, i przez całą powierzchnię skóry, zostaną wstrzymane w ich biegu, natychmiast otwierają się dla nich nowe drogi ; kierują się one zwłaszcza do takich błon, które mają wtenczas otwory większe i cieplejsze, to jest do błon, które otaczają ściany i organa piersiowe. To wydzielanie się wodnistości, będzie się tym prędszej odbywało, im więcej krew będzie doznawać trudności w przechodzie przez płuca, i im więcej piersi będą zmuszone używać sił do wypędzenia krwi z płuc kaszlem lub oddychaniem » (2). Co zaś do pseudomembran, te uważane były przez Morgagniego, jako osad gęstszych części na ścianach, w skutek spożyciu.

Po tem, cośmy tu zacytowali, łatwo się można przekonać o czczości teoryj, za pomocą których staramy się nieraz tłumaczyć obserwowane wypadki. Teorye mają zawsze w sobie dużo pożyczanego. Duch panujący społeczeństwie, często nawet sposób widzenia indywidualny mogą wiele na nie wpływać ; często się nawet zdarza,

(1) Epist. xxi, cap. 40.

(2) Epist. xx, cap. 34.

że zaraz po starciu się teoryj z należytą rozważą, już z nich nic niepozostaje. Lecz jeżeli teoria, za pomocą której Morgagni starał się tłumaczyć wydzielania piersiowe i pseudomembrany, spełzła od światła, jakie na ten przedmiot rzucili jego następcy, to nic nie zniemiło faktów, które były tak dokładnie przez tego sławnego lekarza opisane. Przeciwnie, też same fakta posłużyły później innemu wielkiej renomy lekarzowi, sławnemu De Haen, do zbitcia kompletnego opinii Tissota, który naśladowując Morgagniego, chciał także zaprzeczać exystencji oddzielnego zapalenia plewry. Oprócz znakomitego talentu, jaki De Haen w tej sławnej polemice pokazał, starał on się jeszcze przekonać bezpośredniemi dowodami o zapaleniu plewry. On pierwszy utrzymywał, że plewra jest w stanie pokazywać ślady kongestyi naczyni w zapaleniu, i zacytował to doświadczenie Boërbawa, w którym wstrzykując wodę letnią do aorty zstępującej, sławny ten obserwator widział, jak woda przesiąkała, w postaci lekkiej transpiracyi, na powierzchnię plewry (1).

Stoll, oprócz swego *widzi mi się* o policholii, którym zamącił raczej, jak objaśnił historią chorób piersiowych, nic nie dodał, cohy mogło rzucić jakieś nowe światło na diagnozę plewryty i jej odróżnienie od pneumonii. Nie zatrzymamy się zatem więcej na tym lekarzu sławnym pod wielu względami, aby poświęcić więcej czasu innemu lekarzowi wiedeńskiemu, może mniej znanemu, a który jednak zasługuje w tej pracy na szczególniejszą wzmiankę.

Quarin prawie spółczesny Stolla, lekarz cesarza Józefa II, i naczelný lekarz Szpitalu Miłosierdzia w Wiedniu, odznacza się przez cokolwiek więcej precyzyi w definicyi plewryty i pneumonii. Podług tego autora

(1) Ratio medendi, t. ix.

pierwsza ma siedlisko w plevrze, a druga zaś w *pęcherzykach płucnych*. Lecz co zwłaszcza uderza w tym lekarzu, to opis niektórych symptomatów dostępnych jedynie słuchowi; czytając ten opis, mogłoby się wydawać, że autor już był bardzo blisko wynalazku auskultacyi. « Jest to także zły znak, mówi Quarin, skoro kaszel jest suchy, gorącość w piersiach, i skoro się tam słyszy pewien odgłos fatygujący, pewien rodzaj *krepitacyi*, którą sprawiają, z powodu ich suchości, pęcherzyki płucne wczasie wydymania się ich podczas inspiracyi. Szelest spowodowany przez powietrze zatrzymane w płucach zatkanych obfitym śluzem, jest także niebezpiecznym symptomatem, » « *damnatur et ingratus in pectore strepitus cum tussi sicca et fervore, qui fit vel ab aere mucos collecto irretito, vel a vesiculis pulmonum siccitate crepitantibus, dum inspirando extenduntur* » (1).

Trudno jest niedostrzedz w tym opisie wielkiej analogii, nawet co do niektórych wyrażeń, z tém, co nam później było objawione we Francyi przez Laenneka. Dodamy, że Quarin zdawał się przywiązywać wiele wagi do krepitacyi, o której mówi, ostrzega bowiem, aby ją niepomieszano z innym fenomenem akustycznym, który się objawia, skoro kawałek gęstego i lepkiego śluzu przylgnie do trachei « *bene distinguendus a levi strepitu qui educto sputo in trachea herente brevi cessat*. »

Dziwić się należy, że Niemcy niezwrócili uwagi na tak ważne spostrzeżenie jednego z ich lekarzy, które już dawno przed Laennekiem, można było rozwinąć i dojść tym sposobem do odkrycia auskultacyi. Wszystko to nam dowodzi, że obserwacya lekarska nie jest czystem zastosowaniem mniej więcej wyuczonein zmysłów do dociekania natury chorób, ale że w diagnozie, równie jak i w terapeutyce, medycyna zbliża się raczej do sztuk, i

(1) *Traité des fièvres et des inflammations* de Joseph Quarin, traduit par J. B. Emonnot, t. II.

że podobnie jak wszystkie sztuki, na geniuszu indywidualnym się opiera. Dla tego też widzimy nieraz, że na pewnej liczbie lekarzy wychowanych w jednych i tychże samych kondycjach, pod temiż samymi mistrzami, mało tylko jest takich, którzy, będąc obdarzeni potrzebnym do tego geniuszem, są w stanie wznieść się nad gmin i posnuwać postęp ich sztuki; największa zaś część zdolni są tylko przebiegać, z mniejszym lub większym użytkiem dla ludzkości, już wytknięte poprzednio drogi. Pierwsze spostrzeżenia Laenneka nie miały zapewne na pozór więcej wartości jak te, którycheśmy tutaj, podług Quarina, dali opis. Ale geniusz tego wielkiego obserwatora, pojął natychmiast całą ich ważność i umiał je rozwinąć do tego stopnia, że dziś nawet, zaledwie że można coś po nim dodać. Chociażby zatem ktoś chciał przypuszczać, że Laennek mógł być czytać dzieło lekarza wiedeńskiego, i że mu ztamtąd przyszły inspiracye do swojego odkrycia, to nikt, jak on tylko może być uważanym za wynalazcę auskultacyi i sława jego z nikim innym niemoże być podzielaną. Co do mnie, cytując powyższe wyjątki z dzieł Quarina, które dotąd uszły baczności innych, a co większa, autorów niemieckich, którzy najwięcej w tej sprawie byli interesowani, dopełniłem jedynie obowiązku sumiennego historyka; ale nigdy niemogło mi przyjść na myśl, aby przypuszczać Niemców do podzielania w tym względzie sławy, która jest bezwątpienia jedynie Francuzów własnością.

§ III. EPOKA AWENBRUGGERA.

Koniec XVIII wieku odznacza się w historii medycyny, a zwłaszcza w historii chorób piersiowych, stanowczym wynalazkiem *Perkussyi*. W roku 1763 Awenbrugger, lekarz Wiedeński, objawił po raz pierwszy światu uczonemu ten piękny wynalazek. Jakkolwiek

bądź De Haën, Stoll, Cullen, spółcześni Awenbruggera, zaledwie robią wzmiankę o tém szczęśliwém zastosowaniu akustyki. Francya jedna, zawsze pierwsza skoro chodzi o oddanie sprawiedliwości czemu bądź co tylko cechuje prawdziwy postęp, Francya jedna umiała zaraz ocenić korzyści tej metody i przyjęła ją natychmiast na swoją gościnną ziemię. Dzieło Awenbruggera tłumaczone naprzód przez doktora Rosière de la Chassagne w 1771 roku, było później powtórnie przełożone na język francuzki przez Doktora Corvisart, który otaczając to odrycie blaskiem swojego imienia, przyczynił się był najwięcej do upowszechnienia tej metody. Wtedy dopiero Niemcy, którzy w początku wcale nieprzywiązywali wagi do wynalazku Awenbruggera w własnej ojczyźnie, zaczęli ubóstwiać jego imię i upominać się o sławę jego.

Zasady wynalazku Awenbruggera były następujące :

1° « Jest widoczna że każda przyczyna zdolna zmniejszyć lub zniweczyć zupełnie ilość powietrza zamkniętego w płucach, musi, tém samém, zmniejszać lub zniweczyć dźwięk naturalny klatki piersiowej. »

Aby o tém dokładnie przekonać, Awenbrugger porównywał dźwięk oddawany przez klatkę piersiową za pomocą perkussyi, z dźwiękiem jaki wydaje, przez sztukańce w różnych punktach, beczka, skoro się w nią naleje, w rozmaitych proporcjach, wodę. Oprócz tego, robił on także doświadczenia na trupach i wlewał wodę w worek plewrowy, dla przekonania, że skoro tylko znajduje się tam mniej więcej płynu, natychmiast dźwięk powietrzny właściwy płucom, jest zastąpiony w odpowiedniej przestrzeni przez odgłos zupełnie głuchy czyli niemy *tamquam percussi femoris*.

2° « Jeżeli perkutując okolice piersi, które zazwyczaj oddają dźwięk powietrzny płuc, nie znajdzie się równego dźwięku z jednej jak z drugiej strony, stosownie do

mocy uderzania, to już widocznie dowodzi, mówi Avenbrugger, że tam jest jakaś choroba ukryta w piersiach.»

3° « Skoro klatka piersiowa, będąc perkutowana w jedném z miejsc, które powinny oddawać dźwięk powietrzny, zamiast tego dźwięku robi podobne wrażenie do tego jakie sprawia równie silne uderzenie w kawał mięsa, można być pewnym, że choroba zajmuje, w takim razie, całą przestrzeń gdzie się ten fenomen objawia. »

Aplikując te zasady do examinu chorych, nieraz udało się Avenbruggerowi diagnostykować choroby piersiowe, które przez długi czas zostawały ukryte i których podług niego żadną inną metodą diagnostykować nie było można : « *Atque nulla ratione deteguntur quam sola hac percussione methodo.* »

Co jest pewna, to to, że za pomocą metody Avenbruggera, można było już nieraz diagnostykować zbiory płynne w worku plewrowym, tam gdzie wprzód często nawet ani domyślać się ich można było. Niemożemy powiedzieć tego samego o diagnozie pneumonii. Avenbrugger wiedział już dobrze, że dźwięk powietrzny równie mógł zniknąć pod wpływem płynów jak przez zastąpienie powietrza ciałem stałym, ale nie uczy nas sposobów rozróżnienia tych stanów.

Epoka ta chociaż krótka, jest jednak najważniejszą ze wszystkich epok, o których dotąd mówiliśmy, pod względem diagnozy chorób piersiowych. Zwracając uwagę lekarzy ku metodom fizycznym, perkussya przygotowała, można powiedzieć, wynalazek innej metody która ją później nierównie dalej przeszła pod względem ważności swoich następstw. Dwie te metody, perkussya i auskultacya dominują majestatycznie w całej historii chorób piersiowych, jak dwa wspaniałe szczyty, które podróżujący, z przyjemnością, po długiej monotonii płaskich widoków, odkrywa. Jakoby dla zmniejszenia

ogromnego odstepu jaki jeszcze te metody przedzielał, zjawił się nowy geniusz, Xawery Bichat, którego nowe i genialne pomysły pod względem anatomii ogólnej, stały się, można powiedzieć, spójnikiem między perkussją i auskultacją.

§ IV. EPOKA DOKTORA BICHAT.

Pomiędzy rozmaitemi zmianami jakie w ogóle nastąpiły w sposobie widzenia rzeczy, w skutek praktycznych dążności filozofii XVIII wieku, i rewolucyi francuzkiej, można śmiało policzyć do najciekawszych, zmianę, jaka ogólnie we wszystkich naukach a mianowicie w anatomii nastąpiła. Bichat na samym początku tego wieku, trzymał berto sztuki lekarskiej i otwierał nową zupełnie drogę w historyi anatomii. Dowiodłszy przez liczne doświadczenia, że plevra należy do systematu serwatkowego, który sam jest tylko rozwinięciem systematu komorkowatego, Bichat przekonał i tem samém, co jeszcze było wątpliwe w oczach największej części lekarzy, że plevra jest skłonną do zapalenia. Oprócz tego dał pierwszy poznać charaktery anatomiczne tego zapalenia, i dowiódł czego dotąd niewiedziano, że wydzielenia wodnisto-ropiste, które się często w worku plevrowym znajdują, są właśnie skutkiem tego zapalenia.

„ W pierwszym peryodzie zapalenia, mówi Bichat, gdzie naczynia wyziewające błon serwatkowych są napełnione krwią, która się tam przypadkowo dostała, wszelkie wydzielenie serwatki jest wstrzymane. Wówczas błony te będąc bardzo czułe i suche, ruch organów oddechowych, które są niemi powleczone, staje się bardzo bolesny. Wtedy to właśnie następują przyrośnięcia ścian zostających w zetknięciu. Jeżeli zaś ruch ciągły tych ścian przeszkadza temu zrośnięciu, a zapalenie

nie kończy się przez rezolucyą, wtedy odbywa się, co się zdarza w każdej ranie która się nie goi pierwszą intencyą, to jest : następuje ropienie, bez żadnego jednak poprzedniego owrzodzenia ani nawet bez najmniejszej ranki. W najobfitszych nawet ropieniach ściany błon serwatkowych zostają zawsze pod tym względem nietknięte, i mogą jedynie grubieć; co zaś do ropy, jest ona tam wydzielaną w podobny zupełnie sposób, w jaki się wydziela z krwi wodnistość w stanie normalnym, to jest przez exhalacyą. Płyny exhalowane tym sposobem mogą przybierać rozmaitą postać, począwszy od wodnistości koloru mniej więcej mlecznego aż do grubiej pseudomembrany przyrastającej do tej samej błony, która odjęła ze krwi, pierwiastki w skład jej wchodzące. »

Trudno jest dokładniej zdeterminować naturę zapalną wodnistości worka plewrowego. Bichat posunął *examen* tych wodnistości aż do szczegółów chemicznych.

« Należy rozważyć, mówi ten sławny Anatom filozof, że wszystkie płatki białawe, które się często dają widzieć w pośród serwatki, równie jak pseudomembrany i same nawet płyny które się najczęściej przedstawiają jakby mlekiem zabielone, nie są czém inném jak białkiem mniej więcej obficie rozpuszczoném w serwatce. Można by prawie myśleć, mówi Bichat, że gorąco inflamacji sprawia w tym razie ten sam skutek za życia, jaki sprawia sztuczne gorąco na białku jaja lub na serwatce wszelkich hydropsów (1). »

Od tej chwili duch anatomii ogólnej przeniknąwszy swoim światłem filozoficzném zimne i odrębne opisy charakterów trupowych, nadał każdemu z nich nowe życie, i poraz pierwszy właściwe znaczenie, co sprawiło tym sposobem wielkie zmiany w całej patologii, a mianowicie w patologii chorób piersiowych.

(1) *Anatomie générale*, 2^e partie.

Pinel pierwszy wówczas oddzielił dokładnie plewrytę od pneumonii, umieszczając jedną z nich w klasie zapaleń błon serwatkowych, a drugą między zapaleniami parenchymatycznymi. Sławny ten nozograf nie waha się już wcale przypisywać plewrycie (1) zbiorów płynnych w worku plewrowym, równie jak i pseudomembran i przyrośli błonistych, które nieraz łączą jedną plewrę do drugiej.

Z innej strony Broussais, w sławném swoim dziele : *histoire des phlegmasies chroniques*, które wyszło w 1808 roku, podobnież robi odróżnienie. Opis charakterów anatomicznych plewryty które się w tém dziele znajduje, nie prawie już niezostawia do życzenia. Broussais podobnie jak Pinel robią już zastosowanie perkussyi do diagnozy wydzielai płynnych, pochodzących z plewryty. W oczach obudwu tych sławnych lekarzy, zastąpienie odgłosu płucowego w klatce piersiowej przez odgłos mięsny, ze strony atakowanej plewrytą, było znakiem hydratoraxu.

Jakkolwiek bądź, dopiero doktorowi Corvisart na leży zostawić zasługę poszukiwania sposobów odróżnienia plewryty od pneumonii, za pomocą perkussyi. Corvisart powtórzył po Avenbruggerze, że skoro dźwięk płucowy zastąpiony jest w pewnej przestrzeni klatki piersiowej, odgłosem mięsnym, to równie może być skutkiem heparyzacyi płuc jak hydratoraxu. Robi jednak Corvisart tę uwagę, że w tym ostatnim przypadku zmieniając pozycyą chorego w łóżku, można tém samém zmienić pozycyą miejsca w którém się był odgłos mięsny zamiast płucowego okazał. Przeciwnie, dodaje Corvisart, nie ma podobnego w heparyzacyi płuc, gdzie odgłos mięsny jak i afekcyja płuc która ten odgłos sprawia, zostają zawsze niezmiennie. Trudność będzie daleko większa, skoro cała jedna strona piersi jest napel-

1) Nosographie philosophique.

niona płynem. W takim razie odgłos mięsny objawiając się wszędzie, nie można już rachować na zmianę pozycyi i łatwo jest wziąć hydrotorax za hepatyzacyą lub przeciwnie. Jakkolwiek bądź, dodaje Corvisart, kto ma dużo praktyki w perkussyi, ten może uczuć w końcach palców pewne odcienie, które, pomimo wielu trudności, dozwoli mu rozróżnić te dwa stany jeden od drugiego.

Niemozna zaprzeczyć, że po wskrzeszeniu perkussyi Avenbruggera, przez doktora Corvisart, wielki nastąpił postęp. Jakkolwiek bądź, metoda ta jeszcze była bardzo niedostateczną. I tak, jeżeli perkussya pozwalała diagnostykować plewrytę z hydrotoraxem, pomoc jej była prawie niczem, skoro wypadało diagnostykować plewryty w których same tylko pseudomembrany się tworzyły. Z drugiej strony trudno było, jedynie perkusyjnym sposobem, iść za tropem wszystkich modyfikacyj, jakie w ciągu plewryty w naturze płynu i jego obfitości zajść mogą. Dodamy, że perkussya nie mogła wcale służyć do diagnozy pneumonii, skoro jeszcze nie było hepatyzacyi płuc, równie jak do rozpoznania przejścia odwrotnego hepatyzacyi, drogą rezolucyjną, do pierwszego stopnia zapalenia.

§ V. EPOKA LAENNEKA.

Aby ocenić postęp jaki wynalazkiem auskultacyi medycyna zrobiła w dyagnozie plewryty i pneumonii, dosyć jest, będąc obeznanym z tą metodą, odczytać liczne obserwacye chorób, które się w dopiero zacytowanym dziele doktora Broussais znajdują. Wydanie dzieła tego zaledwie dziesięć laty wyprzedziło objawienie główniejszych znaków auskultacyi, a ileż tam jednak można jeszcze naliczyć błędów w dyagnozie? plewryt chronicznych wziętych za suchoty lub katar; affekcyj płuc za affekcyje plewry, i t. p. Wszystko to zmienia się

za odkryciem auskultacyi, metoda ta bowiem wyrzyła na symptomatach za życia tę samą kontrolę pewności jaką przed Laënnakiem, sama tylko anatomja patologiczna, i to po śmierci, dawać im mogła. Czemże bowiem są te rozmaite wrażenia akustyczne, które ucho odbiera w rozmaitych chorobach piersiowych, jeżeli nie żyjącem świadectwem tej lub owej dyspozycyi anatomicznej organów oddechowych lub należących do cyrkulacyi? Ucho obserwatora jest w tym razie niejako skalpelem, który przenikając za śladem fenomenów akustycznych wśród organów, objawia ich kondycye anatomiczne. Nie chcąc tutaj mówić o innych chorobach jak o plewrycie i pneumonii, należy wyznać, że auskultacya potwierdziła nam, czego już anatomia patologiczna domyślać się kazała: że zapalenie płuc w trzech stopniach przedstawiać się może. Pierwszy z tych stopni, który jest jeszcze stanem kongestyjnym i sekrecyjnym (*engouement*), jedynie tylko auskultacyą mógł być wysledzony. Powietrze dochodząc jeszcze w tym stanie do pęcherzyków płucnych, niedaje perkussyi dostatecznego powodu do odkrycia tego stopnia za pośrednictwem jakiej modyfikacyi w odgłosie wydawanym przez stukanie w klatkę piersiową. Tym czasem sekrecya wilgotna która ma miejsce w pęcherzykach płucowych w skutek ich zapalenia, objawia się zaraz przy każdej inspiracyi. Robi się wtenczas bowiem przy wejściu powietrza, co można naśladować sztuką, przepuszczając pewną ilość powietrza przez jakiś płyn mniej więcej lepki, zwłaszcza jeżeli się zamknie ten płyn w jakimś cieple gębczastem, zbliżającem się tym sposobem do budowy komorkowatej płuc. Ucho przyłożone wówczas do klatki piersiowej odróżnia z łatwością pewien rodzaj trzeszczenia, który *krepitacyą* nazwiemy. Jeżeli zaś pneumonja już przeszła pierwszy stopień; jeżeli płuco jest w stanie hepetyzacyi, w skutek pozatykania pęcherzyków,

auskultacya przekona zniknięciem oddechu pęcherzykowego, o nieprzenikliwości płuc. Powietrze niemogąc przejść po za bronchje, ucho odbiera nienormalne wrażenie; oddech *wezykularny* czyli *pęcherzykowy*, jest zastąpiony oddechem *bronchjalnym*. Z drugiej strony, głos chorego niebędąc przytłumiony gębczą strukturą płuc, odbija się daleko mocniej o ściany bronchjów; vibracye jego łatwiej się przenoszą do ucha przez zhepatyzowaną przegrodę, tak dalece, że się wydaje lekarzowi jakby mu chory do ucha przez rurę mówił; ten fenomen stanowi tak nazwaną *bronchofonję*.

W diagnozie plewryty auskultacya oddała także niepospolite usługi. Nieraz się zdarza że zapalenie plewry jest, że tak można powiedzieć, suche, że wszystko się ogranicza na exhalacyi gęstej materyi, która się w pseudomembrany na ścianach plewry układa. W takim razie, powietrze dochodzi wolno do pęcherzyków; ale plewra płucna, przy każdym nadęciu się płuc przy inspiracyi, sprawia, nierównościami pseudomembran, pewien rodzaj tarcia przy zetknięciu się z plewrą boczną. Tarcie to komunikuje się łatwo do ucha, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem stetoskopu. Jeżeli worek plewry jest napełniony płynem, część gębcza płuc będąc nim przygnięcioną, powietrze przy każdej inspiracyi nie przechodzi po za bronchje i, podobnie jak w pneumonii, daje także słyszeć *oddech bronchjalny*. Głos chorego odbijając się w bronchjach nabiera także charakteru bronchjalnego czyli rurowego. Oddzielony jednak od ucha przez plewrę, która jest wtenczas mniej więcej wyteżoną, sprawia on w niej nowe vibracye, co mu nadaje pewien charakter drżący, który beczenie kozy przedstawia, i to jest co stanowi *egofonję* (1). Nareszcie, jeżeli

(1) Dlatego też właśnie, chcąc mieć wyobrażenie o egofonii, dosyć jest przyłożyć grzebień rzadki do ust i nakryć przeciwną stronę papierem. W takim położeniu mowa sprawia w papierze vibracye które egofonję przypominają.

worek plewrowy zawierający płyn, otworzy sobie komunikacyą z płucem, auskultacya objawia nam tę komplikacyą dwoma nowými fenomenami akustycznými, z których jeden można nazwać oddechem amforycznym a drugi dźwiękiem metalicznym (*respiration amphorique et tintement métallique* Laenneka).

Pokazuje się z tego wszystkiego, że w przeciągu kilkunastu lat diagnoza, a tém samém i terapeutyka plewryty i pneumonii, większe nierównie zrobiły postępy a niżeli przez dwanaście poprzednich wieków. Nie było w mojej intencji robić tutaj zupełnego opisu nadzwyczajnych usług jakie wynalazek auskultacyi oddał sztuce lekarskiej. Po tém cośmy tutaj co do plewryty i pneumonii powiedzieli, można już łatwo wystawić sobie wielkie korzyści tej metody w innych chorobach; korzyści te prędko były ocenione. Jeżeli niektórzy starzy opierali się cokolwiek rozszerzaniu auskultacyi w praktyce, temu się wcale dziwić nie należy. Ludzie będący przy schyłku wieku rzadko poklaskują najlepszym nawet nowościom. Jest to kwestya miłości własnej, która z trudnością decyduje się przyjąć jakikolwiek postęp do którego w żaden sposób nie można się, mniej więcej bezpośrednio, przyczepić. Dlatego też wcale nie należy się dziwić, jeżeli w ostatnich latach życia, siedmdziesięcioletni starzec, J. Frank, powstawał przeciw ważności jaką przywiązywano do auskultacyi w diagnozie chorób piersiowych, oświadczając że nigdy sam z téj metody skorzystać nie potrafił, chociaż najdoskonalszym muzykalnym słuchem był obdarzony (1). Cała młodsza generacya rzuciła się przeciwnie z zapałem do uczenia się auskultacyi, tak dalece, że w przeciągu kilkunastu lat, nie było już prawie żadnego lekarza któryby z tą

(1) Tom II, del *Giornale*, de J. R. Inst. Lombardo di Scienze ed arti. Milano 1841 et In Biografia Franka (Jozefa), przez doktora Adamowicza, 1843, w Wilnie.

metodą nie był mniej więcej obeznany. Pisząc tę pracę dla Polaków, sądzę że im przyjemnie będzie dowiedzieć się że jeden z ich rodaków, ten właśnie który tu ma honor przemawiać, miał dosyć znaczny udział w propagandzie tych nowych skarbów diagnozy. Ogłoszona przezemnie w roku 1835 praca pod tytułem *Nouveau manuel complet d'auscultation et de percussion*, miała zaszczyt być tłumaczoną na różne języki. Dwa razy była tłumaczona na język angielski, w Londynie, przez doktora Fitzherbert, i w Bostonie, przez doktora Post; na język niemiecki, przez doktora Hacker, w Lipsku; na język grecki, przez doktora Blastos, z wyspy Hios, w Wiedniu; na język rossyjski, o ile mnie zapewniano, przez doktora Jarockiego. Wiem że była tłumaczona w Madrycie na język hiszpański, ale niewiem imienia tłumacza. Wszystko to dowodzi nam najładniej ważności auskultacyi; podobna do tych drogich roślin które w sobie zbawienny pokarm zawierają, zaledwie zjawiła się auskultacya, a już natychmiast lekarze całego świata ubiegali się za nią; każdy pragnął być pierwszym, skoro chodziło o jej wprowadzenie do własnego kraju. Lecz co stanowi prawdziwie charakter wielkości tego odkrycia, to to że w tym powszechnym zapale nie było najmniejszej sztuki; dyktowany był jedynie z przekonania indywidualnego lekarzy, i kiedy ten zapal dochodził do najwyższego stopnia, wynalazca auskultacyi spoczywał już od parę lat w grobie, w Bretanii, która była jego kolebką. Ja sam nie miałem już przyjemności znać tego wielkiego męża. Ale mocno przejęty użytecznością jego wynalazku, asystowałem z rokoszą chwili jego największego tryumfu. Nieraz zdarzyło mi się widzieć starych lekarzy, którzy niechcąc się dać tak dalece wyścignąć przez młodszą generacyą, robili się chętnie uczniami, aby się mniej więcej obeznac z tajemnicami auskultacyi. Mimoswolnie nastrecza mi się w téj chwili myśl udzielenia

wam, szanowni koledzy, jednego faktu historycznego, którym tym milej mi jest moją pracę zakończyć, że opowiadając to na zgromadzeniu niejako familijném rodaków, pewny jestem zrobić wam przyjemność.

Jest zwyczajem w Akademii lekarskiej paryskiej, że sekretarz główny, tak nazwany *Secrétaire perpétuel*, odczytuje corocznie na ogólnych posiedzeniach pochwałę najznakomitszych członków zmarłych. Po śmierci Laenneka, godność sekretarza należała do doktora Pariset, niepospolitego mówcy. Przez dziesięć lat liczni uwielbiciela geniuszu Laenneka, upominali się na próżno o urzędową pochwałę tego wielkiego męża. Pariset, nader sumienny człowiek, nie śmiał się zdecydować chwalić Laenneka za wynalazek auskultacyi, której, z powodu podeszłego wieku, nie miał sposobności ocenić. W końcu, nie mogąc opierać się dłużej zniecierpliwionej publiczności lekarskiej, Pariset nie widział już innego ratunku jak zacząć się uczyć auskultować, i idąc za słabym odgłosem mojej poczynającej reputacyi, zrobił mi ten niepospolity zaszczyt że mi swoją edukacją powierzył. Z powodu licznych zatrudnień doktora Pariset w szpitalu Salpêtrière, w Komitecie zdrowia a zwłaszcza w Akademii, edukacya ta przedłużyła się kilka miesięcy. Było to dla mnie kilka miesięcy rokoszy, bo miałem przekonanie że mój dobremu sprawie służył, i jako cudzoziemiec szczyliłem się jeszcze więcej z tego wyboru. Trzeba było widzieć jak ten siedm-dziesięcioletni starzec był gorliwy w nauce, ile był szczególnie skorom mu objawił jaki fenomen który mógł zrozumieć i ocenić; natychmiast żywa, południowa jego imaginacya kolorowała przedziwnie i malowniczo obrazy które mi Pariset starał się przekonać mnie o wierności swego ucha. Jeżeli niespodziewane jakie zatrudnienia nie pozwoliły mu być akuratnym w godzinie naszego *rendez-vous*, pewny byłem że wracając do domu, znajdę bilecik z przeproszeniem i z obietnicą większej punktual-

ności na przyszłość. W jednym z tych biletów pisze :
« *Excusez-moi, cher monsieur et très-honoré confrère, je suis retenu aujourd'hui par des besognes imprévues; j'espère deux choses: que vendredi je serai plus libre et que vous me continuerez la même complaisance pour m'instruire.* »

W drugim : « *Eh mon Dieu! mon Dieu! c'est le diable, encore pris aujourd'hui, mais demain, sans faute, en revenant de la Salpêtrière. A vos pieds pardon.* »

W innym : « *Cher enfant, mon temps m'est pris par des voleurs inattendus, multipliés, surnois. A vous demain à 3 heures; préparez-moi, je vous prie, des merveilles, afin d'abrégér mon éducation, car j'ai bien peu de temps. Je compte sur vos bontés. A vous de tout mon cœur.* »

W końcu roku 1839, Akademia lekarska paryzka usłyszała nareszcie pochwałę Laënneka, a cała medycyna francuzka pokryła oklaskami ten nowy dowód wymowy akademickiej doktora Pariset. Prosiłem jak najusilniej, aby w tej mowie nie robił żadnej wzmianki o swojej edukacji, ani o swoim młodym mistrzu, i odtąd unikałem wszędzie mówienia o tem. Zdawało mi się, że sama ta myśl : że się mógł być, chociaż pośrednio, przyczynić do uczczenia pamięci jednego z najznakomitszych lekarzy XIX wieku, była już dla mnie aż nadto zadawalniająca. Wam szanowni koledzy, po raz pierwszy z tem się otwieram, i w przekonaniu że to historyczne wspomnienie może być kiedyś przyjemne rodakom, mam zaszczyt złożyć do Biblioteki Towarzystwa listy autograficzne Pariseta.

Obserwacya reumatyzmu ostrego stawów, przerzucającego się na błony mózgowe i skończonego gwałtowną śmiercią, zakomunikowana na posiedzeniu Towarzystwa dnia 10 września 1858 przez Dra. ED. KORABIEWICZA.

Kiedy w ciągu bieżącego roku, w dziennikach lekarskich obserwacye o reumatyzmie mózgowym zaczęły się mnożyć, nie jeden z nas, komu w ciągu długiego zawodu niezdarzyło się nigdy widzieć go w tym organie, mógł powątpiewać o dokładności i zupełnej ścisłości rzeczonych obserwacyj. W takim właśnie byłem ja położeniu, kiedy na początku miesiąca lipca bieżącego roku, trafiło się mi po raz pierwszy być świadkiem następującego zdarzenia.

Ludwik Kordecki, profesor Szkoły polskiej, mający lat 28, — temperamentu lymfatycznego, konstytucyi skrofulicznej. — Od lat dziecinnych podległy częstym i uporczywym słabościom oczu, w skutek czego utracił wszystkie prawie rzęsy; niemniej też często podlegał zapaleniom gardła i gruczołów szyjowych, które się u niego rokrocznie ponawiały. — Dodać do tego należy, że przed czterema laty, miał już on reumatyzm ostry stawów, wielce bolesny i uporczywy, na jakowy chory był obłożnie więcej trzech miesięcy.

Takie były antecendensa Kordeckiego, kiedy na dniu 3 lipca bieżącego roku, wracając do domu w noc późną i słotną, dostał zapalenia gardła z bolem głowy, łamaniem członków, utrudzonem przełykaniem, wstrętem do pokarmów, i gorączką wyraźną.

Nazajutrz, t. j. 4 lipca, chory nawykły już do podobnych bólów gardła, niezważając na cierpienia i lekką gorączkę, wyszedł na miasto i podobnie, jak dnia po-

przedzającego, zabawił do późnej nocy. Owoż téj nocy porwało go ziębienie, poczem czuć zaczął bole stawów, naprzód w nodze prawej i kolanie, a później w ciągu dnia bole te rozciągać się zaczęły i do stawów lewej strony — t. j. do nogi, kolana, łopatki, ramienia, przedramienia i obu rąk, idąc i podnosząc się od dołu ku górze. W tym właśnie momencie choroby, widziałem chorego; wszystkie już artykulacye były bolejące na dotknięcie, lecz obrzękłości niebyło jeszcze; — ciepło tylko ciała było znacznie podwyższone; skóra sucha; puls przeszło ośmdziesiąt liczył uderzeń; ból lekki głowy, język obłożony, konstypacya. — Dnia tego, t. j. 5 lipca, chory zaczął kuracyą od przeczyszczenia się za pomocą wody Seidlickiej, z dwoma granami emetyku; potem położył się w łóżku, gdzie wszystkie zajęte artykulacye, obwinięte zostały watą skropioną Laudanum. — Za napój choremu, który miał już silne pragnienie, dozwolono wodę chłodną z emetykiem in refracta dosi. — Dnia 6 do powyższych symptomatów, które się znacznie wzmo-gły, przybyła widoczna i gorąca obrzękłość stawów i bezsenność. Bóle nieznośniejsze, pragnienie większe, puls prędszy do ośmdziesięciu sześciu uderzeń dochodzący; oddech był częstszy, krótki, ale swobodny. Niebyło bólu, ani żadnej komplikacyi w okolicy serca, na co w téj chwili szczególną zwracałem baczność. — W takim stanie zostawiłem chorego, zamieniwszy napój wczorajszy z emetykiem, na infuzyą z liści jesionu (frêne) z saletranem potażu, w dozie dwóch gramów na litr płynu. W kilka chwil po mojem odejściu, ktoś z boku poradził choremu następujący środek, ręcząc za jego prędką i niewątpliwą skuteczność. Tym środkiem, były pakuły, któremi radził grubo obwinać całe ciało od stóp do głowy, dla sprowadzenia krytycznych i uzdrawiających potów. Téj rady usłuchał chory, a nowy doradca przyniosłszy kilkanaście funtów rzeczonych pakuł, sam

go obwinał na gołe ciało, od stop do głowy, tak samo, jak dawne mumije obwijac się zwykły, przytwierdzając ręce wzdłuż ciała, za pomocą licznych bandaży i uniepodobniając wszelkie poruszenie członków. Po takiej operacyi, w kilka godzin, nastąpiły poty obfite, ciągłe, nieustające, z wyraźną, jak chory twierdził ulgą. W takim stanie i w takiej pozycyi znalazłem chorego nazajutrz, t. j. dnia 7 lipca. W rzeczy samej, poty były bardzo obfite; całe zawinięcie było niemi przesiąknięte; chory miał wielkie pragnienie, które łagodzone podawanym mu często letnim napojem przepisanej wczora infuzyi. Rad nierad, zmuszony byłem przyjąć rzecz dokonaną, zwłaszcza, że chory utrzymywał, że od chwili nastania tak obfitej sudacyi, bóle stawów stopniowo zmniejszać się zaczęły; — oddech był przyspieszony, lecz swobodny bez kaszlu — ból głowy niewielki, bezsenność, i od dwóch dni konstypacya. Puls z wielką trudnością odkryty, zniżył się do ośmdziesiąt uderzeń, a chory w czasie examinu znosił lekkie przyciśnienie arteryi, bez dotkliwego bólu. Co do klatki piersiowej, téj examini za pomocą perkussyi i auskultacyi, był zupełnie niepodobny, z powodu głębokiego spowicia całego ciała. W takim stanie zostawiony chory, pocił się ciągle przez dwa jeszcze dni następne, t. j. 8 i 9 lipca, ze stopniowém umniejszaniem się bólów, aż do zupełnego onych uciśnienia się. I wistocie dnia 9 lipca o jedenastój zrana, znalazłem chorego w dość pomyślnym stanie. Bóle stawów ustały zupełnie. Artykulacye najmocniej wprzód zajęte, odzyskały swobodę ruchów, — chory pocił się jeszcze, lecz czuł się być lepiej; — głowa tylko była ciężka, zboliała; bezsenność; — i od dni czterech konstypacya; chory sam prosił o lekarstwo na rozwolnienie, i żądał zarazem, ażeby spowicie z pakuł było z niego zdjęte, jako już niepotrzebne i nabawiające go nieznośnej sztywności w całym ciele.

Czyniąc zadosyć pierwszemu żądaniu, dano choremu lawatywę purgującą z aloesu. Co do drugiego — ostrzegłem chorego, że to się odrazu bez wielkiego niebezpieczeństwa zrobić niemoże. Zaleciłem mu roztropną cierpliwość i jedną zaraz zdjąć kazałem kołdrę, przyrzekając następnie powoli i stopniowo uwolnić go z reszty dotychczasowych więzów. Na nieszczęście, chory nie był dosyć ani cierpliwym, ani roztropnym. W kilka godzin po mojem odejściu, sądząc się być uleczonym zupełnie, kazał zdjąć z siebie okrycia, i odrzucić obwijające go i rozegrzane, aż do dymiącej się pary pakuły. Późem wstał z łóżka, ubrał się o własnych siłach, przechadzał się po stancyi i utrzymywał, że wyjąwszy lekkiej sztywności, żadnych bólów w stawach nieczuł, jednem słowem, za wyleczonego siebie uważał. Złudzenie to wszakże nietrwało długo, bo już o godzinie 6 wieczorem, zaczął się skarżyć na silny ból głowy i na dreszcze, które po całym ciele przebiegając, zmusiły go znowu powrócić do łóżka, gdzie mocnym przykryciem i gorącą z ziół tyzanną rozegrzać się usiłował. Dreszcze te podług relacyi infirmitera, trwały do późnej nocy; chory był niespokojny, pił wiele, wstawał często z łóżka, kazał sobie przez noc całą dawać lenemy jedną po drugiej i kąpiele na nogi — lecz nie delirował; nad rankiem dopiero, kiedy chory o ogniu latającym przed oczami mówić zaczął, postrzeżono, że majaczy, lecz majaczenie to, było chwilowe, przerywane dyspozycjami przytomnemi i do jednego tylko odnoszące się ognia. — O godzinie 9 zrana, okazały się wymioty, koloru grysipanowego, z bólem głowy nieznośnym i wielką niespokojnością.

O godzinie 10, kiedy przyszedł odwiedzić chorego, niezawiadomiony poprzednio o niczem, z tego co zaszło od wczorajszej mojej wizyty, ze zdziwieniem znalazłem chorego rozkrytego, rzucającego się po łóżku z niespokojnością. Skarżył się na mocny ból głowy, i trzymał

jedną rękę na czole: — zimno mi, zimno, powtarzał, widzę pełno ognia i żaru w powietrzu; — duszno mi, wołał — a oddychanie było przerywane głębokimi westchnieniami. Wziąłem za rękę, zapytując, czy ma bóle w stawach; odpowiedział, że niema nigdzie, tylko w głowie. Puls był prędki, mały, nierówny, przerywany; — skóra sucha, blada, koloru chloro-anemicznego; — ciepło całego ciała niższe, — głowa tylko i twarz były gorące, i zachowały koloracyą niezwykłą; — pragnienie wielkie, wzbieranie na wymioty. Położenie było nagłe; symptomata tylko co opowiedziane, a nadewszystko — cephalalgja silna, subdeliria, wymioty i agitacya nadzwyczajna, jasno okazywały, że phlegmasia reumatyczna czy to przez extensyą, czy też przez metastazę, przeniosła się do błon mózgowych, i zrodziła tak nazwaną: méningite rhumatismale. Mając na uwadze pierwotny reumatyzm i jego naturę przenośną, kazałem natychmiast wszystkie artykulacye obłożyć wielkimi i gorącemi synapizmami; rozgrzewać oziębione ciało, napalonemi cegłami i dawać do środka calomel cum digitale. We dwie godzin później, po odbytej konferencyi z doktorami Hłuśniewiczem i Gałęzowskim, podniesiona została doza calomelu do 50 centig. naraz, i przyłożono wielkie wezykatorye na kark. Lecz już w téj chwili symptomata komatyczne jawić się zaczęły; — oczy traciły blask, źrenice były nieruchome, głowa opadała własnym ciężarem, połykanie coraz trudniejsze, oppressya wielka, oddychanie ciężkie, westchnienia głębokie, puls drobny, powolny, znikający, jedném słowem: collapsus sił tak był szybki i gwałtowny, że chory w godzinę po tém, wpośród nieczułości i nieruchomości zupełnej żyć przestał.

Historya téj choroby jest interesującą, z tego najbardziej względu, że zdaje się dowodzić niewątpliwie możebności przerzucenia się metastatycznego phlegmazy reumatycznej na błony mózgowe, chociaż najpowa-

źniejsi lekarze w tej materji w metastazę niewierzą, a zdarzenia meningitis cerebialis, w ciągu reumatyzmu stawow ostrego jawiące się, przez extensyą raczėj tegoż reumatyzmu do błon mózgowych tłomaczą.

Ciekawa obserwacya doktora Ed. Korabiewicza, dała powód w Towarzystwie do dyskusyi, z której przytoczymy tutaj główniejsze ustępy.

P. Raciborski dziękuje szanownemu koledze za zakommunikowanie tak ważnego faktu, który powiększa jeszcze liczbę już dosyć licznych przykładów reumatyzmu mózgowego, w tych ostatnich czasach, w dziennikach ogłoszonych. Reumatyzm artrytyczny ostry był przez długi czas uważany prawie za mało ważną chorobę, która prawie zawsze miała się kończyć wyzdrowieniem, jeżeli nieprzechodziła w stan chroniczny. Jednak dwadzieścia lat temu, Professor Bouillaud zwrócił był już uwagę lekarzy na ważną komplikacyą reumatyzmu z plewrytą, a zwłaszcza z perikardytą i endokardytą. Ostatnia z tych komplikacyj, staje się nieraz, tym sposobem, zarodkiem późniejszych rozwinięć affekcyj organicznych serca, które, jak wiadomo, kończą się najczęściej przedwczesną śmiercią. Od niejakiego czasu zwrócono uwagę na inną jeszcze ważniejszą komplikacyą, ze strony mózgu. W takim razie, w ciągu reumatyzmu ostrego, objawiają się symptomata mózgowie jak np. ból głowy, delir, konwulsye, i t. p., i chorzy bardzo często mniej więcej niespodzianie umierają. Komplikacya ta rzadko była obserwowana przez dawnych autorów. Atoli Storck, Stoll, Scudamor, Quarin, robią o nią wzmiankę, Professor Bouillaud, który pięknie napisał dzieło o reumatyzmie, wyznaje, że nigdy nie miał sposobności tej komplikacyi obserwować. P. Raciborski, który przez ośm lat nieodstępował kliniki tego sławnego Profesora, nieprzypomina sobie także żadnego przykładu tej kom-

plikacyi. Jakkolwiek bądź doktorzy : Chomel i Marjolin mieli już sposobność znaleźć parę przykładów w ich praktyce. W ciągu bieżącego roku, kilka nowych przykładów było obserwowanych po szpitalach Paryża, a zwłaszcza w szpitalu Lariboissière u Dra Tardieu; w domu municypalnym zdrowia u Dra Vigla i w szpitalu Ś. Antoniego u Dra Moutard-Martin. Wyjawszy bardzo małą liczbę wypadków, komplikacya ta, podobnie jak w obserwacyi Dra Korabiewicza, zakończyła się śmiercią.

Pierwsza myśl, jaka się nastręcza, skoro się zastanawia nad naturą tej komplikacyi, jest chęć porównania jej z komplikacyami ze strony serca lub plewry. Podobnie jak te organa, mózg jest także otoczony, na wzór stawów, dwiema błonami, jedną włóknistą a drugą serwatkową. Zdawałoby się rzeczą dosyć prostą, żeby pod wpływem reumatyzmu, błony te, jak błony stawów lub serca, mogły być atakowane zapaleniem. Jakkolwiek bądź śledzenia nekroskopiczne, robione z największą starannością, nic podobnego dotąd ze strony mózgu odkryć nie pozwoliły. Błony mózgowe, równie jak i mózg nie tylko niepokazały były żadnego śladu zapalenia, ale były nawet, przynajmniej na pozór, w zupełnie normalnym stanie. Uważanie zatem tej komplikacyi za przykład meningity, byłoby niewłaściwe, podobnie jak by było niewłaściwie, chociaż to było przyjęte przez niektórych lekarzy, uważać koniecznie delir waryatów, lub ruchy konwulsyjne, za skutek zapalenia mózgu, lub jego powłok. Affekcyja reumatyczna ma bowiem ten przywilej, że się objawia często z całym apparatem stanu zapalnego; są jednak wypadki, że tego zapalenia wcale nie ma, ale są inne charaktery reumatyzmu. Wynika z tego wszystkiego, że lepiej będzie, przynajmniej do pewnego czasu, zostawić temu stanowi nazwisko reumatyzmu mózgowego, które wcale nie przesądza, jak meningita, natury zapalnej, ale oznacza jedynie skompliko-

wanie zwyczajnego reumatyzmu stawowego z symptomatami, które zdają się objawiać stan nienormalny mózgu. Reumatyzm trzyma niejako pośrednie miejsce między zapaleniami a newralgjami; jeżeli w wielu razach symptomata zapalenia tak dalece tam dominują, że się tam prawie typ zapalenia widzi, bywają także częste przykłady, że nic podobnego nieznośnych bólów, kontraktur muszkułów, lub nawet ich sparalizowania, wytłumaczyć nie jest wstanie.

Nienależy myśleć, że ta komplikacja ma jedynie miejsce w reumatyzmie stawowym, bardzo mocnym obejmującym znaczną liczbę stawów; może się ona zdarzyć w bardzo lekkim na pozór ataku. P. Raciborski cytuje pod tym względem kilka przykładów, ogłoszonych świeżo w dziennikach, i dwa z własnej praktyki. Sposób leczenia niezdaje się wcale wpływać na zrodzenie tej komplikacji. Widziano ją u chorych, którzy byli leczeni siarkanem chininy, jako też u chorych leczonych saletrą, i t. p. Chory P. Korabiewicza, był głównie leczony okładaniami z waty, w celu wzbudzania potów. Co jest jednak godne uwagi, to to, że Professor Bouillaud, który w reumatyzmie ostrym puszcza krew obficie, i sposobem powtarzanym, nigdy tej komplikacji nieobserwował; sposób ten leczenia byłżeby w istocie przyczyną tego wyjątkowego szczęścia? do przyszłości należeć będzie wyrzec w tym względzie swoją opinią.

Examinując z bliska przykłady dotąd znane, nie zdaje się wcale, żeby komplikacja, o której mówimy, była zawsze skutkiem metastazy. U chorego P. Korabiewicza bóle członków zmniejszyły się były wprawdzie w chwili objawienia się symptomatów mózgowych, ale w największej liczbie wypadków dotąd znanych, symptomata te zdawały się raczej pochodzić od rozciągnięcia się reumatyzmu, ze stawów do głowy, a nie od przeniesienia się metastatycznego.

Reumatyzm mózgowy jest zatem godzien szczególnej uwagi ze strony lekarza; nienależy go lekce cenić. Przyszłość nauczy nas zapewnie, czy, zamiast atakować mózg po poprzedniem rażeniu stawów, affekcja ta nie może być czasem pierwotną; czy, jednym słowem, nie może się zdarzyć reumatyzm mózgu ostry, bez żadnego poprzedniego ataku w stawach. Dalsza obserwacya nauczy nas także zapewnie, czy reumatyzm mózgowy może exystować chronicznym trybem, i jakie mogą być jego stosunki z reumatyzmem chronicznym stawów.

P. *Ibiański* żałuje, że P. Korabiewicz niemógł wyexaminować organów piersiowych i serca, gdyż mogła tam być jakaś komplikacya, która sama przez się mogła była spowodować delir, bez potrzeby przypuszczania do wytłumaczenia tego, affekcyi reumatyzmowej w mózgu.

PP. *Seweryn Gałęzowski* i *Hłuśniewicz*, należąc do Rady Szkoły w Batignolles, w której infirmeryi leżał chory, widzieli go razem z P. Korabiewiczem, i zdaniem tych kolegów było, że symptomata mózgowe nie były sympatyczne ale skutkiem affekcyi błon mózgowych *meningitis*.

P. *Raciborski* pojmując żal P. Ibiańskiego, gdyż obserwacye kliniczne niemogą nigdy grzeszyć przez zbytek szczegółów. Jakkolwiek bądź P. Raciborski ma tyle ufności w talencie obserwacyjnym P. Korabiewicza, że nie waha się wcale podzielać zdania jego o naturze symptomatów mózgowych, które się u jego chorego objawiły. Nie należy zapominać, że delir bardzo rzadko się zdarza w ciągu perikardyty a nawet endokardyty, i to chyba zupełnie pod końcem, u chorego zaś P. Korabiewicza symptomat ten trwał przez dosyć długi czas. Z drugiej strony niebyło ani kaszlu, ani żadnej expectoracyi, co zatem o zapaleniu płuc lub plewry myśleć niedozwala. Możnaaby jeszcze dodać, dla zrobienia tych wszystkich hipotez jeszcze mniej podobnemi, że chory mógł leżeć przez cały ciąg choroby na wznak, w pozycji horyzon-

talnej, czego by był zapewne niepotrafił, gdyby miał być jakąś ważną komplikacją ze strony serca, lub organów oddechowych.

Trudno jest dotąd zdecydować jakich byłoby najlepiej używać środków w razie objawienia się symptomatów mózgowych w biegu reumatyzmu. Ma się rozumieć, że jeżeli by objawienie to było widocznie skutkiem metastazy, wypadałoby pośpieszyć z przystawieniem, do okolic poprzednio zaatakowanych, różnych środków irytujących, zdolnych, przez derywację, przywołać cierpienie na dawne miejsce. W takim razie możeby można było spodziewać się czegoś dobrego od apparatusu hemospazycznego doktora Junod, przykładając go na dolne członki. Bardzo mało można oczekiwać ze strony środków używanych zwyczajnie w meningicie, gdyż jak mówiliśmy, nekropsye robione w tych ostatnich czasach z największą bacnością, nic nam nie pokazały ze strony mózgu lub jego powłok, co by hipotezę ich zapalenia usprawiedliwiało. U chorych mocnej konstytucyi, możeby nieodrzeczy było naśladować sposób leczenia profesora Bouillaud, który jak już mówiliśmy wyżej, nigdy w praktyce swojej nie miał przykładu komplikacyi mózgowej w reumatyzmie.

Kilkanaście dni temu, P. Raciborski proszony był na konsylium przez doktora Legrand, dla odwiedzenia razem z nim jednego chorego, u którego przy lekkich nawet symptomatach reumatyzmu stawów, objawiły się były nagle symptomata mózgowe, majaczenie z hallucynacyami. P. Raciborski znajdował wiele różnicy między wyrazem tego stanu a symptomatami meningity. Tę samą różnicę spostrzegł już był poprzednio u innego chorego; zdawało mu się zaś, że było coś w tym stanie, co majaczenie pijaków przypominało; przekonany z drugiej strony z nowszych obserwacyj lekarzy, że nie należało tego stanu przypisywać zapaleniu błon mózgowych,

proponował preparata opiatyczne. Chory brał proszki Dowera, i po kilku dniach majaczenie ustało. W kilka dni potem znowu majaczenie zaczęło wracać, lecz po powtór-ném użyciu tegoż samego środka, zginęło na zawsze, a po trzech tygodniach chory był zupełnie zdrow. Trudno jest robić wnioski z jednego wypadku; fakt ten jednak zasługuje tém więcej na uwagę, że, jak już to było wyżej powiedziane, komplikacya mózgowia reumatyzmu naj-częściej śmiertcią się kończy.

Gorączka nerwowa. — Gangrena w twarzy. — Wyleczenie.
— *Operacya w celu restaurowania policzka, przez do-ktora KAJETANA STAŃSKIEGO.*

Décombes, chłopiec dziesięcioletni, dobrej konstitu-cyi, urodzony z rodziców dobrego używających zdro-wia, zachorował na gorączkę nerwową około 10 czerwca 1856 roku. Dopiero piętnastego byłem przywołany do tego chorego. Użyłem środków w podobnych słabościach zalecanych; lecz, pomimo tego, stan małego pogor-szał się.

25 czerwca dał się uczuć z ust jego nieprzyjemny odor, a examinując z uwagą głębę, spostrzegłem na we-wnętrznej powierzchni prawego policzka małą czarną plamę, która widocznie była skutkiem z samej siebie rozwijającej się gangreny (*gangrène spontanée*).

Od téj chwili wypalałem codzień miejsce zgangreno-wane; oprócz tego obmywano często policzek winem z chin, a wewnątrz lekarstwa wzmacniające, i pokarmy posilające przepisane były.

Lecz gdy pomimo tych wszystkich środków gangrena w głąb i w szerz policzka rozszerzała się, kauteryzacye po czterech lub pięciu dniach, to jest 2 lipca zaprzesta-

łem, i tylko częste okładania i obmywania wodką kanforową zaleciłem.

Dopiero 5 lipca, po zniszczeniu wskrós prawie całego policzka, gangrena szerzyć się widocznie przestała, i wtenczas wyciąłem całą część policzka zgangrenowaną. Po tej operacyi widać było wielki okrągły otwór mający średnicy sześć i pół centymetrów (przeszło dwa cale). Ten otwór rozciągał się od kości policzkowej w bliskości oka aż do środka dolnej szczęki, a z tyłu naprzód, od powierzchni muszkułu masseteru aż do kąta warg: ten kąt nawet i w małej części wargi zniszczone były. Oprócz tego, można było widzieć że dziąsła prawej górnej szczęki także zupełnie gangrena dotknęła. Przez ten tak obszerny otwór, przez którego cały głab' gęby widzieć było można, wypływały ślina, napoje i pokarmy, i dlatego brano się na różne sposoby aby chorego żywić.

24 lipca, górną szczękę огоłoconą z dziąsła, martwą i ruszającą się, prawie w całości wyjąłem, oprócz tej części która stanowi dolną ścianę wydrążenia oka. Po odpadnięciu reszty ciała zgangrenowanego, rany pozostałe zaczęły się czyścić, zpuchnienie zchodzić, a w miarę tego jak blizny się formowały i ściągały, ten wielki otwór, o którym mówiłem, także się zmniejszał.

Podczas następowania tych przemian w twarzy, gorączka nerwowa przez swe właściwe periody przeszła była, i chory do siebie przychodzić zaczął.

Jednakże, w celu zostawienia potrzebnego czasu, po tak ciężkiej chorobie, pacjentowi dla odzyskania sił i zupełnego zdrowia, a naturze do zmniejszenia o ile można tego wielkiego otworu, dopiero w sześć miesięcy potem postanowiłem przedsięwziąć operacyę dla restaurowania policzka, w nadziei że wtenczas operacya ta będzie łatwiejszą i dla chorego mniej bolesną.

I istotnie tego nie żałowałem, gdyż policzek, prawie w całości zniszczony, restaurowany został przez ścią-

gnienie się blizn do tego stopnia, że otwór okrągły, którego miarę wyżej oznaczyłem, wziął formę czworoboku podługowatego z góry na dół, i zmniejszył się do trzech i pół centymetrów wielkiej, a do przeszło dwóch centymetrów małej średnicy. Ale wargi w swym kącie nie zrosły się; jak to można widzieć na fig. 1.



Fig. 1.

Brzegi tego czworoboku formowały na przodzie wargi E D, które w tém miejscu przyrosły do szczęk odpowiadających; górny brzeg A robiła skóra reszty policzka pod okiem zostającego, ten brzeg był wciągnięty w gębę przez bliznę, która kość górnej szczęki zastąpiła; brzeg dolny C przyrosł był do dolnej szczęki, a w tyle brzeg B był zformowany skórą, która się od ucha naprzód posuwała; był on wolny we środku, i tylko końcami przyrośnięty, a blizna jego do tego stopnia ściągnęła się, że twardą jak kość była i obiedwie szczęki tak silnie zbliżyła, że dziecko wcale ust otworzyć nie mogło, i tylko gangreną otworzonym otworem o którym mowa, jedzenie i picie przyjmowało. W tém położeniu rzeczy, to jest po takim przyrośnięciu i przy tak mocnem ściągnięciu się blizn, widoczna było że natura nic więcej dla napra-

wienia policzka zrobić nie mogła, i że czas przyszedł do przystąpienia do operacyi, żeby zrestaurować część brakującą policzka, a potem aby przez przecięcie tylnego brzegu rzeczzonego otworu, dać ruch dolnej szczęce, a tym sposobem możność choremu otworzenia gęby.

Obeznani z podobnemi operacyami rozumieją, że trzeba było się dobrze zastanowić jaką metodą operować, dla tego, że tak obszerne zniszczenie policzka, znaczne także ściągnięcie się (retraction) blizn po operacyi po sobie pociągnąć by mogło. Lecz zważywszy niedogodności przenoszenia mniej więcej oddalonych skóry na miejsce operowanem być mające, to jest metody indyjskiej lub włoskiej; pamiętny także na to, że w chorego wieku skóra, nietylko przez swą elastyczność ale nawet przez rośnienie jak wszystkie inne części ciała, rozszerzać się może, i chcąc przytém jak najmniej niekształtności zostawić na twarzy, zdecydowałem się operować sposobem francuzkim, to jest przez posunięcie skóry (par glissement).

Operowałem przeto w sposób następujący: Dziecko leżące chloroformem uśpione było, w celu by mu ile można boleści oszczędzić, a potem żebym jak najmniej przeszkód w tak delikatnej operacyi od operowanego doznał. Lecz tutaj zaraz powiedzieć muszę, że sen pod wpływem chloroformu cały czas bez przerwy nie mógł być utrzymany, dlatego że krew w gębę a ztąd w gardło schodziła i uduszeniem operowanego groziła.

Najprzód wargi, jakoteż górny i dolny brzeg czworoboku od szczęk do których przyrośnięte były, przez dissekcją odłączyłem, dalej zrobiłem na powierzchni muszkułu masseteru cięcie horyzontalne w równi z górnym brzegiem, drugie cięcie zrobiłem niżej w równi z dolnym brzegiem i równoleglegle pierwszemu; te dwa cięcia były posunięte naprzód dla oderznięcia blizn wspomnianych brzegów, a nawet przez te cięcia obiedwie wargi

w małej odległości od twarzy oddzieliłem, by tym sposobem zetknięcie się części zrosnąć się mających ułatwić. Tu powiem nawiasem, że po tych dwóch sekcyach zaraz chory usta otwierać zaczął.

Na ostatku oddzieliłem, staranną dissekcją, od muszkułu masseteru, skórę dwoma poziomymi cięciami objętą. Tym sposobem otrzymałem szmat czworograniasty przed uchem od skóry nie odłączony, który to szmat, pociągnięty naprzód, zetknął się z brzegami warg E D, od których także blizny odciąłem, jakoteż z odpowiedniami brzegami A C, i szwami okreconemi (sutures entortillées), zeszytym został.

Niewiele krwi upłynęło podczas operacyi, żadnego naczynia wiązać nie potrzebowałem, a operowany położony do łóżka, musiał trzymać zawsze korek między zębami, ażeby szczęki oddalone były jak najwięcej podczas gojenia się ran. Zakazałem mówić, śmiać się i żuć twarde pokarmy.

Piątego dnia po operacyi brzegi zrosły się, a piętnastego chłopiec zupełnie wyzdrowiał. Tylko musiał nosić długo jeszcze korek między zębami, aby o ile można ściąganiu się blizn przeszkodzić.



Fig. 2 *

Dwie tu przyłączone ryciny są kopią fotografii. Fig. 2, przedstawiająca chorego po operacji, dopiero w rok później zrobioną była, dlatego, że chciałem czekać na wszelkie zmiany, które po tak wielkiem zniszczeniu twarzy, mogłyby zejść przez ściąganie się blizn w policzku operowanym. Winien jestem jeszcze to objaśnienie, że, jeżeli wargi przy policzku operowanym zdają się być opuchłemi, to ztąd tylko pochodzi, że ponieważ policzek w tém miejscu jest cieńszy i trochę wklęsły, te wargi przy naturalnej grubości więcej wystają.

Nakoniec nie mogę się wstrzymać od jednej uwagi, to jest, że gdy pomyślę, że pomimo pięciudniowych kauteryzacji, gangrena coraz dalej postępowała, i dopiero piątego dnia, po zaniechaniu tychże wypałów, przestała się szerzyć; gdy pomnę na bezskuteczność kauteryzowań w innych przypadkach gangreny twarzy, które miałem w kuracyi, jakoteż na wyznania innych lekarzy, którzy także twierdzą, że prawie zawsze ta gangrena nawet wypalana szerzy się i chorego do grobu prowadzi; gdy pomnę, rzekłem, na te wszystkie okoliczności, wyznać muszę, że o środków kauteryzujących skuteczności w tej ciężkiej chorobie wielce powątpiewam; a to tém bardziej, że podług mnie, gangrena twarzy, jak wszystkie same z siebie pochodzące gangreny, nie jest chorobą miejscową, ale od ogólnego stanu lub zdrowia chorego zależącą.

*Tumory mózgowe ddiagnozowane podczas życia, przez
doktora LUDWIKA HIRSCHFELD.*

Diagnoza tumorów mózgowych, pomimo postępów istotnych, jakie w tej gałęzi uczyniła patologia, jest jeszcze nieraz zadaniem trudnem do rozwiązania. Trudność ta

pochodzi czasem z braku dokładnej wiadomości anatomii układu nerwowego. Następujące dwa spostrzeżenia mogą służyć za dowód jakim sposobem, dzięki wiadomościom anatomicznym, można dojść do rozpoznania chorób tego rodzaju w ciągu życia.

Pierwsze spostrzeżenie (1). — Kobieta mająca lat siedm-dziesiąt dwa, dobrze zbudowana, otyła, weszła 7 stycznia 1858 r. do szpitala Hôtel-Dieu, i zostawszy umieszczoną w klinice profesora Rostana, była tém samém pod moim pośrednim dozorem, jako Szefa kliniki. Opowiadała ona, że przed dwoma miesiącami, zaplątawszy się między koła wozu, upadła na bruk: co sprawiło u góry nosa szeroki otwór, którym wiele krwi straciła. Rana zgoiła się; ale w miesiąc później, bez żadnego zjawiska poprzedniego, bez zawrotu ani bólu głowy, bez ośnienia, chora niemogła podnieść powieki górnej lewej, na której znajdował się siniec. Kula oka z téjże strony była zupełnie nieruchoma i wystawająca nieco naprzód. Do tego przyłączyła się nieczułość skóry powieki, skrzydła nosa i czoła. Chora zresztą zupełnie przytomna z łatwością dawała wszystkie żądane objaśnienia.

Gdzie więc było siedlisko uszkodzenia będącego przyczyną tych objawów chorobliwych? Jaka była jego natura? Odrzućmy odrazu możebność wylania krwi do mózgu (hémorrhagie cérébrale); zresztą, paraliż będąc bardzo ograniczony, należałoby było zawsze przypuszczać, że wylanie to było równie ograniczone, tak żeby zaledwie uszkodziło nerwy idące do jamy ocznej, oprócz nerwu wzrokowego. Po dobrém rozważeniu natury symptomatów i przebiegu choroby, zrobiliśmy następującą diagnozę: *Tumor nierozległy przyciskający nerwy jamy*

(1) Spostrzeżenie to było przedstawione przemnie na jednym z posiedzeń Towarzystwa biologicznego w Paryżu, gdzie zarazem przedstawiłem preparat patologiczny mózgu należnego do chorój. Ciekawy ten wypadek ogłoszony był w sprawozdaniach tegoż Towarzystwa.

ocznój, przed ich wejściem do téj ostatniej, to jest na wysokości szpary klinowej (fissura sphenoidalis), albowież tumor położony w głębi jamy ocznej, przyciskający nerwy oczodołu i wypychający oko naprzód.

Z tych dwóch przypuszczeń, pierwsze zdawało się najwięcej podobne do prawdy, albowiem w drugiem przypuszczeniu nerw wzrokowy będąc także przyciśnięty, byłoby przynajmniej nastąpiło znaczne osłabienie wzroku, co wcale nie miało miejsca.

Ażeby oznaczyć rodzaj tumoru, uczyniono także dwa przypuszczenia : że albo ten tumor był utworzony przez wylanie krwi, lub też że był tumor rakowy (encephaloïde). Szybki bieg wypadków skłonił mnie do pierwszego przypuszczenia. I tak diagnoza ostateczna była następująca : *wylanie krwi ciskając nerwy jamy ocznej przed ich wejściem do téj ostatniej.* Bieg choroby i jęj leczenie były następujące : 9 stycznia na zajutrz po przyjęciu chorój, położoną miała wizykatorię na lewą skroń. 10^{go} pokazała się rana na twarzy ; a szybkie czyniąc postępy, zajęła część głowy pokrytą włosami ; do tego przyłączyła się mocna gorączka, uśpienie (coma), i chora umiera 17 stycznia o godzinie dziewiątej wieczorem.

Ogląd pośmiertny. — Pokrycie czaszki, prawie w całej jego rozległości napuchnięte, odstaje zupełnie od kości. Nadto, po prawej stronie czaszki, znaleźliśmy wysiłek serwaczany przezroczysty, a po lewej, tam gdzie róża wzięła początek, ropiasty. Otworzywszy czaszkę, spostrzeżono mózg nienaruszony, błonę twardą mózgową w stanie normalnym, nieco przylegającą do czaszki, co jest skutkiem podeszłego wieku. Na wysokości szpary klinowatej lewej i przy wnijściu do zatoki jamistej, pokazuje się lekkie wzniesienie błony twardej, które byłoby niezawodnie uszło hacznosci naszej, gdyby nie zwrócono uwagi na siedlisko, przez diagnozę. Po zdjęciu ściany zewnętrznej zatoki jamistej, ujrzeliśmy tumor mały, spła-

szczony, objętości wielkiego migdała, miękki, koloru lagru winnego, który zdawał się być skutkiem wylania krwi nie bardzo obfitego; co zresztą potwierdziło się zupełnie za pomocą mikroskopu. Gałąź oftalmiczna Willisa, położona między błoną twardą mózgową a tumorem, była naciśnięta, co tłómaczy wspomnioną wyżej nieczułość skóry, powieki, czoła i nosa, tam gdzie się kończą dwie jego gałązki: nerw czołowy i nosowy. Co do nerwów ruchu jamy ocznej, które były otoczone wylaniem krwi, sparaliżowanie ich tłómaczy się samo przez ten ich układ. Nerw wzrokowy nie został wcale uszkodzony; w jamie ocznej znajduje się nieco ropy, pochodzącej z flegmonu powieki górnej.

Za odwróceniem tumoru spostrzega się, na arteryi karotydycznej wewnętrznej, ku środkowi jej przebiegu w zatoce jamistej, mały otwór okrągły, przez który przechodzi sznurek biało czerwony, długi od 7 do 8 centymetrów i mający objętość grubój nici; jeden z jego końców leży w tumorze, drugi kończy się w arteryi. Ten sznurek był, jak pokazał mikroskop, gruzelkiem skrzeplęgo włókna.

W tém spostrzeżeniu równie, jak to zobaczymy w następującém, chora umarła w skutek róży. Krew, przeszedłszy z uszkodzonej arteryi do próżni mającej ściany nierozciągliwe, zatrzymała się wkrótce, a zatkawszy otwór, zatamowała dalszy krwotok, co sprawiło jedynie naciśnienie nerwów ruchu i czucia przeznaczonych dla jamy ocznej.

Drugie spostrzeżenie. — Tumor rakowy w mózgu cisnący ósmą i dziewiątą parę nerwów.

Kobieta mająca lat pięćdziesiąt jeden, chora od blisko szesnastu miesięcy, weszła do szpitala Hôtel-Dieu, w Paryżu, 7 lipca roku zeszłego, do oddziału klinicznego profesora Rostan, przy którym wtedy byłem Szefem

kliniki. Chora ta była nam przysłana przez doktora Le-grand, jako dotknięta zapaleniem mleczu paciierzowego szyjnego (*myélite cervicale*). Twarz choréj przedstawiała wyraz niezwykajnej głupowatości, który na pierwszy rzut oka kazał się domyślać jakiegoś ważnego uszkodzenia organów mózgowych. P. Rostan, wyegzaminowawszy ją starannie, spostrzegł i zwrócił uwagę obecnych na niejednakowe rozszerzenie dwóch źrenic; rysy jéj były wychudłe i zmienione, całe ciało choréj było niezmiernie wynędzniałe. Podczas egzaminu chora siedziała trzymając szyję sztywno; nie znaleziono żadnej zmiany w kształcie kolumny paciierzowej, ani też żadnego uszkodzenia organicznego w okolicy szyjnej, co pozwalało wnosić że ta postawa jedynie z bólu pochodziła. Zapytana o to co czuje, chora oświadczyła że ma mocny ból w górnej części szyi i w części tylnej głowy ku której machinalnie sięgała ręką. Uskarżała się także na osłabienie muszkularne ogólne, wydatniejsze w członkach dólnych, ale jednakowe po obu stronach. Osłabienie nóg było takie, że chora bez podpory nie mogła chodzić; czucie było także cołkowite, lubo nie wiele, zmienione; chora doznawała pewnego rodzaju odrętwienia i niezwykajnego uczucia gorąca w dłoniach. Innym objawem także uwagi godnym, była powolność niezmierna mowy i trudność wyrażania się, co choréj dozwalało odpowiadać na czynione sobie zapytania tylko bełkocząc i jakby płacząc. Jednocześnie dość wielka ilość śliny wyciekała z ust, rozlewając się po wargach w postaci piany; przytém ciągła ospałość.

Co się tyczy stanu poprzedniego, chora nie mówi o żadnej ważnej chorobie, któraby poprzedziła chorobę terażniejszą już szesnaście miesięcy trwającą. Z początku, chora doznawała bólu głowy na który się i teraz skarży. Wkrótce potem pokazało się osłabienie muszkularne i trudność mówienia. Wszystkie te objawy zwolna się

zwiększając, wzmogły się znacznie w ciągu trzech ostatnich miesięcy przed wejściem do szpitala.

Wtedy chora przedstawiała tylko wyżej wspomniane symptomata, tyżące się uczucia, ruchu i mowy. Zmysły pojedyncze i władze umysłowe nie zdawały się być znacznie uszkodzone.

Co do trawienia, uważano jedynie brak apetytu i trudność w połykaniu, co spowodziło ślinotok, przytém język czysty, żadnych bólów w dołku lub w okolicy brzucha, żadnych nudności i wymiotów, lecz zatwardzenie.

Nic szczególnego pod względem funkcyi oddychania, krążenia krwi i przyrządów moczowych : niemoc ogólna. Funkcya żywienia jest wielce zmieniona, wychudłość bardzo znaczna.

Powołany do dania mojej opinii o diagnozie tej choroby, twierdziłem, że istnieje tumor encefaliczny na podstawie mózgu, opierając się na powodach następujących : 1° na bólu głębokim i zupełnie ograniczonym do tyłu głowy ; 2° na nieuszkodzeniu władz umysłowych ; 3° na zachowaniu prawie zupełnem czułości w dotykaniu i uczucia ogólnego, jakoteż możliwości odbywania ruchów ; 4° na trudności w mówieniu mającej miejsce przy zupełnie prawie normalnym stanie pojedynczych zmysłów ; 5° na podobieństwie rysów twarzy tej kobiety z rysami innej chorąg, u której P. Rostan poznał tumor mózgowy, co później autopsja potwierdziła.

Doktor Legrand podzielał zupełnie moje zdanie. Profesor Rostan, ze swąg strony, przywiązuając więcg wagi do odmian chorobliwych ogólnych, jakie w uczuciu, ruchu i mowie, tudzież w połykaniu i w rysach twarzy spostrzegać się dały, mając zresztą wzgląd na nierówne rozszerzenie źrenic, chociaż je tłómaczył inaczej, ograniczył się na oświadczeniu, że tam chodziło zapewnie o uszkodzenie rozleglejsze mózgu, ale się wstrzymał od

stanowczego zadecydowania o jego naturze i od robienia diagnozy ostatecznej.

Użyto pijawek, wezykatoryi, synapizmów, dano na przeczyszczenie, etc., etc.

W przeciągu lipca nie uważano nic szczególnego, oprócz coraz większej mocy opisanych już symptomatów. W sierpniu pokazały się nowe objawy; paraliż zrobił postępy i rozszerzył się do sfinkterów, tak że chora nie mogła wstrzymać wypróżnień stolca i uryny. Oddychanie stawało się coraz trudniejszym z powodu nagromadzonego w bronchjach śluzu, którego chora wyrzucić nie mogła. Wychudłość i osłabienie ogólne, powiększane niemożnością przyjmowania pokarmów, znaczny także zrobiły postęp.

Czternastego sierpnia pokazało się niebezpieczne powikłanie; chora dostała róży na twarzy z gorączką, pragnieniem, tém nieznosińszem, że chora niemogąc łykać, zaspokoić go niemogła. Przytém ciągle bezsenność i bredzenie.

Szesnastego, róża zniknęła, sen głęboki, przerywany tylko jękami. — Śmierć o czwartej godzinie.

Sekcyja pokazała, że nie było żadnego uszkodzenia mózgu, oprócz iniekcji ogólnej błon mózgowych bez wylania serwatkowego. Ale przy podstawie mózgu w bruździe oddzielającej mózdzek od nlecza przedłużonego, znaleziono tumor, który na zewnątrz jako też w przecięciu zdawał się być tumorem grzybiastym (*fungus*), w którym P. Robin za pomocą mikroskopu, dostrzegł charaktery tumorów krwistych.

Tumor ten wielkości jaja kurzego, przyciskał część boczną prawą nlecza przedłużonego, a następnie nerwy *glossopharyngeus*, *vagus spinalis*. Nerw podjęzykowy *hypoglossus* naprężony i znacznie przedłużony, otaczał jego powierzchnią dolną. Prócz tego tumor rozciągał się blisko na 3 centymetry w środku żyły jugularnej wewnętrznej,

na wysokości dziury rozdartej tylnej (foramen-lacerum). Z bliższego rozpatrzenia uszkodzeń znalezionych na trupie wynika : że śmierć spowodziło zapalenie błon mózgowych, które było skutkiem róży; co zaś do objawów u chorób spostrzeżonych, dadzą się one tak wytłumaczyć : chorobliwe zmiany czucia i ruchu, przez ciśnienie części górnej mleczka przedłużonego; trudność w mowie, przez wyciągnięcie nerwu podjęzykowego (hypoglossus); trudność w połykaniu, przez ciśnienie nerwu językowo-połykowego (glosso-pharyngeus). Brak uszkodzeń mózgu tłumaczy dla czego funkcje mózgowe były zaledwie zmienione. Co do stanu ogólnego i fizjonomii, objaśniają się one bez wątpienia przez moc bólu.

Sekcyja okazała jeszcze, że niesłusznie utrzymywano w ostatnich czasach, że tumory rozwinięte w mózdzku, cisnąć tenże, dawały zawsze powód do wymiotów; chora o której mowa, nie doświadczała ich w całym ciągu swej choroby.

Porównanie nowych wag lekarskich ze starymi wagami używanemi dotąd w wielu jeszcze krajach; przez J. ONACHOWSKIEGO, lekarza Kijowskiego Uniwersytetu.

Wiem z doświadczenia, ile lekarze polskich prowincyj doznają nieraz trudności, czytając dzieła, lub dzienniki lekarskie francuzkie, skoro chodzi o zrozumienie wag. Dla tego też, gdy Pan Raciborski zaproponował mi zająć się porównaniem wag francuzkich z naszymi, tém chętniej myśl tę przyjąłem, że przekonany byłem, iż będę mógł oddać nieraz prawdziwą usługę moim rodakom.

Nim we Francyi przyjęto system decymalny, który jest dzisiaj w użyciu, medycyna używała zwyczajnych

miar handlowych mniej więcej podobnych do naszych. Były tam także funty, uncye, drachmy i t. d. Jakkolwiek bądź lekarze równie troskliwi o godność ich professyi, jak o los cierpiącej ludzkości, znieśli już byli od niejakiego czasu śmieszny zwyczaj znaków kabalistycznych, które są jeszcze u nas i w niektórych innych krajach w użyciu. Wkrótce sam Rząd zabronił używać tych hieroglifów w receptach; i kto chciał przepisać funt, uncją, lub drachmę, jakieś substancyi, musiał być napisać każdą wagę literami a nie znakami lb , z i d , w których piszącemu, jak czytającemu łatwo się można było pomylić, a przecież nieraz od tego błędu mogło życie ludzkie zależeć.

Funt francuzki miał 16 uncyi; uncja 8 drachm; drachma 3 skrupuły, a skrupuł 24 gran.

W nowym systemie wag, gram był wzięty za jedność z której podziałów, lub kombinacyj, wszystkie inne pochodzą. Gram reprezentuje ciężar wody, będącej w największym skupieniu swoich cząstek, na $+4^{\circ}$, w ilości mogącej się pomieścić w centymetrowym sześciacie. Wszystkie podziały gramu wyrażają się dziesiątnymi, setnymi, lub tysięcznymi częściami. I tak dziesiąta część gramu stanowi *Decigram*, setna *Centigram*, tysięczna *Milligram*. Według tego zatem, w każdym gramie jest 10 decigramów, 100 centigramów i 1000 milligramów. W każdym decigramie jest 10 centigramów; w każdym centygramie, 10 milligramów. Dziesięć gramów stanowi jeden *decigram*, 100 gramów czyni jednem *hectogram*, a 1000 gramów stanowi jeden kilogram.

Porównyując nowe wagi z dawnymi, widzimy że 1 kilogram odpowiada mniej, więcej 2 funtom.

1/2 kilogramu czyli 500 gramów, 1 funtowi.

250 gramów, 8 uncjom, czyli 1/2 funtowi.

30 lub 32 gramów, 1 uncyi.

16 lub 15 gramów, 1/2 uncyi.

4 gramy, 1 drachmie.

1 gram, 1 skrupułowi.

5 centigramów, 1 granowi.

25 centigramów, 5 granom.

25 milligramów, $\frac{1}{2}$ grana.

12 milligramów, $\frac{1}{4}$ grana.

Zazwyczaj nieprzywiązuje się do małych ułamków, ale o ile możności używa się cyfer okrągłych; i tak uncya odpowiada w istocie 31, 25 grama; pomimo tego, pisze się zazwyczaj 30 gram, a za pół uncyi, 15 gramów. Podobnie drachma, ściśle mówiąc, reprezentuje 3, 9 grama, a wyraża się jeduak przez 4 gramy. Największa liczba lekarzy przepisują wagi literami, co nam się udaje najlepiej. Jest jednak wielu takich, którzy wolą wyrażać wagi w ułamkach dziesiętnych, biorąc zawsze gram za jedność.

Co do miar objętości, lekarze francuzcy mają 1° litr odpowiadający dwóm funtom, czyli 1000 gramów; 2° szklanka odpowiada 8 łyżkom, czyli 160 gramom; 3° łyżka stołowa 20 gramom; 4° łyżka od kawy 5 gramom; 5° kropla płynu odpowiada mniej więcej 5 centigramom.

Funt nie jest jednakowy we wszystkich krajach. Jak mówiliśmy, we Francyi funt odpowiada 500 gramom, w Hiszpanii 344, 822; w Toskanii 339, 529; w Rzymie 339, 190; w Anglii 373; w Austryi 420, 829; w Rosyi 357, 963, w Prusach 567, 72; i t. d.

Zakończę na tém małą moją pracę. Jeżeliby po jej przeczytaniu, łaskawy czytelnik mógł dodać przynajmniej jeden milligram do wagi, jaką zapewne, po odcytaniu poprzednich artykułów, przywiązywał już do niniejszego Rocznika, to aż nadto będę szczęśliwy.

Zacytujemy tutaj kilka formuł z cyframi, literami i dawnemi nazwaniami, aby je łatwiej można porównać.

Formuły niektórych recept.

Rp: Aquæ distill. 250 gram. ($\frac{3}{4}$ vjjj).
Chlorat. potassæ 4 gram. ($\frac{3}{4}$ j).
Sirup. simpl. 15 gram. ($\frac{3}{4}$ ss).

Do płókania ust w razie saliwacyi merkuryalnej, w pleśnicy, a nawet w affekcyach dyfterycznych gardła. W tym ostatnim razie toż samo lekarstwo może być dawane co godzina po łyżce stołowej, lub od kawy.

Rp: Extr. Belladonæ 0,15 (15 centigram.) gr. jiiij.
Pulv. rad. Belladon. 0,20 (20 centigram.) gr. jv.
Mucilag. gumi mimosæ q. s.
F. l. a. pilulæ N. 30.

W konwulsjach i epilepsyi brać w pierwszym tygodniu po jednej pigułce na dzień, w drugim tygodniu po dwie, i t. d. dodając co tydzień po jednej pigułce, dopóki się niedojdzie do pięciu pigułek na dzień. Należy kontynować ten sposób leczenia przez długi czas.

Rp: Acetatis Morphii 0,05 (5 centigr.) gr. j.

Podzielić na 4 równe części.

Do opatrywania wezykatoryi w newralgjach; używać jedną paczkę co dzień.

Rp: Muriat. Morphii 0,012 (12 milligram.) gr. 1/4.

Rozpuścić w pół szklance wody z cukrem, z dodatkiem kilku kropel wody pomarańczowej.

Brać kładąc się do łóżka po łyżce od kawy co godzinę, dopóki sen nie nastąpi.

℥ Aq. distillatæ — 120 grammes = $\frac{3}{4}$ iv;
Ferri muriatici s perchlorureti ferri soluti 2 gram. $\frac{3}{4}$ ss.

Do nastrzykań w uretrę w zadawnionych blenoragjach. Robi się po jednym lub dwa nastrzykiwania co dzień.

℥ Adipis suillæ lotæ 30 grammes = $\frac{3}{4}$ j;
Ferri muriatici soluti 1 gramme = $\frac{3}{4}$ j.

Do opatrywania wrzodów atonicznych, równie jak w syfilis do opatrywania wrzodów fagedenicznych, zwłaszcza u osób słabiej konstytucyi. Wtakim razie dobrze będzie dołączyć na wewnątrz preparata żelazne do pre-

paratów merkuryalnych, i dać pić odwary z roślin zawierających mniej więcej ekstraktu gorzkiego, jak chmiel, cykorya, gencyana, i t. p.

We Francyi używają zwyczajnie rozpuszczenia perchlorureti ferri na 30° areom :

℥ Aq. fontanæ 250 grammes (3 viij);
Perchlorureti ferri soluti 8 grammes (3 ij).

Do użycia zewnętrznego; dla zatamowania krwotoków z nosa, macicy, i t. p.

℥ Hyposulphatis sodæ 4 grammes (3 j);
Mucilag gumi mimosæ q. s;
F. l. a. pilulæ n° 36.

Należy trzymać ten preparat w bardzo suchém miejscu i w dobrze zamkniętym słoiku.

Churchil, lekarz angielski, radzi dawać po sześć do dwunastu co dzień podobnych pigułek w tuberkułach płucnych. Od czasu do czasu można zastąpić podsiarkan sody, podsiarkanem wapna i nawzajem. Preparata te nazywają się po francuzku : *hyposulfite de soude i hyposulfite de chaux* (1).

℥ Seminum. anisi— 30 grammes (3 j);
Caryophyllorum;
Cinnamomi . . aā 10 grammes (3 ij s);
Resinæ guaiaci;
Cort. chinæ flavæ aā 15 grammes (3 s);
Cochinillæ 8 grammes (3 ij).

Misce f. pulv. tenuis et infunde in spirit. vini 1 kilogramme (1b ij).

Relinque in infusione, vase clauso, per dies octo et colaturæ adde. ol. menthæ piper 2 grammes (3 s).

(1) Niektórzy lekarze paryzcy używając tego środka w szpitalach, nie otrzymali wcale pomyślnych skutków jakie były przez doktora Churchil oblecywane. Nie należy się jednak tem zrażać. Co do mnie, wyznać muszę, że używałem tego środka u kilku suchotników z bardzo dobrym skutkiem. Atoli nie trzebaż wymagać od lekarstw rzeczy zupełnie niepodobnych do uiszczenia. Najpewniejsze środki lekarskie niemają działania absolutnie korzystnego, ale ich skutek zależy mniej więcej od pewnych warunków higienicznych które na nie korzystnie lub szkodliwie wpływają. China sama czyż zawsze leczy febrę? Na cóżby się zdało pakować siarkane chininy w chorego któryby ciągle zostawał pod wpływem wyziewów paludeicznych?

Jest to formuła wody do płukania ust, znanéj w Paryżu pod nazwiskiem *eau de Botot*. Wpuszczając kilka kropel tego nalewu do pół-szklanki wody, otrzymuje się płyn bardzo przyjemny i wzmacniający dziąsła. Woda ta jest bardzo w użyciu we Francyi. Botot, który z kompozycyi jęj robił sekret, zarobił na jęj sprzedaży duży majątek.

4 Iod-chlorureti hydrargyrii 1 gramme (3 j);
Adip. suillæ lotæ 20 grammes (3 v);
Ol. ether. rosar. une goutte gut j (1).

Do wcierania na powierzchniach twarzy pokrytych różnemi formami wyrzutu skórniego zwanego *acne*, trąd, kuproza, i t. p. Choroba ta może być tym sposobem radykalnie wyleczoną. Powtarza się wcierania przez pięć minut, przez trzy dni następnie, chociaż po każdym wcieraniu chorzy doznają mniej więcej wielkiego palenia i że się robi duża wysypka. Po trzecim wcieraniu odpoczywa się przez ośm dni, po których znowu się podobnie rozpoczyna, i t. d., aż do zupełnego wyleczenia. Im chory jest bliższym tego rezultatu, tém mniej wychodzi materyi po każdym wcieraniu i wysypka jest mniej obfitą.

Podsiarkany sody i wapna mogą w istocie być użytecznemi w tuberkulach płucnych, ale jakże wymagać od nich dobrego skutku po szpitalach, gdzie chorzy są ciągle wystawieni na wpływ kondycyji higienicznych zupełnie temu przeciwnych. (A. R.)

(1) Ta podwójna kombinacya była naprzód otrzymaną przez jednego bardzo zdolnego chemika, pana Boutigny, który dał jęj nazwisko : *iodure de chlorure mercureux*. P. Boutigny otrzymał dwa gatunki téj kombinacyi, z których pierwszy (protosel), ten o którym tutaj mowa, otrzymuje się mieszając 100 gramów kalomelu z 26 gramami i 70 centigramami jodu na gorąco. Drugi zaś przeznaczony do wypalania wrzodów złej natury, otrzymuje się mieszając 100 gramów kalomelu z 53 gramami i 40 centigramami jodu. Daje się on łać w walce jak kamień piekielny. Pierwszy gatunek ma, po ostudzeniu, kolor żółto-zielonawy, drugi zaś, kolor, do *hepar sulphuris* podobny. Preparacya ta wymaga nadzwyczaj dużo akurattości; dlatego też największa liczba aptekarzy woli nabywać tę substancyą już gotową u pana Boutigny, którego syn jest aptekarzem w Paryżu, *rue Notre Dame des Champs*, 7.

Podczas całej téj kuracyi należy brać tenże sam preparat na wewnątrz w pigułkach spreparowanych w następujący sposób :

$\frac{2}{7}$ Iod.-chlorureti hydrargyrii 0,50 (gr. x);
Extr. guaiaci 12 grammes (3 iij)
Pulv. liquiritiæ 8 grammes (3 ij);
Sirupi. q. s.

F. s. a. 150 pilulæ.

Każda pigułka zawiera $\frac{1}{15}$ grana soli, czyli 0,0033.
Chorzy nie biorą zazwyczaj jak po jednej pigułce na dzień.

1875
The following is a list of the names of the persons who have been admitted to the office of the Secretary of the Board of Education, since the last meeting of the Board, on the 1st of January, 1875.

Name	Age	Sex	Profession
John A. Smith	25	Male	Teacher
Mary E. Jones	22	Female	Teacher
William H. Brown	28	Male	Teacher
Elizabeth C. White	24	Female	Teacher
James D. Green	30	Male	Teacher
Sarah F. Black	26	Female	Teacher
Robert L. Gray	27	Male	Teacher
Anna M. Hall	23	Female	Teacher
Charles K. Young	29	Male	Teacher
Lucy N. Adams	21	Female	Teacher

The following is a list of the names of the persons who have been admitted to the office of the Secretary of the Board of Education, since the last meeting of the Board, on the 1st of January, 1875.

The following is a list of the names of the persons who have been admitted to the office of the Secretary of the Board of Education, since the last meeting of the Board, on the 1st of January, 1875.

Name	Age	Sex	Profession
John A. Smith	25	Male	Teacher
Mary E. Jones	22	Female	Teacher
William H. Brown	28	Male	Teacher
Elizabeth C. White	24	Female	Teacher
James D. Green	30	Male	Teacher
Sarah F. Black	26	Female	Teacher
Robert L. Gray	27	Male	Teacher
Anna M. Hall	23	Female	Teacher
Charles K. Young	29	Male	Teacher
Lucy N. Adams	21	Female	Teacher

The following is a list of the names of the persons who have been admitted to the office of the Secretary of the Board of Education, since the last meeting of the Board, on the 1st of January, 1875.

The following is a list of the names of the persons who have been admitted to the office of the Secretary of the Board of Education, since the last meeting of the Board, on the 1st of January, 1875.

Name	Age	Sex	Profession
John A. Smith	25	Male	Teacher
Mary E. Jones	22	Female	Teacher
William H. Brown	28	Male	Teacher
Elizabeth C. White	24	Female	Teacher
James D. Green	30	Male	Teacher
Sarah F. Black	26	Female	Teacher
Robert L. Gray	27	Male	Teacher
Anna M. Hall	23	Female	Teacher
Charles K. Young	29	Male	Teacher
Lucy N. Adams	21	Female	Teacher

The following is a list of the names of the persons who have been admitted to the office of the Secretary of the Board of Education, since the last meeting of the Board, on the 1st of January, 1875.

PRZEGLĄD
GŁÓWNIJSZYCH WYPADKÓW LEKARSKICH JAKIE SIĘ
OBJAWIŁY WE FRANCYI W CIĄGU
UPŁYNIONEGO ROKU
PRZEZ DOKTORA
ADAMA RACIBORSKIEGO.

Praca którą mam zaszczyt przedstawić szanownym członkom Towarzystwa, obejmuje różne przedmioty które najwięcej ściągnęły na siebie, w ciągu roku, uwagę zgromadzeń uczonych, Akademii i dziennikarzy. W takiego rodzaju pracy, bardzo mało zależy na porządku w jakim się traktują różne kwestye. Ograniczę się zatem na podzieleniu mojej komunikacyi dzisiejszej na dwie główne części : medyczną i chirurgiczną, chociaż i ten nawet podział pokaże się może cokolwiek arbitralny; chirurgia bowiem tyle ma dziś styczności w praktyce z medycyną, że nieraz środki chirurgiczne kompletują, że tak powiem, terapeutykę chorób wewnętrznych.

I. O leczeniu affekcyi dyfterycznej gardła i krtani, a mianowicie o tracheotomii w krupie.—Jeden z najważniejszych przedmiotów jakie zajmowały świat lekarski francuzki w końcu upłynionego roku, tyczy się tracheotomii w krupie. Tracheotomia, proponowana przez Fabriciusza d'Aquapendente, była zwłaszcza wprowadzoną w praktykę przez doktora Bretonneau, we Francyi, w 1821.

W początkach, sławny ten lekarz robił tę operacyą podług przepisu greckiego Asklepiada. Spostrzegłszy się jednak wkrótce że tenże zostawiał wiele do życzenia, pośpieszył się go zmienić w roku 1828. Od tego czasu, za przykładem P. Bretonneau, robiono otwór daleko większy w kanale powietrznym i używano rurki daleko grubszej. Operacya ta stała się, zwłaszcza za popędem doktora Trousseau, prawie jedną z najużywanych. Jakkolwiek bądź pozostawało dotąd wiele wątpliwości co do jej rzeczywistych korzyści. Lekarze, widząc o ile były zmienne następstwa tej operacyi, nie wiedzieli prawie co myśleć i jak postępować. Pod tym względem dyskusya tegoroczna oddała wielką usługę, gdyż objaśniła wiele wątpliwości i wskazała reguły do postępowania praktykantom. Winniśmy tu naprzód wspomnieć co było powodem do tej dyskusyi.

Jeden z lekarzy paryżkich, doktor Bouchut, który, obok niezaprzeczonej zdolności, odznacza się zazwyczaj nadto wielkim pośpiechem w swoich pomysłach, przedstawił Akademii lekarskiej projekt kanalizowania krtani w krupie. Podług tego autora, krtani na pozór tyle drażliwa, może łatwo znieść przez kilka a nawet kilkanaście godzin obecność ciała obcego dosyć znacznej grubości, jak np. rurki metalicznej grubości palca małego. Przekonawszy się raz o tém po małej liczbie doświadczeń, przyszło P. Bouchut na myśl że sposób ten mógłby być użyty z korzyścią w niektórych przypadkach krupu gdzie już asfixja jest grożąca, aby przedłużyć życie, a tém samém zyskać cokolwiek czasu do aplikacyi różnych środków, mających na celu zniszczenie i wyrzucenie na zewnątrz pseudomembran które się w kanale powietrznym znajdują. W imaginacyi autora, metoda ta, którą nazwał *tubage de la glotte*, powinna być mieć dobry skutek i zastąpić tracheotomję. Zdawało się autorowi, że, aby zapewnić tryumf swojej metody, wypadało zacząć od potępienia tracheotomii. Dlatego też doktor Bouchut nie wahał się wcale przypisywać tej metodzie okropnej śmiertelności, jaka się, zdaniem jego, od kilku lat w Paryżu pokazuje w krupie. Z całej dyskusyi do jakiej to szczególne przedstawienie dało miejsce, możemy wy-

ciągnąć następujące wnioski, jako najwięcej interesujące tych którzy chcą mieć wyobrażenie o prawdziwym pościepie i praktykantów.

1. Przekonano się że, przeciwnie, jak sądził doktor Bouchut, wprowadzenie rurki wielkości palca do krtani, nie jest rzecz prosta ani łatwa do wykonania, i że, skoro to ciało obce zostanie w krtani dłużej nad kilka godzin, to może dać miejsce do zapalenia a nawet do owrzodzeń. Doświadczenia robione na zwierzętach nie zostawiają pod tym względem najmniejszej wątpliwości, a w małej liczbie przypadków gdzie zaprobowano tej metody u dzieci, pokazała się ona nieskuteczną, i należało później uciekać się, chociaż za późno, do tracheotomii.

2. Jest pewną rzeczą że dziś daleko więcej umiera dzieci z krupu, a niżeli dwanaście lub piętnaście lat temu; ależ nie ma najmniejszej wątpliwości, że to nie pochodzi wcale z częstszego używania tracheotomii. Naprzód jest dowiedzione cyframi, że przykłady affekcyj dyfterycznych, a mianowicie krupu, powiększyły się znacznie od dziesięciu lat w całej Francyi a mianowicie w Paryżu. Od 1820 do 1840 roku przyjęto do szpitala Dzieci w Paryżu tylko 106 przypadków krupu, co stanowi 5 do 6 na rok. W tym przeciągu czasu zaledwie rachowano 14 przykładów wyleczenia na 100. Od 1840 do 1849, liczba przypadków krupu zaczyna się powiększać, gdyż przyjmowano już po 25 chorych tego rodzaju na rok. Dopiero w 1840 zaczęto w szpitalu Dzieci robić operacyę tracheotomii w krupie. Pierwsze operacye były prawie zawsze śmiertelne. Od 1840 do 1848 przyjęto 62 chorych, z których 58 umarło. Tracheotomia była w tej seryi praktykowana piętnaście razy. W roku 1849 przyjęto do szpitala 562 dzieci atakowanych krupem, z których 466 było operowanemi. Na tej tak znacznie zwiększonej liczbie, znalazło się 127 dzieci które wyzdrowiały po operacyi, co daje stosunek 27 na 100; skoro w przeciągu dziesięciu poprzednich lat zaledwie można było liczyć 10 na 100 uratowanych. Jeżeli operacya jest robioną przed zaczęciem asfxyi, stosunek ten wyleczonych może się nawet podnieść do 46 na 100.

3. Główną przyczyną powiększenia się proporcyi

dzieci uratowanych tracheotomią, jest zachowanie niektórych drobnych ale ważnych ostrożności, po operacyi. Najważniejszym warunkiem do uleczenia, jest użycie podwójnej rurki, z których jedna wchodząc w drugą, łatwo pozwala, przez wyjęcie wewnętrznej a zostawienie w miejscu, zewnętrznej, oczyścić ten kanał respiracyjny od obcych materij które mogą przeszkadzać respiracyi. Drugim warunkiem jest otoczenie szyi i otworu rurki dużą wełnianą chustką, w taki sposób aby powietrze zewnętrzne nie wchodziło bezpośrednio do otworu rurki ale dopiero po pewnem ogrzaniu się pod szyją. Nareszcie doktor Trousseau jest zdania, aby się dotykać parę razy na dzień kamieniem piekielnym brzegów rany, w celu zapobieżenia formowaniu się pseudomembran, któreby się stały nowem źródłem infekcyi dyfteryecznej. W końcu, jest także nader ważne, aby chorych nie trzymać na dyjecie, ale ich dobrze żywić posiłkami pokarmami.

4. Jest także bardzo ważną rzeczą, aby tracheotomia niebyła praktykowana zbyt za późno. Nienależy zapewne robić tej operacyi, skoro się tylko przekona, że się ma już z krupem do czynienia; w wielu bowiem razach, użycie środków lekarskich właściwych, może wystarczyć do wyleczenia. Lecz z drugiej strony, czekać, jak chcą niektórzy, żeby już asfixja duże zrobiła postępy, żeby się anestezya ogólna zaczynała objawiać, lub czekać, dopóki się przy każdej inspiracyi niebędzie robiła wielka wklęsłość u dołu kości piersiowej, a twarz chorego dziecka nie zostanie prawie niebieska; czekać momentu pokazania się tych symptomatów, byłoby to chcieć widocznie tracić dobrowolnie okazję najprawdopodobniejszej wygranej. Według doświadczenia największej liczby lekarzy Szpitala Dzieci, należy operować w drugim peryodzie choroby. W pierwszym peryodzie krupu już są pseudomembrany, ale chory jeszcze oddycha wolno. W drugim peryodzie już wszystko grozi asfixją, a nawet ta się zaczyna. W trzecim nareszcie, asfixja robi jeszcze większy postęp i kończy się śmiercią. Nie trzeba czekać tego momentu ale operować w drugim peryodzie. Byłoby nieroztropnem spieszyć się z operacją w pierwszym peryodzie; gdyż, jak już mówiliśmy, chory

może się wyleczyć bez operacyi, a, z drugiej strony, byłoby to dorzucać, do choroby, już niebezpiecznej samej przez się, nową i bardzo ważną komplikacyą. Często bowiem się zdarza, że brzegi rany pokrywają się pseudomembranami, i że ztąd może wyniknąć dla ekonomii nowe źródło zatrucia dyfterycznego.

5. Doświadczenie nauczyło, że wszelkie osłabiające środki, których zazwyczaj używano dotąd w pierwszym okresie krupu, jak pijawki, wezykatorye, lekarstwa sprawiające womity, ściągają za sobą jak najgorsze następstwa; albowiem osłabienie jakie ztąd wynika ułatwia tworzenie się pseudomembran i prędzej zrządza asfixją. Najlepiej jest kontynuować lekkie ale wzmacniające pożywienie. Doświadczenie przekonało, że do najdzielniejszych środków należy przypalanie czyli koteryzacja części atakowanych, czystym kwasem solnym lub też mocną solucyą kamienia piekielnego. Należy robić te przypalania za pomocą gąbki lub szarpi mocno przywiązanej do jednego końca pręcika z kości wielorybiej, którą się zakrzywia cokolwiek w tej części nad płomieniem lampy, aby się lepiej zastosowała do wypukłości języka i głębiej w gardło dostać się mogła. Każde takie przypalenie powinno być mocne, ale zawsze ograniczone do miejsca już chorobą zaatakowanego; unikać należy jak najmocniej dotykania części zdrowych, co by mogło sprawić nieprzyjemną komplikacyą, zrzadzając onychże zapalenie. Drudzy, zamiast solucyi, wolą używać proszków, np. proszku alunowego lub garbnika (tannin). Doktor Loiseau utrzymuje, że bardzo dobre otrzymał skutki z tego ostatniego preparatu, aplikując go nawet w samej krtani, za pomocą sondy wprowadzonej śmiało w otwór gлотy. Aby to wprowadzenie ułatwić, należy dobrze przycisnąć indeksem lewej ręki język, co lepiej pozwala odkryć część górną krtani. Żeby zaś operator nie był wystawiony na ugryzienie palca zębami dziecka, doktor Loiseau radzi włożyć na indeks, długi i szeroki pierścień metalowy podobny do napaszka krawieckiego, który go od tego zabezpiecza. Takie wprowadzenia powtarzają się dwa lub kilka razy na dzień, dopóki pseudomembrany nie zaczną się oddzielać.

Wtenczas dopiero można pożytecznie wzbudzić wymioty w celu wyrzucenia tych nieszczęśliwych produktów. W jednym przypadku krupu, który się był wydarzył niedawno w naszej praktyce, użycie proszku garbnika z miodkiem różannym pomieszanego bardzo dobry sprawiło skutek. Po dwudziestu czterech godzinach chory oddał pseudomembraną znacznie długą pochodzącą widocznie z krtani. Na wewnątrz można zapisywać, metodą doktora Miquel z Amboise, proszki z ałunu i z kalomelu. Daje się co godzina dwógranowy proszek na przemiany, raz ałunowy, drugi raz kalomelowy. Ze wszystkich wewnętrznych lekarstw te proszki jeszcze na jakąś mogą zasługiwać ufność. Nie można tego powiedzieć o wielu innych środkach (1).

6. Tracheotomia jest zatem doskonałą metodą w terapii krupu, i sztuka lekarska, jak ludzkość, wiele jej są pod tym względem obowiązane. Są jednak pewne przeciw-wskazania do tej operacji. I tak, nie należy operować skoro już asfiksja grozi śmiercią, bo wtenczas już wszystko jest stracone i lekarz mógłby, w przeciwnym razie, ściągnąć na siebie jak najniesprawiedliwsze wyrzuty; mogłoby go oskarżać, że jego operacja śmierć spowodowała. Doświadczenie nauczyło także, że nie należy operować dzieci mających mniej nad dwa lata. Nareszcie, nie należy także uciekać się do tego ostatniego ratunku, skoro afekcja dyfteryczna zdaje się już być uogólnioną i zamienioną w kachexję, którą Francuzi nazywają *diphthérie* dla odróżnienia od afekcji miejscowej *diphthérite*. Skoro afekcja gardła lub krtani rozciąga się do jamy nosa; skoro gruczoły limfatyczne szyi są nabrznięte, to jest już znakiem że afekcja nie jest miejscową, ale że

(1) Od czasu jak ten artykuł był odczytany na jednym z posiedzeń Towarzystwa Paryżskiego lekarzy polskich, ogłoszono w dziennikach francuzkich bardzo szczęśliwe wypadki z użycia w krupie winianu potażu i antymonu (tartari stibiati) w wysokości dozie. Doktorzy Constant i Bouchut, dają codziennie po 20 centigramów i więcej tej substancji, w rozpuszczeniu. Nasz rodak i członek naszego Towarzystwa, pan Zorzo, ogłosił w tym przedmiocie w dzienniku, *Abeille médicale*, bardzo interesujący list, w którym daje także poznać niezmiernie szczęśliwe wypadki jakie otrzymał, już kilkanaście lat temu, używając emetyku w bardzo wysokiej dozie w czasie jednej epidemii na prowincyi.

bierze charakter infekcyi, i należy wstrzymać się od operacyi.

7. P. Delafond rzucił nowe światło na tę dyskusyą o krupie, ze strony medycyny porównawczej; krup występuje bowiem u zwierząt, a zwłaszcza u kotów, psów, świń, koni, bydła, gdzie się pokazuje sporadycznie i epidemicznie; w ostatnim razie jest daleko niebezpieczniejszym. Weterynarze uciekają się także często w tej chorobie do tracheotomii. Można nawet wyznać, że operacya ta nie była zastosowana do ludzi, aż dopiero po obserwacyach robionych poprzednio na zwierzętach. Bourgelat, pierwszy, praktykował tracheotomję w 1752 roku, na jednym koniu zaatakowanym krupem. Doświadczenie nauczyło weterynarzy, że operacya ta daleko obiecuje lepsze skutki, skoro się ją robi zawczasu przed początkiem asfixyi. Tracheotomja nie zdaje się być u zwierząt operacyą niebezpieczną; praktykowana w krupie, daje ona zazwyczaj 67 lub 68 przypadków szczęśliwych na 100.

8. W Towarzystwie chirurgii zajmowano się także ważną kwestyą praktyczną: w jaki sposób należy robić operacyą tracheotomii. Dwie metody są dzisiaj w powszechnem użyciu; dawna metoda, która zależy na stopniowem przecięciu różnych warstw które skórę od kanału powietrznego przedzielają, i metoda doktora Chassaignac, który radzi przedewszystkiem przebić haczykiem tracheję, dla ustalenia jej w miejscu i zrobienia jej nieruchomą. Następnie wprowadza się tym samym otworkiem koniec bistura aż do kanału powietrznego i przecina się od razu wszystkie warstwy perpendykularnie. Autor tę największą przypisuje korzyść swojej metodzie, że się odbywa prędko. Jakkolwiek bądź, metoda ta znalazła w Towarzystwie chirurgii liczne zarzuty których nie możemy pominąć. Jest to niezawodnie ważną rzeczą, aby otworzyć jak najprędzej kanał powietrzny i przywrócić oddychanie które się nie może odbywać krtanią. Doświadczenie pokazało jednak, że metoda o której mowa, znajduje nieraz przeszkodę do dopięcia tego głównego celu. Często się zdarza, że na przedniej części kanału powietrznego przebiegają dosyć

grube żyły, których otwarcie sprawia obfity krwotok. W takich przypadkach krew nieraz wpada sztucznym otworem do kanału powietrznego i powiększa asfityę. Metodą doktora Chassaiguac trudno jest uniknąć tych żył, bo się nic nie widzi tam gdzie się odrazu wszystko pod skórą przecina. Dlatego zatém powodu znaczna większość chirurgów paryzkich radzi przecinać warstwy zwolna i stopniowo jedną po drugiej aż do trachei. Tym sposobem można często skierować na bok natrętne nacynia i uniknąć krwotoku. Jakkolwiek bądź, nawet najwięksi partyzanci tej starej metody są zdania, że skoro się tylko dostrzeże tracheję w głębi rany, należy ją uchwycić haczykiem i zrobić nieruchomą; tym sposobem ułatwia się przecięcie pierścieniów i mniej się jest wystawionym na skaleczenie innych organów sąsiednich. Metoda ta łączy w sobie najważniejsze korzyści obudwóch metod o których mówimy, i nazwano ją metodą mieszaną *méthode mixte*. W końcu nie możemy pominąć jednego ulepszenia które może wiele wpłynąć na skutki tracheotomii. Chcemy tu mówić o modelu rurki wymyślonym przez doktora Morel-Lavallée. Nieraz się zdarza że koniec rurki, opierając się o ściany kanału powietrznego, może, w niektórych pozycjach chorego, sprawić mocny nacisk na pewien punkt trachei, i być przyczyną zapalenia, ropienia lub owrzodzeń. P. Morel-Lavallée zaradza tym nieprzyjemnym przypadłościom, urządzając rurkę wten sposób aby się składała z dwóch części, z których dolna może się wykręcać wolno na wszystkie strony na kształt rulet u krzesel. W tym razie najmniejsze ciśnienie trachei na dolny koniec rurki, zbacza go natychmiast ku stronie wolnej, i kanał powietrzny nie jest wystawiony na żaden nacisk.

II. *Gorączka czyli febra puerperalna*. — Inna również ważna dyskusya jaką się w upłynionym roku zajmowała Akademia lekarska w Paryżu, miała na celu objaśnienie lekarzy o naturze i terapeutyce *febry puerperalnej*. Kilkanaście posiedzeń poświęcono temu jednemu przedmiotowi, co stanowi bardzo rzadki wypadek w historyi tego uczonego zgromadzenia. Trudno było spodziewać się w podobnej materji jednomyślności.

Dla tego też tyle prawie objawiło się tam opinij, ile słyszano mowców. Jakkolwiek bądź, zrobiono tym sposobem pewien rodzaj inwentarza, podług którego łatwo jest zaraz dostrzedz, co w tym względzie sztuka lekarska posiada pewnego, a co stanowi jej *desiderata*. Będziemy się starali zdać w krótkim zarysie sprawę z tych interesujących debatów.

Febra puerperalna należy do chorób, których początek łatwo jest wysledzić w najodleglejszych nawet wiekach. Nie ma kraju któryby nieposiadał opisów różnych epidemij tego rodzaju, w różnych epokach. W miarę jak się ludność powiększała we wszystkich narodach, a z nią następował natłok mieszkańców, a zatem, w niektórych zwłaszcza porach, nacisk położnic po różnych zakładach położniczych, liczba epidemij o których mowa, co raz zdawała się powiększać. We Francyi, a zwłaszcza w Paryżu, epidemje te tak się stały od niejakiego czasu częste i przerażające, że stan ten zaczął serwo zajmować lekarzy. P. Guérac lekarz szpitalu Hôtel-Dieu, znalazł, że chwila była bardzo korzystna do wywołania w tym przedmiocie dyskusyi w Akademii.

Pokazało się z dokumentów zacytowanych w tej dyskusyi, że w Anglii na 14,000 ludności, umiera prawie corocznie 3,000 kobiet w skutek połogów, i że w tej masie można rachować 7/8, które padają ofiarą gorączki puerperalnej.

W przeciągu pięciu lat, od 1852 do 1856 roku, odbyło się w Paryżu w zakładzie macierzyńskim *de la maternité*, 13,839 połogów, po których 230 kobiet umarło, co daje proporcją 1 śmierć na 50 położnic. W niektórych epidemjach, np. w epidemii 1856 roku, proporcya ta była nierównie więcej przestraszająca, gdyż w przeciągu miesiąca od 13 kwietnia do 10 maja, umierała jedna chora co trzy połogi.

W tymże samym przeciągu pięcioletnim, na 4,979 połogów które się odbyły w Klinice, było 134 przypadków śmiertelnych, co daje proporcją 1 śmierci na 37 połogów. W szpitalu Hôtel-Dieu na 6,506 położnic umarło 170, co daje stosunek 1 na 38 chorych. W szpi-

talu St-Antoine, na 1,216 połówów, było 30 zgonów, czyli 1 na 40. W szpitalu St-Louis na 3,748 tylko 9 zgonów, czyli 1 na 146. W szpitalu Lariboissière na 1,382 połówów, rachowano 56 przypadków śmiertelnych czyli 1 na 24. Biorąc w przecięciu ogólną średnią z tych wszystkich szczegółowych wypadków, pokazuje się, że w przeciągu pięciu lat, od 1852 do 1856, umarło w Paryżu na 31,677 połówów, 644 kobiet, czyli 1 na 48. W obec tak smutnych rezultatów przy odhywaniu się funkcji zupełnie fizyologicznej, nie dziw że lekarze starali się odgadnąć ich przyczynę i zaradzić na przyszłość ich tak częstemu powtarzaniu.

P. P. Guérard i Depaul, starali się przedewszystkiēm zdeterminować dobrze rodzaj, który gorączka puerperalna stanowi, i odróżnić go dokładnie od innych rodzajów cierpień, które się także u położnic trafiają, a które jednak nie grożą równie bezpośredniēm niebezpieczeństwem. Gorączka puerperalna ma za charakter główny objawienie się nagłe przed trzecim lub czwartym dniem po porodzie, mniej więcj gwałtownego dreszczu z przyspieszeniem pulsu który bije po 140 a nawet 150 razy na minutę, z podwyższeniem gorąca przy dotknięciu, alteracją głęboką fizyognonii, i często mniej więcj, mocnym bólem z jednēj lub drugiej strony dolnēj części brzucha. Do tych pierwszych symptomatów trzeba dodać ciężkość respiracyi, która jest przyspieszoną i przerywaną głębokimi inspiracyami; odurzenie w wyrazie twarzy; pewne drżenie w mowie, bóle w członkach, womity często powtarzające się z odrzucaniem materyi żółciowēj, koloru zielonawego, wzdęcie brzucha, meteoryzm a nareszcie dyaryja. Wszystko to kończy się zazwyczaj śmiercią w przeciągu pięciu do ośmiu dni. — Dwaj dopiero tu zacytowani lekarze, uważają tę chorobę za gorączkę *sui generis* właściwą położnicom, za chorobę całēj ekonomii niezawisłą wcale od zapalenia organów płucnych i brzusznych. Podług tych autorów, gorączka puerperalna ma wielką skłonność do ropienia. Prawie zawsze znaleźć można po śmierci zebrania ropiste w worku peritonealnym, w ścianach macicy, w worku plewrowym, i t. p., krew zaś pokazuje się zazwyczaj

czarna i płynna, nieziadająca się. Zdarzają się takie epidemie gdzie ropienie zamiast się objawiać ze strony organów brzusznych, pokazuje się prawie jedynie w worku plewrowym. Okoliczność ta jest także w oczach tych lekarzy dowodem, że te ropienia są skutkiem a nie przyczyną gorączki puerperalnej. Według Pana Depaul, mylą się bardzo ci którzy uważają chorobę tę za skutek zapalenia organów brzusznych; jest ona widocznie pod wpływem ogólnych modyfikatorów organizmu, z rzędu modyfikatorów higienicznych. Na dowód tego, P. Depaul zacytował częste przykłady wypadków epidemicznych, które w tym samym czasie, kiedy panuje gorączka puerperalna na położnicach, objawiają się nieraz w sąsiednich salach pomiędzy mężczyznami. Do tych wypadków należy policzyć różę, absorbey ropiste, zgnilizny ran, i t. p. Nareszcie P. Depaul cytuje świeże spostrzeżenia doktora Lorain, z których zdawałoby się wynikać, że pod wpływem tychże samych warunków higienicznych anormalnych, które usposabiają do gorączki puerperalnej położnice, wiele dzieci nowonarodzonych wymiera po objawieniu się teje samej choroby; dzieci te okazują po śmierci też same główne alteracye patologiczne. Według P. Depaul, gorączka puerperalna może zatem exystować nietylko u położnic ale nawet u dzieci, w czasie ciąży lub po narodzeniu, a co większa, z pewnemi modyfikacyami, nawet u mężczyzn. Dla dania jeszcze więcej wagi swojej opinii, P. Depaul cytuje przykład jednej młodej akuszerki, która pielęgnując jedną chorą w szpitalu *Maternité*, w pośród najlepszego zdrowia na pozór, doznała była nagłego dreszczu, za którym objawiły się następnie wszystkie symptomata gorączki puerperalnej z której po kilku dniach zakończyła życie. Młoda ta osoba nie miała najmniejszej affekcyi organów płciowych, nie znajdowała się wcale w peryodzie menstrualnym i błona hymen była jeszcze u niej w zupełnej całości. Po śmierci, worek peritonealny był znaleziony napelniony ropą. Według doktora Depaul, trudno wytłumaczyć objawienie się, w podobnych kondycyach, gorączki puerperalnej; chyba że się przypuści wpływ epidemiczny na całą ekonomją.

Wpływ ten może być zazwyczaj bardzo słaby na osobach które się nie znadują w sytuacji położnic, nic jednak nie przeszkadza żeby się czasem wyjątkowo nie miał objawić. Nareszcie P. Depaul nie jest daleki od uważania gorączki puerperalnej za zaraźliwą, i radzi wszystkim lekarzom, którzy leczą kobiety dotknięte tą chorobą, aby byli jak najwięcej ostrożnymi, pod względem zmiany bielizny i sukien, skoro od takich chorych odchodzą.

Opinia ta, jak widno, jest zupełnie przeciwna dawniej opinii, która uważała zapalenie macicy i błony brzusznej jako początek całości patologicznej, która gorączkę puerperalną stanowi, i którą z tego powodu nazywano *Metroperitonitą puerperalną*; już dziś ona zaledwie znalazła stronników w Akademii.

Jakkolwiek bądź, doktor Cazeaux nie jest wcale przekonany, żeby zapalenie organów wymienionych niemogło przybrać formy gorączki puerperalnej. Położnice nie są wcale w pozycji innych kobiet. W ciąży następuje regularnie zmniejszenie proporcji kulek krwistych; w ostatnich czasach ciąży i po porodzie, tworzą się we krwi pierwiastki mleczne. Te nowe zupełnie kondycye, mogą już same przez się nadać inny wyraz zapaleniom organów brzusznych. Z drugiej strony, czyliż nie wiemy, że różne inne choroby jak np. zapalenia gardła, płuc, i t. p., mogą ogromnie zmieniać się, tak co do expressyi zewnętrznej, jako też co do niebezpieczeństwa, skoro mają w sobie zarodek epidemiczny. Z tych wszystkich powodów doktor Cazeaux nie widzi potrzeby, aby przypuszczać koniecznie exystencją febry *sui generis*, dla wytłumaczenia symptomatów gorączki puerperalnej. Według tego akuszerza, zapalenie błony brzusznej lub macicy, zapalenie żył lub naczyń limfatycznych tegoż organu, mogą dostatecznie zdać sprawę z różnych alteracyj znalezionych na trupach; charakter zaś epidemiczny, może usprawiedliwić powiększenie niebezpieczeństwa tej choroby.

P. Depaul zrobił jednak uwagę, że zapalenie żył macicznych, czyli flebita maciczna, jako też lymfangita czyli zapalenie naczyń limfatycznych macicy objawiają się

daleko później a niżeli zwykłe symptoma febry puerperalnej. Jeżeli w tamtych chore doznają dreszczu, to ten prawie nigdy nie objawia się przed szóstym dniem, często nawet daleko później; w gorączce zaś puerperalnej, jak mówiliśmy o tém wyżej, dreszcz pokazuje się już drugiego lub trzeciego dnia po porodzie i towarzyszą mu inne charakterystyczne symptomata. Diagnoza ta jest bardzo ważna gdyż wiele zależy na odróżnieniu tych dwóch stanów.

Między temi dwiema teoryami stanęła inna pośrednia, która nieodrzuca wcale alteracyj miejscowych, w etiologii choroby o której mowa, ale je uważa za niedostateczne bez interwencyi elementu higienicznego, który działaniem swoim na różne płyny wydzielane po porodzie w organach płciowych, daje tym stanom wyraz ogólności, którego by bez tego nigdy nie miały. Teorya ta opiera się na zasadach chemii organicznej, a zwłaszcza na zastosowaniu do ekonomii zwierzęcej niektórych praw, które rządzą fermentacyą płynów. Według tych praw, dosyć jest aby cząstka jakiego ciała będącego w fermentacyi była w zetknięciu przez jakiś czas z płynem zdolnym fermentować, aby się natychmiast ruch właściwy cząstkom pierwszego, zakomunikował cząstkom drugiego, bez koniecznej potrzeby ich mieszania się wzajemnego. Tym sposobem np. drożdże będąc w zetknięciu z odwarem jęczmienia, wzbudzają w nim ruch fermentacyjny, podobny ich własnemu ruchowi i sprawiają nowe tworzenie drożdży. Liebig już dawno chciał zastosować to prawo do działania jadu ospy lub wakcyny na ekonomją. Samo zetknięcie się tego jadu ze krwią przy szczepieniu, jest już dostateczne do sprawienia w niej ruchu, którego naturalną konsekwencyą jest tworzenie na nowo tegoż samego fermentu ospy lub wakcyny, który był do niego dał powód. Osiemnaście lat temu, zastosowałem był tę teorią do wytłumaczenia symptomatów ogólnych, które się często u położnic objawiają (1). Według tej teoryi którą do-

(1) Teorya ta była szeroko rozwinięta w pracy mającej za tytuł : *Histoire des progrès relatifs au système veineux, depuis Morgagni jusqu'à nos*

któr Guérard był łaskaw zacytować w ciągu teraźniejszej dyskusyi, zapalenie żył macicznych nie jest niezbędne do wytłumaczenia tych symptomatów; powietrze zepsute wskutek wyziewów zwierzęcych, może wprost działać na krew naczyń macicznych, jako też na inne płyny, i całą cyrkulacją tym sposobem narażić. Różne alteracje które w takim razie przypisujemy zapaleniu naczyń, jak np. osady na ścianach naczyń, ich czerwoność, zsiadłości krwiste, i t. p., mogą być nawet jedynie skutkiem tej dekompozycji krwi, a nie spowodowane flebitą. Doktor Trousseau, też samą w ciągu tegorocznej dyskusyi utrzymywał opinią o naturze gorączki puerperalnej, i porównywał ją pod tym względem do gorączki traumatycznej, jaka zazwyczaj po operacjach następuje. W jednym jak w drugim razie, dzieje się tam pod wpływem pewnych działaczy chemicznych, co nam fermentacją przypomina.

Jak widzimy, większość lekarzy w stanie dzisiejszym nauki, jest za potrzebą interwencji elementu ogólnego w etiologii gorączki puerperalnej. Tak ci którzy uważają tę chorobę za pewien gatunek febry essencyonalnej, jak ci którzy przywiązują pewną wagę do alteracji miejscowych, są tego zdania, że w gorączce puerperalnej ma się do walczenia przeciw chorobliwemu stanowi ogólnemu, przeciw pewnego rodzaju zatruciu, którego zawsze, czyto pośrednią czy bezpośrednią przyczyną, jest zepsute powietrze przez wyziewy zwierzęce, a zwłaszcza przy wielkim natłoku chorych po zakładach publicznych. Jak wszystkie epidemie, tak i epidemie gorączki puerperalnej, nabierają pod wpływem ścisku chorych, charakter niebezpieczeństwa którego zazwyczaj w przypadkach oddzielnych nie przedstawiają. Jeden z młodych lekarzy P. Tarnier, zrobił pod tym względem bardzo ciekawe spostrzeżenie. Przyszła mu myśl porównać przypadki gorączki puerperalnej, obserwowane w roku 1856, w szpitalu Maternité, z przypadkami obserwowanemi w tej samej epoce po na zewnątrz

jours; par le docteur Raciborski. Praca ta przestana do konkursu Akademii roku 1840, uwieńczoną została medalem złotym ceny 1,200 franków.

tego szpitalu, między ludem 12° dystryktu Paryża, który to dystrykt należy do najuboższych i z tego powodu, zbliża się najwięcej pod wszelkimi względami do osób, które się zwykle udają do szpitalu Maternité. Wynikło z tego porównawczego egzaminu, że skoro po za szpitalem, ale zawsze w tej samej części miasta, na 3,222 położnic, 14 tylko było umarło z gorączki puerperalnej, w tym samym przeciągu czasu, w szpitalu Maternité, na 2,478 chorych umarło w skutek tej epidemii 99 kobiet, co daje w pierwszym razie stosunek 1 na 522, w ostatnim zaś razie proporcją 1 na 25.

Z tego cośmy dotąd mogli poznać z dyskusji o naturze tej choroby, łatwo dorozumieć się można, do jakich środków lekarskich należy najwięcej przywiązywać wagi. Nie ma wątpienia, że skoro gorączka puerperalna już się zdeklarowała, nienależy wcale rachować na dobre skutki flebotomii, ani nawet pijawek przystawianych do brzucha. Doświadczenie nauczyło, że chore osłabiają się tym sposobem niepotrzebnie, i że się im śmierć przyspiesza. Wcale nie jest dowiedzione żeby należało rachować coś więcej na frykcyę merkuryalne, które są w tak powszechnem użyciu. Jakkolwiek bądź środek ten ma jeszcze dosyć partyzantów, ale wypada przynajmniej po uncyi maści merkuryalnej codziennie używać, aby się czegoś można spodziewać. Ipecacuanha zażyta zaraz po dreszczu, sprawia obfite wymioty zielone, po których czasem zdawało się dostrzedz cokolwiek polepszenia. Zresztą użycie ipecacuanhy zdaje się tu właściwie wskazane, podobnie jak we wszystkich przypadkach, gdzie rozum ludzki przypuszcza, z mniej więcej podobieństwem do prawdy, pewien rodzaj intoksykacji. Od lat kilku niektórzy lekarze francuzcy przypisywali wielką dzielność w leczeniu gorączki puerperalnej, siarkanowi chininy. Były takie epoki, w których doktor Beau zwłaszcza, tracił bardzo mało chorych na tę gorączkę, przepisując codziennie siarkan chininy, po skrupule aż do pół drachmy na dzień. Drudzy jednak lekarze przypisują to jedynie szczęśliwemu chwilowo losowi, gdyż sami używając tejże metody, wcale nie otrzymali tak pomyślnych rezultatów. Jakkolwiek bądź,

nie niezaszkodzi iść za przykładem Pana Beau, zwłaszcza, skoro terapeutyka nie przedstawia nam innego środka, któregooby skuteczność była klinicznie dowiedziona.

Można wniesć z tego wszystkiego co się w tej sławnej dyskusyi akademicznej pokazało, że najdzielniejsze środki zapobieżenia epidemjom gorączki puerperalnej, znajdują się w hygienie. Prawie wszyscy członkowie Akademii, którzy mają w tym względzie najwięcej specjalnego doświadczenia, byli tego zdania: że system dzisiejszy dawania pomocy położnicom ubogim, powinien być dużo zmodyfikowany. Zamiast wielkich zakładów mogących pomieścić dużo natłoczonych chorych, byłoby daleko lepiej założyć kilka małych instytutów położniczych w dobrych kondycjach zdrowia umieszczonych, z których każdy mógłby tylko przyjmować 15 do 20 chorych. Oprócz sposobów wentylowania używanych dzisiaj z dobrym skutkiem po niektórych szpitalach Paryża, a zwłaszcza w szpitalu Necker, możnaby tak te zakłady urządzić, aby były w nich zawsze sale próżne, mogące codzień dawać wolny przystęp zewnętrznemu powietrzu przez okna. Tym sposobem możnaby co miesiąc zmieniać mieszkanie położnic, mieścić je w świeżo przewietrzonem i zajmować się następnie oczyszczeniem i przewietrzeniem dawnego, przez cały następny miesiąc. Z drugiej strony wielu członków Akademii było zdania, żeby należało rozszerzyć pole do wspomagania położnic po domach, na łonie ich familii i zastąpić o ile można, tym sposobem, pomoc jaką się im daje po szpitalach. Doświadczenie nauczyło, że postępując tą drogą, najpewniej można uniknąć gorączek puerperalnych. W roku 1837, zawiązało się było w Paryżu Towarzystwo macierzyńskiej pomocy, pod protekcją królowej Amelii. Orfila był prezesem tego Towarzystwa. Doktorzy Capuron, Dubois, Velpeau, Moreau, byli członkami honorowymi do konsultacyi, w razie potrzeby. Oprócz tego każdy cyrkuł miasta miał w Towarzystwie jednego lekarza i kilka akuszerok. Lekarz wydawał w czasie porodu kwit na wszystkie środki których uznawał potrzebę. Skutek téj

organizacyi jest niezmiernie ciekawy, skoro go porównamy z tem co się zwykle dzisiaj dzieje po wielkich zakładach położniczych. W przeciągu pięciu lat od założenia tego instytutu, leczono staraniem Towarzystwa 1258 położnic w ich mieszkaniu. W roku 1841, na 400 położów nie było ani jednego wypadku śmiertelnego. W tym samym zaś roku odbyło się 623 położów w szpitalu Kliniki akuszeryjnej i w tej liczbie 22 kobiet umarło. Co do śmiertelności dzieci, podobnież wielką znaleziono różnicę; i tak w Klinice nowonarodzone dzieci wymierały w stosunku 7 na sto, po domach zaś w stosunku 4 na sto. Wszystko to dowodzi coraz więcej szkodliwego wpływu zepsutego powietrza wynikającego z natłoku chorych, na zdrowie położnic i nowonarodzonych dzieci, a szczegółowo na wywiniecie się i uniebezpieczenie gorączek puerperalnych.

III. *Choroba Adissona i Leukocythemja*. — W ubiegłym roku żadne nowe światło nie zabłyśło na horyzoncie co by nam dało poznać rzeczywistą naturę tego szczególnego stanu, który opisany będąc na sam przód przez Adissona, dotąd jego imię zachował. Trudno jest rozwiązać dotąd to zapytanie, co w istocie stanowi przyczynę zakolorowania brązowego skóry, które jest głównym charakterem zewnętrznym tej choroby. Od czasu ogłoszenia doświadczeń robionych na zwierzętach przez doktorów Brown-Sequard, Philippe i innych, taż sama panuje wątpliwość o ważności roli jaką torebki przynerkowe mają odgrywać w ekonomii. Od dalszych jedynie obserwacyj zależeć będzie zadecydowanie o stałości alteracyj anatomicznych tych organów w chorobie o której mowa, i o ich stosunkach z symptomatami za życia. Wszystko się jednak każe spodziewać, że się kiedyś na tem skończy, że choroba Adissona policzona zostanie do liczby tych kachexyj, które zawsze głęboką alteracyą w całej ekonomii przypuszczać każą, a których, różne charaktery anatomiczne znalezione na trupach, nie są wcale przyczyną, ale już skutkiem ich rozwinięcia.

Prawie toż samo można powiedzieć o leukocythemii. Jakkolwiek bądź, stan ten chorobliwy będąc jeszcze

mało znany, sądziemy że nie będzie od rzeczy zrobić tu krótką jego definicyą, i dać poznać głównejsze teorye, któremi starano się go wytłumaczyć. W stanie zdrowia proporcya kulek białych do czerwonych, jest jak 1 do 357 lub 346. W stanie zaś który nazwiemy leukocytemją (1), proporcya kulek białych tak się powiększa, że może być wyrażoną przez stosunek 1 do 20, 1 do 19, do 12 lub nawet 1 do 7. Doktor Vidal znalazł raz kulki białe w równej proporcyi z czerwonemi. Podług doktora Virchow, nietylko w leukocytemii, proporcya kulek białych się powiększa, ale się oprócz tego proporcya kulek czerwonych znacznie zmniejsza.

Skoro się zostawi w spoczynku krew upuszczoną w ciągu leukocytemii, zwłaszcza jeżeli poprzednio krew ta była pozbawioną fibryny, wtedy formują się widocznie dwie warstwy: górna biała prawie do ropy podobna, i dolna ciemno-czerwona. Benett i Virchow pierwsi opisali ten stan chorobliwy, ale się różnią co do tłumaczenia go. Pierwszy z tych autorów utrzymuje, że śledziona i gruczoły limfatyczne, którym przypisuje w stanie normalnym tworzenie kulek białych, nabierają w tym stanie chorobliwym tyle energii, że produkcyą kulek białych powiększa się w znacznej proporcyi. Podług doktora Virchow leukocytemja zależałaby od powiększania chorobliwego funkcyi śledziony i gruczołów limfatycznych. Ale ponieważ ten autor utrzymuje, że organa te mają na celu nietylko produkcyą kulek białych, ale zarazem niszczenie kulek czerwonych, podług niego zatem, leukocytemja nie zależy tylko na podwyższeniu proporcyi kulek białych, ale także na zmniejszeniu proporcyi kulek czerwonych. Przyznam się, że nie bardzo pojmuję te małe odcienia, i tém mniej jestem zdecydowany przywiązywać do nich jakąkolwiek wagę, że wcale nie są spowodowane faktami fizyologicznemi. Żebyśmy mogli dzielić zdanie doktora Virchow, należałoby aby nam

(1) Nazwisko francuzkie *Leucocythémie*, składa się z dwóch części czerwonych w źródle greckiem. Pierwsza oznacza kulki białe; zakończenie zaś wskazuje, dla większej dokładności, że to jest chorobliwy stan krwi. Znajdujemy że najstosowniej będzie zachować wyrazowi polskiemu brzmienie które podwójny ten źródłosłów przypomina.

poprzednio było dowiedzione, że śledziona jak i gruczoły limfatyczne mają w istocie za funkcją nie tylko produkcją kulek białych, ale i niszczenie ciągłe kulek czerwonych; to zaś dotąd wcale dowiedzionem nie jest. Nie trzeba zatem budować hipotez na hipotezach.

Nie ma najmniejszej wątpliwości, że stan patologiczny, o którym mowa, exystuje. Ci którzy go opisali, odróżniając go od innych stanów, z którymi był pomieszany, oddali niezawodnie usługę sztuce lekarskiej; przeszkadzać powikłaniu się, jest to niezawodnie przyczyniać się do postępu, ale przecież nie jest to jeszcze zdeterminować naturę chorób które się oddzieliło; można tym sposobem wiedzieć nieraz czém one nie są, ale nie łatwo jeszcze powiedzieć czém są. Dla tego też, nie wiemy jeszcze do jakiego stopnia są na drodze prawdy ci którzy utrzymują, że leukocytemja jest skutkiem hipertrofji śledziony, lub gruczołów limfatycznych. Tém więcéj można mieć prawo powątpiewania o tém, że nie raz zdarza się spotkać tak jedną jak drugą z tych hypertofij bez żadnego nawet pozoru do leukocytemii.

Jakkolwiek bądź, hipertrofja śledziony należy niezawodnie do faktów anatomicznych, które się w tej chorobie najczęściej w nekropsjach objawiają. Śledziona miewa wtenczas zazwyczaj 30 do 32 centymetrów długości, na 16 do 18 szerokości; w rzadszych przypadkach znalazino 41 centymetrów długości, 20 szerokości, a 7 grubości. Kształt jej nie wiele się różni od kształtu normalnego; ale jest twardszą i łanliwszą, koloru ciemnoczerwonego, przerywanego często wysepkami żółtawemi lub białawemi. Torebka śledziony jest zazwyczaj zgrubiała, i przyrosła do diafragmy i do peritoneum.

Wątroba podobnież jest często nabrzmiała i łatwo jest ją za życia, również jak i śledzionę, pod żebrami namacać. Co do gruczołów limfatycznych, te zazwyczaj, skoro są w stanie nienormalnym, nic szczególnego, oprócz hipertrofji nie przedstawiają.

Symptomata leukocytemii są przedewszystkiém też same jakie się we wszystkich kachexiach objawiają;

bladość ogólna — znaki fizyczne anemii, a w skutek tego oddech zazwyczaj przyśpieszony i trudny, chociaż płuca nieprzedstawiają do tego żadnego bezpośredniego powodu; kaszel nie często się objawia, prawie zawsze suchy, rzadko flegmisty — spадanie z sił — chudnienie — zawrót i ból głowy — szum w uszach — ćmienie w oczach — bóle newralgiczne. Wszystkie te symptomata zdają się zwłaszcza pochodzić od zubożenia krwi. Trawienie odbywa się najczęściej dosyć dobrze; rzadko bardzo, i to pod końcem, objawia się cokolwiek diarei. Stan moralny zmienia się zazwyczaj, szczególnie w późniejszym peryodzie choroby; chorzy tracą wesołość, a nareszcie następuje nieraz w ostatnich dniach delir spokojny. Nabrzmnienia wodniste w brzuchu, w worku płewrowym jako też anazarka objawiają się wyjątkowo na początku, ale dosyć często na jakiś czas przed śmiercią. Nareszcie, należy także wspomnieć o częściej skłonności do krwotoków nosem, stolcem, macicą i t. p. Obok tego, rzadko jest dużo gorączki; puls jest słaby, lichesy, nie bywa przyspieszony tylko przy końcu choroby. Często się zdarza wtenczas, że chorzy doznają dreszczu a później zimnych potów, lecz to wszystko powtarza się nieregularnie, bez żadnej analogii z tém co widzimy w febrach paludycznych. Uryna normalna w początku, odznacza się w końcu dosyć mocną proporcją amoniaku i urynianów, ale bez śladów białka, wyjąwszy w rzadkich komplikacyach.

Leukocythemja jest chorobą widocznie chroniczną. W przykładach dotąd obserwowanych i w liczbie 32 analizowanych, przez doktora Vidal, choroba ta trwała od trzech miesięcy do pięciu lat, w przecięciu, 13 do 14 miesięcy.

Nieznając natury tego stanu chorobliwego, trudno jest skreślić racjonalnie wskazania i środki lekarskie. Zmuszeni jesteśmy dotąd walczyć jedynie przeciwko najgłówniejszym symptomatom tej choroby. W tym to celu preparata żelazne i chin, garbnik, i t. p., grają najgłówniejszą rolę pomiędzy używanemi środkami. Sądząc z analogii, wypadłoby może także spodziewać się czegoś dobrego z hydroterapii. Jest to, jedném słowem, stan

chorobliwy, z którego, oprócz charakterów anatomicznych, bardzo mało jeszcze znamy i dużo nam się jeszcze na przyszłość uczyć wypada.

IV. *Chromidroza* (*Chromhidrose*). — Stan chorobliwy, o któryin tutaj mowa, po raz pierwszy w upłynionym roku ściągnął na siebie uwagę lekarzy, przynajmniej we Francyi. Doktor Leroy de Mericourt, profesor w szkole lekarskiej marynarki w Brest, a później doktorzy Maker, Bousquet i Blaise, opisali kilka przypadków tego stanu, którego głównym charakterem jest zafarbowanie częściowe skóry, pewnego rodzaju exhalacją koloru niebieskiego. P. Leroy uważa to zafarbowanie jako sekrecją nie normalną gruczołków transpiracyjnych. Stan ten dotąd jedynie tylko u kobiet był spostrzegany i zazwyczaj obserwowano spólcześnie pewien nieporządek w menstruacyi, zupełną amenorree albo też dysmenorree, symptomata chlorozy i różne wypadki nerwowe. Najczęściej zafarbowanie to pokazuje się na czole, powiekach, obok oczów, i t. d.; examinując osoby z bliska łatwo jest rozpoznać, że przyczyną tego zafarbowania jest płyn niebieskawy, który się w drobnutkie kropelki, jak punkciki, zbiera, tak, że go można obetrzeć chustką na której niebieskie plamy zostawia.

Trudno jest wyrzec co może być za natura tego zafarbowania. Wielu autorów cytowało przykłady pewnego rodzaju transpiracyi krwawej, która się odbywa u niektórych kobiet pewnemi częściami ciała w czasie zatrzymania menstrualnego. Lecz transpiracya tego rodzaju nietylko że zawsze ma mniej więcej kolor krwi, ale oprócz tego, pokazuje się peryodycznie w tych tylko epokach, w których menstruacya miała przychodzić. Przeciwnie, w chromidrozii, exhalacya materyi zafarbowanej odbywa się ciągle i tylko zdaje się być obfitszą skoro chwila menstruacyi przychodzi. Powiedzieć z P. Leroy, że robi się tam pewna dekompozycya krwi, w skutek której następuje sekrecya anormalna gruczołków transpiracyjnych, byłoby to jedynie chcieć pomnażać niepotrzebnie liczbę hipotez już i tak bardzo licznych, które zamiast stanowić postęp, mogą go tylko opóźniać tworzeniem próżnych illuzyj. Jest prędzej prawdopo-

dołnēm, że taż sama perturbacya systematu nerwowego która sprawia nieporządek w menstruacyi, jest u niektórych kobiet przyczyną exhalacyi o której mowa, i że dwa te symptomata, zamiast być jeden drugiego przyczyną, objawiają się spólczśnie pod wpływem jakiegoś spólnego bodźca.

Doktór Kæberlé, dyrektor prac anatomicznych w Strasburgu, wyexaminowawszy mikroskopem i chemicznie materya kolorowà, której mu dostarczył doktór Maker, od swojej chorėj, znalazł że ta substancya ma wiele podobieństwa do *indygo*; przypuszczając że niebyło ze strony chorėj żadnego oszustwa, produkt ten byłby z tego względu bardzo ciekawy, gdyż należałoby go uważać jako przykład sekrecyi, *indygo zwierzęcego*, przez gruczołki skórne. Jakkolwiek bądź, nie można być za dosyć ostróžnym w diagnozie, skoro się coś podobnego pokaże, gdyż łatwo jest wpaść w sidła rozmaitych figlarzy, jeżeli już nie oszustów, i wziąć za stan chorobliwy co było sprawione mniej więcej zgrabnie, sztukà. Od czasu jak ten artykuł był napisany, już jeden z dzienników paryzkich ogłosił był przykład podobnego zafarbowywania powiek i czoła, którego kobieta jedna używała, w małem miasteczku, w celu wzbudzenia jeszcze większego politowania się nad nią i zbierania obfitszej jałmużny. Czytając artykuł ten na posiedzeniu Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich, kilku członków, a mianowicie P. P. Seweryn Gałęzowski i Żorgo, przytoczyli podobnie przykłady osób które się przez jakiś czas, dla rozmaitych widoków, w mniej więcej podobny sposób malowały.

V. *O ligaturze kanału pokarmowego czyli esofagu w doświadczeniach lekarsko - prawnych i toxykologicznych.* — Wiadomo jest że największa część toxykologii, której exystencyà winniśmy zwłaszcza poszukiwaniom doktora Orfila, opiera się na doświadczeniach robionych na zwierzętach, a szczególniej na psach, którym sławny ten toxykolog wprowadzał do żołądka różne substancye, aby się przekonać o ich działaniu na organizm. Dla zapobieżenia odrzuceniu tych substancyj przez womity, Orfila miał zwyczaj zawiązywać kanał pokarmowy za-



raz po ich wprowadzeniu. Najczęściej się zdarzało że psy zdychały po takich operacjach, a śmierć ich przypisywano w ogólności szkodliwym skutkom wprowadzonych do żołądka substancyj. Opinia ta była tak upowszechnioną, że praca zakomunikowana w tym roku Akademii Lekarskiej Paryzkiej, przez P. P. Bouley i Reynal, sprawiła przynajmniej nadzwyczajne zadziwienie w świecie lekarskim, jeżeli nie wstrząsała spokojności sumienia nie jednego członka magistratury. Autorowie bowiem o których mowa, starają się ni mniej ni więcej, jak dowieść, że wszystkie konkluzje toksykologiczne do których Orfila doszedł, podobną drogą, powinny być uważane jako bezzasadne; śmierć bowiem psów może być jedynie następstwem samej ligatury kanału pokarmowego, bez żadnego poprzedniego wprowadzenia truteczny do żołądka. Akademia nieomieszkala mianować do wyexaminowania tej kwestyi, komisji złożonej z kilku członków. Przytoczymy tu główne rezultaty tego ciekawego śledztwa. Pokazało się naprzód rzeczą niezaprzeczną, że założenie ligatury na kanał pokarmowy, nie jest rzeczą małej wagi w organizmie psim. Najczęściej się zdarza że operacja ta, chociaż się ją robi jak najostrożniej, chociaż się jest pewnym, że główne nerwy wcale nie były objęte ligaturą, daje jednak powód do dosyć mocnych cierpień. Psy wpadają zazwyczaj po niej w niespokojność, doznawają nudności z ciągłym zanoszeniem się na wómity, i odrzucają dużo piany pyskiem. Wszyscy obserwatorowie którzy robili podobne doświadczenia, jak doktorzy: Orfila synowiec, Follin, Sédillot, we Francyi; Szumowski w Petersburgu, są jednoznaczni co do tego punktu. Jeżeli ligatura nie jest mocno ściśnięta, odjęcie jej po kilku godzinach, nieprzeszkadza zazwyczaj powrotu do zdrowia; na sto psów w ten sposób traktowanych zaledwie trzech zakończyło życie. Dzieje się zupełnie inaczej, jeżeli ligatura była mocno ściśnięta. W takim razie symptomata powyżej opisane, są daleko gwałtowniejsze i najczęściej się zdarza, że po kilku dniach następuje śmierć.

Pokazuje się zatem z tego wszystkiego, że chcąc aby doświadczenia toksykologiczne miały pewną wagę, nie-

należy nigdy ścisnąć mocno kanału pokarmowego, ani zostawiać ligatury więcej nad kilka godzin. W ogólności, jeżeli ligatura była lekko ściśniętą i nie zostawała długo w miejscu, a mimo tego, pies zdechł dosyć prędko po wprowadzeniu examinowanych substancyj do żołądka, to jest bardzo prawdopodobnem, że śmierć była skutkiem zatrucia. Jeżeli zaś śmierć nie następuje, jak dopiero w kilka dni potem, to należy być bardzo ostróżnym w wnioskowaniu; nieraz bowiem można wówczas znaleźć na trupach, ślady ropienia mniej więcej obfitego w okolicy ligatury, lub zapalenia nerwu pneumogastrycznego, które już same przez się mogą być mniej więcej przyczyną śmierci. Nie można być za nadto ostróżnym, skoro przyjdzie decydować w kwestyach toksykologicznych, których każdy zna dobrze konsekwencye sądowe. Nigdy zatem nie należy przypisywać śmierci psa, zatruciu, dopóki się nie przekona doświadczeniem powtórzonem na innym psie, że wprowadzenie tejże samej substancyi do żołądka, bez założenia poprzedniego ligatury na kanał pokarmowy, podobnie śmierć za sobą pociąga.

VI. *Uwagi ogólne nad kołtunem a mianowicie o nowej formie hypokondryi, którąby można nazwać hypokondryą trychomatyczną, i o grzybach kołtunowych.* — Ten był tytuł pracy czytanej przeze mnie, na jedném z posiedzeń w miesiącu lutym 1859, w Akademii lekarskiej paryzkiej. Nie należy wnosić złąd, żebym miał pretensją rozstrzygnąć, obserwacyami robionemi w Paryżu, liczne trudności jakie, do dziś dnia, rozwiązanie kwestyi o kołtunie spotyka; kwestya ta nie może być gdzie indziej przyzwyczajoną jak w Polsce, ale czas jest, aby zmienić kierunek jaki dotychczas nadawano pracom ogłoszanym w tym przedmiocie. W pracy mojej oddałem należne pochwały Towarzystwu lekarskiemu w Warszawie, że się zdecydowało obrać najwłaściwszą do tego drogę, drogę kliniczną, i że wyznaczyło do badania pojedynczych faktów specjalny Komitet, któremu doktor Lebrun, ze zwyczajną mu gorliwością, utworzył sale szpitala Dzieciątka-Jezus. Należy się spodziewać że Komitet ten, złożony z lekarzy różnych opinij, examinując

tę kwestyą po raz pierwszy z należą surowością, opierając się we wszystkiem na metodzie arytmetycznej czyli numerycznej, która codziennie tyle usług sztuce lekarskiej oddaje, doprowadzi do jakiegoś rezultatu, i że raz przynajmniej będzie można wiedzieć, o co tam rzeczywiście chodzi. Głównym moim celem było dowieść, że pomiędzy osobami które noszą na głowie kołtun, jest dużo takich, które, w skutek pewnego stanu nerwowego przedstawiającego się pod postacią hypokondryi, padają ofiarą przesądu tradycyjnego i przypisują ich cierpienia diatezie kołtunowej. W skutek tej monomanii chorzy robią co tylko mogą aby zwikłać włosy, i nie są zadowolnieni dopóki nie zobaczą na głowie kołtuna, chociaż nawet najczęściej tak bywa że to nie zmienia wiele ich poprzedniego stanu.

Kołtun który przedstawiłem Akademii był właśnie tego rodzaju. Ta masa zlepionych włosów, będąc wyexaminowaną za pomocą mikroskopu i chemicznie, wspólnie z jednym z moich przyjaciół, sławnym doktorem Karolem Robin, pozwoliła nam odkryć mnóstwo kryptogamów zupełnie podobnych do grzyba affekcyi znanej pod nazwiskiem *favus*, opisanego pod tytułem *achorion-Schænleini*. Szczególna ta analogja dała mi powód do dyskutowania roli jaką mogą odgrywać kryptogamy w różnych chorobach skórnych. Przeciwnie opinii niektórych dermatologów, zdaje mi się że kryptogamy są jedynie rzeczą podrzędną pod względem patogenii, chociaż, co do terapijki, uważam ich obecność za ważną i mogącą wyznaczać szczególnych środków lekarskich mających na celu ich zniszczenie. Pod tym względem praca moja może dać powód do ciekawej dyskusyi w Akademii.

VII. *Dwie nowe formy paraliżu.* — Uplłyniony rok odznacza się między różnemi odkryciami, nowem powiększeniem kadru obejmującego rozmaite formy paraliżu ruchów. Dotąd utrzymywano powszechnie, że trzy główne elementa wchodziły do mechanizmu każdego ruchu: pobudka wychodząca z mózgu; siła nerwowa nastreżona przez część przednią mlecza, i nareszcie sam muszkuł. Jakoż rzeczywiście affekcye mózgu równie jak

affekcyje mleczu pacierzowego sprawiają różne formy paraliżu, jak np. paraliż ogólny u pomięszanych, hemiplegią, i t. p., a to wszystko z powodu przerwania się należnej excytacji nerwowej która każdą kontrakcyą muskularną poprzedza. Z drugiej strony już było dobrze dowiedzione, zwłaszcza po doświadczeniach doktora Duchêne, że, pomimo kontynuacji wpływu nerwowego od mózgu za pośrednictwem mleczu, muszkuły mogą być sparaliżowane w skutek własnej ich affekcyi, jak się to widzi np. w atrofii muskularnej, w której włókna mięsne niszczą się i na tłuszcz zamieniają. We wszystkich tych formach paraliżu, członki lub muszkuły pojedyncze sparaliżowane są pozbawione mniej więcej zupełnie ruchów dowolnych, a nawet, pod wpływem elektryczności, muszkuły ściągają się słabiej jak wstanie normalnym lub nieściągają się wcale. Posuwając dalej examin analityczny paralityków, doktorzy Landry i Duchêne (de Boulogne) dostrzegli, że oprócz wymienionych form, paraliż przybiera czasem zupełnie oddzielny wyraz, który zupełnie oddzielny od poprzednich stanowi gatunek. I tak, są tacy paralitycy którzy leżąc, mogą rozmaite odbywać ruchy dolnemi członkami, u których muszkuły posiadają normalną siłę a jednak nie mogą oni używać członków jak należy. Jeżeli się takich chorych postawi na nogach, to zazwyczaj chwieją się; jeżeli im się powie żeby szli, to rzucają nogami naprzód, na prawo lub lewo, bez żadnej regularności; jeżeli im się naznaczy pewną metę do której powinni dotknąć się nogą, to oni widocznie robią w tym celu usiłowanie, ale do mety rzadko dojdą, zwłaszcza, jeżeli zamykając im oczy, nie da się im sposobności oceniać odległości wzrokiem. Wtakim razie biorą oni zazwyczaj chęć za dopięcie celu i zdaje im się zawsze że go dopięli, chociaż nieraz zatrzymano ich w połowie drogi. Podobneż symptomata przedstawiają się także w członkach górnych, które się odznaczają wówczas niezręcznością. Wtakim razie chorzy mają dosyć siły w muszkułach, mogą np. ścisnąć rękę, ale nie umieją ocenić różnicy między siłą oporu lub między ciężarami. Chory może pobobnież trzymać szklankę, ale skoro przyjdzie ponieść ją do ust, to się to nie odbędzie

jak dopiero po różnych zygzakach po drodze; nareszcie, jeżeli nie patrzy że szklanka jest w ręce, to ją upuści nie czując jej wcale.

Coż jest przyczyną tego szczególnego stanu? Według doktora Landry, należy go przypisać sparaliżowaniu sensu muskularnego czyli zmysłu działalności muszkułów. Jak wiadomo, Karol Bell, a po nim Gerdy utrzymywali, że muszkuły posiadają właściwy im zmysł dający im miarę zrobionego już wysilenia, lub miarę tego które im należy robić w oznaczonym celu. Sparaliżowanie tego zmysłu, jest w oczach doktora Landry, główną przyczyną nieregularności ruchów o których była powyżej mowa.

Doktor Duchêne zbija tę teorię, i, postępując drogą analizy, zamiast jednego, odróżnia dwa oddzielne stany chorobliwe w powyższych symptomatach. Według tego autora, muszkuły nie posiadają wcale osobnego zmysłu ich działalności, i uczucie któremu Bell i Gerdy byli dali to nazwisko, jest po prostu emanacją zmysłu czucia ogólnego, które w muszkułach podobnie jak i w skórze i innych częściach podskórnych eksystuje. To czucie muskularne, zaprzeczane przez niektórych fizyologów a zwłaszcza przez doktora Remak, było jak najdobitniej dowiedzione przez P. Duchêne, po licznych doświadczeniach robionych na rannych w 1848, w szpitalu Hôtel-Dieu. Czucie będąc sparaliżowane w muszkułach, musi wyniknąć pewna nieregularność w ich ruchach; chociaż bowiem muszkuły mogą się ściągać według woli, ale pozbawione będąc czucia, nie mogą ocenić oporu; chorzy zatem nie czują chodząc, czy się dotykają ziemi lub nie, i ciągle są w niepewności i w wahaniu się. Niepewność ta będzie tém większą jeżeli, zamykając im oczy, pozbawia się ich sposobu sprostowania błędów pochodzących z braku, mniej więcej, zupełnego czucia. Jakkolwiek bądź, forma ta paraliżu nie stanowi, w oczach doktora Duchêne, osobnego gatunku, należy ona do klasy anestezji i winna jedynie swój wyraz temu, że tą razą muszkuły czyli organa ruchu są atakowane anestezją. Dlatego też najczęściej tak bywa, że chorzy tej kategorii pokazują zarazem symptomata anestezji skórnej, jak się to zwłaszcza trafia u wielu kobiet hysteryczek.

Ale też sama na pozór forma paraliżu może stanowić zupełnie osobny gatunek, który doktor Duchêne nazywa *l'ataxie locomotrice progressive*, i który wistocie obserwuje inny bieg i ma nierównie większą ważność co do prognozy, jak forma o której dotąd była mowa.

Ażeby dobrze zrozumieć naczém ten stan chorobliwy zależy, wypada przedewszystkiém zehyśmy dali wkrótkości poznać teorią ruchów członków. Ruchy oddzielne pojedynczych mięśni nie exystują wcale w naturze. Doktor Duchêne przekonał się licznemi doświadczeniami, że każdy ruch dowolny, tak członków jak korpusu, jest skutkiem podwójnej excytacji nerwowej, w skutek której obadwa rodzaje mięśni działających antagonistycznie, zginające i wyprężające, są równocześnie pobudzone do ruchu, jedne do wypełnienia go a drugie do moderowania. Od tej kombinacji, którą P. Duchêne nazywa harmonją antagonistów, zależy precyzja i pewność ruchów. Kombinacja ta odbywa się zupełnie instynktowo z największą łatwością. Ale skoro władza, która tej harmonii w mózgu prezyduje, jest chorobliwie dotkniętą, wtedy precyzja w ruchach słabieje i może nawet zupełnie zginąć. W takim razie chorzy mogą jeszcze nieraz odbywać różne ruchy członków, ale zazwyczaj ruchy te są exaggerowane. I tak, jeżeli idą, to, zwłaszcza w drugim peryodzie *kroku*, rzucają za żywo nogę naprzód, nie mogąc jej wstrzymać antagonistycznie, i robią krok daleko większy jak zazwyczaj. Inny chory, niosąc szklankę do ust, uderza nią mocno w zęby, bo nie umie miarkować ruchu jaki jest potrzebny do zanieśienia jej do ust. Jeżeli chory chce uchwycić coś ręką, widzi go się zupełnie niezgrabnym; kontrakcyje różnych mięśni, potrzebne do tego ruchu, nie mają bowiem wcale tej, że tak powiemy, jednomyślności, która je w stanie normalnym cechuje.

Ten nowy rodzaj paraliżu, czyli *ataxia muscularna*, da się podzielić na trzy periody. Najczęściej się tak zdarza, że pierwszy period zaczyna się od symptomatów paraliżu mięśni ocznych. Na dwudziestu wypadkach, obserwowanych przez doktora Duchêne, symptomat ten początkowy w trzech tylko razach się nie pokazał. Szósta

para nerwów jest częściej atakowaną jak trzecia. Prawie zawsze bywa w tym samym czasie, mniej więcej sparaliżowania retyny i wzrok jest osłabiony. Lecz co jest szczególnego to to, że paraliż mięśni oczów może ginąć zupełnie lub kilkokrotnie wracać, chociaż główna choroba która się nim w początku objawia, kontynuuje mimo tego swój bieg. Skoro chorzy są zupełnie pozbawieni wzroku, wtedy ruchy członków stają się coraz trudniejsze i położenie ich jest najopłakańsze. Inne nerwy mózgowe mogą być czasem sparaliżowane, ale jedynie wyjątkowo. Organa płciowe zostają zazwyczaj w osłabieniu. Chorzy doznają zatrzymania stolca i uryny, albo też oddają je mimowolnie niemogąc ich zatrzymać. Władze umysłowe zawsze się utrzymują w dobrym stanie. Chorzy doświadczają często zawrotu, zwłaszcza wywracając głowę w tył. Mięśnie zachowują zazwyczaj władzę ściągania się za wpływem elektryczności.

Jeden z ważniejszych symptomatów pierwszego periodu, jest uczucie bólów ograniczających się do bardzo małych przestrzeni, ale bardzo dolegliwych i mających charakter darcia. Często chory nie może znieść najlżejszego dotknięcia w miejscu zboleiałem, a jednak mocne naciśnienie nieraz ból uśmierza. Bóle te przychodzą paroxyzmami, i nie trwają zazwyczaj jak kilka sekund; podobne do uderzenia elektrycznego, często się powtarzają i zmieniają miejsc. Oprócz tych bólów wojażujących, często chorzy doznają ciągłych bólów w niektórych częściach, jak np. na karku, na skroni, etc., etc. W drugim periodzie tej choroby, dają się już spostrzegać różne ruchy nie normalne o których mówiliśmy. Zaczynają się one objawiać albo w górnych albo w dolnych członkach. W ostatnim periodzie affekcyja staje się ogólną.

Stan ten chorobliwy trwa nieraz nawet lat kilka, i chorzy są tym sposobem wystawieni na długie cierpienia. Doktor Duchêne mniema, że stan ten nie koniecznie się kończy śmiercią.

Skoro doktor Duchêne ogłosił pracę swoją, doktor Landry zaprzeczał mu pierwszeństwa w opisanii tego stanu chorobliwego, przypominając swoją pracę poprzednią o *sparaliżowaniu zmysłu muskularnego*. Wynikła

z tą bardzo żywą polemiką. Z drugiej strony, nasz szanowny rodak i jeden z znakomitszych członków Towarzystwa paryżkiego lekarzy polskich, doktor Lubelski, utrzymywał, że ten stan chorobliwy miał już być poprzednio opisany w Niemczech, przez doktora Romberg. Dla skompletowania tej ważnej kwestyi, doktor Lubelski zakomunikował Towarzystwu swoje poszukiwania historyczne w krótkiej ale bardzo dobrej i dowcipnej rozprawce. Nie znając osobiście pracy doktora Romberg, trudno nam jest zdecydować tę kwestyę, gdyż należałoby przede wszystkim porównać opis symptomatów, aby się przekonać czy autor niemiecki traktował w istocie tenże sam przedmiot. Wrazie gdyby tak było, oznaczenie tego stanu chorobliwego nazwiskiem *tabes dorsalis*, przez Romberga, nie zdaje nam się właściwe. *Tabes dorsalis* mówi za dużo i za mało; albo raczej, trudnoby było powiedzieć co to nazwisko ma znaczyć i do jakiego stanu anatomo-patologicznego odnieść go można. Z drugiej strony, stan chorobliwy opisany przez Romberga, zdawałby się, po tytule, odnosić do afekcyi mleczu, a tym czasem paraliż nerwów ocznych, który się prawie zawsze w początku afekcyi opisanej przez doktora Duchéne okazuje, dowodzi widocznie, że tam musi być jakaś afekcyja mózgu lub mózdzgu. Jednym słowem, ataxja muszkułarna doktora Duchéne potrzebuje jeszcze więcej obserwacyj do wyjaśnienia różnych punktów, co, mimo tego, nie przeszkadza nam uznać jego poszukiwań za bardzo ciekawe dla lekarzy.

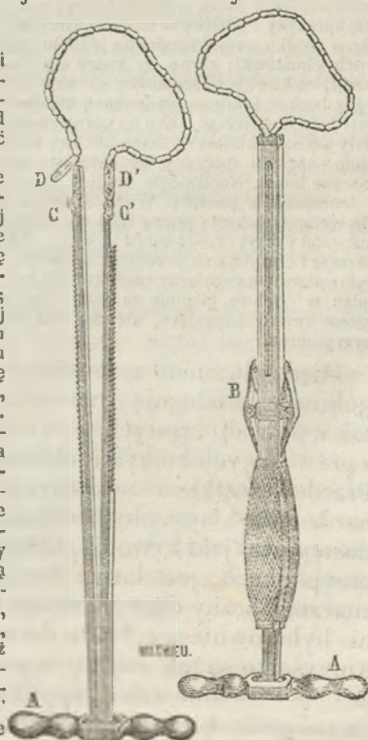
VIII. Odjęcie tumorów przez zgniecenie podstawy
(*écrasement linéaire*).

Metoda doktora Chassaignac, odjęcia różnych części przez zgniecenie stopniowe podstawy za pomocą łańcuszka metalicznego na drobne artykulacje podzielonego, czyli metoda tak nazwana *écrasement linéaire*, przeszła przez liczne próby kilku letniego doświadczenia. Podług dzisiejszego stanu rzeczy można uważać tę metodę za bardzo korzystną, i nie ma wątplenia że zostanie na zawsze w praktyce chirurgicznej. Nie należy sobie jednak wystawiać żeby ta metoda miała zastąpić

nóż w każdym razie; byłaby to dziwaczna pretensya, której sam autor, pomimo miłości ojcowskiej właściwej wszystkim wynalazcom, nigdy nie miał. Jedną z największych korzyści tej metody jest możność uniknięcia krwotoków przy operacjach, w których zwyczajne ligatury są zazwyczaj niepodobne do praktykowania. Z drugiej strony, dotychczasowe doświadczenie zdaje się przekonywać że, tym sposobem, nie należy się tyle obawiać, róży ani flebity, które, następstwami swemi, niszczą nieraz najpiękniejsze nadzieje po najzgrabniej wykonanych operacjach. Nareszcie są przypadki, że affekcye wymagające środków chirurgicznych, są tak głęboko położone, że ani można myśleć o atakowaniu ich dawnymi metodami. Do tego rzędu należą np. pewne raki kiszki odchodowej, niektóre tumory włókniste macicy, i t. p.

Niektórzy z czytelników mogli nie mieć dotąd sposobności poznania instrumentu doktora Chassaig'nac, sądziłem zatem że nie od rzeczy będzie dać im go poznać w rysunku i zrobić krótki opis.

Figura położona po lewej stronie przedstawia dwie główne części instrumentu: D D', łańcuszek pewnej długości podzielony na artkulacye i mogący z łatwością zginać się w każdym stawie. C C' są dwie hebleczki stalowe równoległoboczne; powierzchnia wewnętrzna każdej z nich jest płaska i równa, co im dozwala zostawać w zetknięciu w całej ich wysokości i ślizgać się nawet cokolwiek jednej po drugiej, w czasie działania instrumentu. Dolny koniec tych helek jest przyczepiony do poprzecznego drążka A, który służy za rękojmnię. Przyczepienie to ma miejsce w taki sposób, że każdy koniec rękojmni może odbywać na przemian ruchy naprzód i w tył (*va-et-vient*). Przy każdym takim ruchu, belki ślizgają się po sobie; skoro rękojmnia podnosi się w górę lewym końcem, belka lewa podnosi się z nią także, i łańcuszek musi odbyć podobnie ruch z lewa na prawo; w następnym ruchu, podnosząc koniec prawy rękojmni do góry A, belka C' ślizga się po belce C, która zstępuje



na dół za końcem lewym rękojmii, pociągając w swoim kierunku łańcuszek, który, tą razą, piluje z prawej strony na lewą.

Powierzchnia zewnętrzna belek jest opatrzona w większej połowie ich długości, u góry, szeregiem zębów (*cremaillère*) regularnie urządzonych w ten sposób aby w przedziały ich mogli wchodzić ząb haczyka przeznaczonego do skompletowania ruchu zębowego belek, na dół. Łańcuszek jest zupełnie oddzielny, ale każdy z jego końców jest przysrubowany do górnej części odpowiedniej belki w ten sposób, aby mógł, po zbliżeniu belek, formować, mniej więcej szeroką petlę, którą się później zakłada na podstawę tumorów. Skoro chodzi o odjęcie jakiej części głęboko położonej, to nie robi się petli poprzednio. Łańcuszek w takim razie będąc odsrubowanym w jednym lub obudwu końcach, wprowadza go się za pomocą sondy lub rurki trokarowej na przeznaczone miejsce, i dopiero, po otoczeniu środkiem łańcuszka części przeznaczonej do odjęcia, wyciągają się końce jego na zewnątrz i przypinają do belek dla zrobienia petli. Reszta operacji zależy na ciśnieniu i pilowaniu stopniowem tumoru za pomocą łańcuszka. Dla dopięcia tego celu instrument posiada dwie części specjalne które się widzi na figurze położonej po prawej stronie. Belki będąc zbliżone do siebie, wkładają się do pochwy, czyli rurki mogącej się do woli podnosić, a zatem mogącej służyć tym sposobem do ściskania petli. Pochwa ta metalowa w górnej części, kończy się u dołu rękojmnią drewnianą ponasiekiwaną, aby ją łatwiej w ręku operator mógł trzymać. Zaraz nad drewnianą częścią pochwy znajduje się z każdej strony mała szpara w którą wchodzi haczyk cokolwiek wyżej umieszczonej podwójnej sprężyny i pochwę w miejscu utrzymuje. Sprężyna ta podłużna B, opiera się w środku swej długości na jednym guziku, na którym odbywa niejako ruch chustawki; górne jej końce oddalone są od pochwy małemi sprężynkami, co kieruje dolne końce na wewnątrz i wtrąca ich haczyki pomiędzy zęby boczne które się na belkach naprzeciw każdej szpary znajdują. Dostępną jest jednak nacisnąć lekko na górną część sprężyny aby jej górne końce zbliżyły się natychmiast do ścian pochwy metalicznej, i aby przez ten sam ruch, dolne haczyki sprężyny wydobyły się na zewnątrz szpary i opuściły zęby boczne belek. Naciśnięcie to jest potrzebne, skoro się chce wyjąć belki i łańcuszek z pochwy. W czasie operacji trzyma się w lewej ręce część drewnianą pochwy: prawą ręką zaś nadaje się rękojmnią A, na przemian, ruch naprzód i w tył (*va-et vient*). Tym ruchem haczyki dolne sprężyny opuszczają i chwytają na przemian zębowaści boczne belek i uskutecznią się tym sposobem regularny ruch którym belki zstępują stopniowo i na przemian w pochwę, ciągnąc za sobą łańcuszek. Działanie łańcuszka nie jest zatem czysto ściągające, ale ma coś przytem w sobie, co działanie pily przypomina.

Miedzy licznemi zastosowaniami tej metody na szczególniejszą zasługują wzmiankę tumory hemoroidalne, tak z powodu częstych tego rodzaju wypadków, jakoteż z prawdziwych korzyści jakie się jej użyciem otrzymuje. Przedewszystkiem możemy zapewnić, że rzadkie są bardzo przykłady, aby podczas operacji lub po operacji, następował jaki krwotok, który zresztą, w wyjątkowych przypadkach, jest łatwy do zatamowania. Pomimo już znacznej liczby chorych dotąd tą metodą operowanych, nie było równie przykładu flebity ani resorbeyi ropistej. Korzyści te są tak ważne, że metoda o której mówimy, jest powszechnie dzisiaj aplikowana w Paryżu do odjęcia tumorów hemoroidalnych.

W tych ostatnich czasach zwrócono jednak uwagę na ścieśnienie otworu stolca, które się czasem następnie przedstawia. Ścieśnienie to jest często tylko czasowe i zależy jedynie od stwardnienia tkanki komorkowej w całym przebiegu cyrkularnym blizny. Jakkolwiek bądź, widziano, chociaż rzadko, przykłady mocnego i ciągłego zwężenia bardzo przykrego dla chorych. Przedmiot ten był dyskutowany na jednem z posiedzeń Towarzystwa chirurgii w Paryżu. Największa część członków przypisuje to zwężenie przecięciu skóry, po którego zabliźnieniu zawsze większe następuje ściąganie, aniżeli po zabliźnieniu ran błony śluzowej. Dla tego też wielu chirurgów, idąc za przykładem PP. Gosselin i Verneuil, radzą aby nie odejmować od razu wszystkich guzów, ale się ograniczyć w początku na odjęciu jedynie guzów błony śluzowej. W takim razie nie bywa po operacyi żadnego zwężenia, lub też tylko czasowe. Później, gdyby pozostałe guziki skórne dawały powód do bólów, łatwo można odciąć je, jak radzi P. Gosselin, nożyczkami; odcięcie to bowiem nie wystawia wcale na nieprzyjemne wypadki, jakie się nieraz po odcięciu guzów błony śluzowej wydarzają.

Inni chirurgowie radzą operować częściowo. Zamiast zakładać łańcuch na cały wieniec guzów, cyrkularnie, zakłada się go prostopadłe na trzy lub cztery największe guzy, jeden po drugim. Pozostałe cząstki hemorroidów wcale są nie żenujące dla chorego; zapalenie i bóle są nie wielkie, i nigdy nie należy się obawiać zwężenia. W jednym podobnym razie, aby oszczędzić czasu potrzebnego do operacyi, P. Gosselin użył jednocześnie dwóch lub trzech instrumentów (ściskaczy).

P. Chassaignac sam utrzymuje, że tam, gdzie z powodu wielkości tumorów, można się obawiać zwężenia, ostrożność każe odejmować tumory pojedynczo i zostawiać między ranami pewne odstępy bez nadwężenia błony śluzowej. W takim razie zwężenie nigdy nie może być mocne.

Jak widzimy, metoda gniecenia, jest powszechnie przyjętą przez chirurgów paryzkich do odejmowania guzów hemoroidalnych. Zastosowana podług zasad

dopiero wyłożonych, jest ona niezawodnie jedną z najlepszych i najłatwiejszych do wykonania metod. Ale oprócz tego może ona zastąpić nóż w wielu innych jeszcze wypadkach, co nadaje tej metodzie dużo wartości, zwłaszcza po małych prowincjach gdzie nie ma właściwie chirurgów i gdzie lekarze mają zazwyczaj wstręt do krwawych operacji. Każdy tumor, którego tylko podstawa da się poprzednio zwęzić w cienką łodygę, może być tym sposobem łatwo *ściskaczem* odjęty, bez żadnej obawy krwotoku.

IX. *Strzały wypalające; metoda proponowana przez doktora Maisonneuve, do niszczenia wszelkich tumorów, nawet wielkich wymiarów.*

Jak mówiliśmy wyżej, jedną z najgłówniejszych korzyści jakie doktor Chassaignac przypisuje swojej metodzie *gniecenia cyrkularnego*, ma być ta, że podług tego niepospolicie zdolnego operatora, metodą tą unika się krwotoków i nie wystawia się chorych na resorbcyą ropistą, która stanowi jedną z najgorszych komplikacyj po wszystkich operacjach. W tym samym właśnie celu była zaproponowana metoda wypalania strzałami przez doktora Maisonneuve, metoda, która przeciwnie metodom palącym, dotąd w użyciu, wypala, nie z zewnątrz ku środkowi, ale od środka ku powierzchni. Autor przekłada nad wszystkie palące substancje, ciasto tak zwane *pâte de Canquoin*, złożone z jednej części chlorku cynku i z trzech części mąki pszennej, które się rozrabia w ciasto potrzebną ilością wody. Strzały mogą mieć rozmaity kształt, ale doktor Maisonneuve utrzymuje, że można je zredukować do trzech główniejszych form, które zazwyczaj wystarczą na wszystkie mogące się zdarzyć wypadki. 1° Strzały koniczne, 2° deszczółkowate, 3° wrzecionowate. Wszystkie te formy są łatwe do nadania świeżemu ciastu, a później wysuszeniem nadaje im się przyzwoitą twardość. Jeżeli części które ma się zamianiar szpikować strzałami, są miękkie lub kruche, wtedy twardość naturalna strzał wystarczy do przebicia ich. Lecz skoro chodzi o przebicie skóry lub części stwardniałych, należy koniecznie utorować strzałom drogę za

pomocą bistura lub trokaru któremi się przebija dziurkę. Po ranie takiej, zaledwie następuje lekkie krwawienie, gdyż strzała, będąc natychmiast potem w toż samo miejsce wprowadzona, tamuje krwotok wypaleniem.

Autor przyjmuje trojaką dyspozycyą strzał, to jest: albo je układa promieniistym trybem, albo równoległą, albo też przestaje na włożeniu jednej strzały do samego środka tumoru. W pierwszym razie używa się strzał konicznych i ustawia się je na samej podstawie tumoru który się zamierza odjąć. Część szeroka każdej strzały skierowana poziomo na zewnątrz, jest oddalona jednym centymetrem, z każdej strony, od dwóch sąsiednich strzał. Część zaś śpiczasta wszystkich strzał, jest skierowana ku środkowi tumoru. W ten sposób strzały razem uważane mają niejako dyspozycyą sprychów w kolewozu (Fig. 1.).

Sposób ten operowania jest szczególnież przeznaczony przez autora do zniszczenia tumorów, które się na powierzchni ciała znajdują, a zwłaszcza do tumorów piersi. Własność wypalająca strzał jest dostateczną do zniszczenia nawet części leżących między niemi, których się one bezpośrednio nie dotykają. W godzinę lub dwie, po podobném naszpikowaniu, już cały tumor jest martwy i bez żadnej komunikacyi nerwowej lub waskularnej z resztą organizmu.

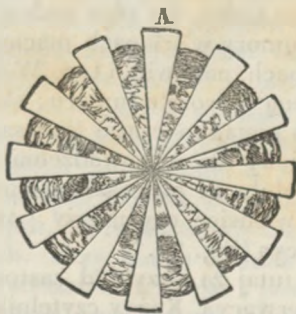


Fig. 1.

Druga dyspozycyą strzał jest równoległą; daje się ona raczej zastosować do tumorów głęboko położonych, jak np. do niektórych tumorów pod pachą, w pachwi-

nie, na szyi, w narościach grzybowatych szyi macicznej, pochwy, kiszki odchodowej, i t. p. W tych przypadkach cała narośl szpikuje się wskrós strzałami, które ją przeszycują równolegle i w małej odległości jedna od drugiej. W tej formie wypalania, chorzy doznają naturalnie więcej bólów jak w poprzedniej, ale rezultat jest równie prędko. Do tej dyspozycji nadaje się strzałom kształt deszczółeczek cienkich i lancetowato zakończonych (Fig. 2.).

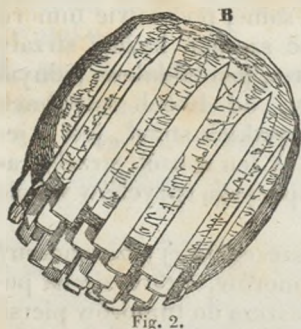


Fig. 2.



Fig. 3.

Do trzeciej dyspozycji strzał, tak nazwanej centralnej, używa się strzał mających kształt wrzeciona. Dyspozycja ta daje się zwłaszcza zastosować do tumorów głęboko położonych, których trudno atakować innym sposobem, lub do tumorów dosyć powierzchownych, skoro chodzi o ocalenie skóry. Do tego rodzaju tumorów należą niektóre tumory w ścianach macicy, tumory limfatyczne szyi, pach, pachwin, i t. p. W tym razie strzała sprawia gangrenę w środku tumoru; skorupa gangreny oddziela się po jakimś czasie tym samym otworem, który był zrobiony dla wprowadzenia strzały. Według skutku jaki zrobiło to pierwsze naszpikowanie, łatwo będzie można wiedzieć czy należy powtórzyć czy nie podobną operacją (Fig. 3.).

Zacytujemy tutaj za przykład zastosowania tej metody jedną obserwację. Każdy czytelnik łatwo wystawi sobie tym sposobem jakichby mogły wymagać modyfikacji, przypadki mniej więcej różne od tego faktu.

« D. pracznica mająca lat 59, mocnej konstytucji, była przyjętą w szpitalu *la Pitié*, 12 października 1857 roku,

z rakiem w piersi prawej. Cała pierś była już zdezorganizowaną i miała postać ogromnego tumoru, gładkiego, regularnego i dobrze oddzielonego od innych części, niezupełnie jednak ruchomego. Skóra pokrywająca pierś, była wyleżoną i świeciła się. Brodawka była już zniszczona owrzodzeniem głębokiem, z którego wypływała ropa złej natury. Gruczoły pachowe nie były jeszcze nabrzmiące.

» 14 października, doktor Maisonneuve uspiwszy chorą chloroformem, otoczył podstawę tumoru strzałami płaskimi i kończystymi, mającemi 8 centymetrów długości, a 12 millimetrów szerokości przy podstawie. Te strzały w liczbie 23, były zatopione jedna po drugiej, równolegle do ścian piersiowych, w ten sposób, że jedna od drugiej była odległa dwoma centymetrami. Dla ułatwienia tego naszpikowania, wprowadzenie każdej strzały było poprzedzone ukłóciem skóry za pomocą bistura, aż do dwóch lub trzech centymetrów głębokości. Tym sposobem strzały doznawały bardzo lekkiego oporu; cała operacya nie trwała więcéj jak kilka minut, i nie było żadnego krwotoku. Bóle jakie ztąd nastąpiły, nie trwały więcéj jak trzy godziny i były uśmierzone mixturą uspakajającą. Noc następna była dobra. Na zajutrz cały tumor był zmieniony w ogromną skorupę koloru ołowianego. Cały obwód skorupy był tak regularny, że możnaby było myśleć, że go pędzlem określono. Następných dni nie było żadnej reakcyi. Czwartego dnia pokazał się na częściach zdrowych, obwód czerwony, mający blisko centymetra szerokości; był to znak przygotowania do oddzielenia skorupy, które w istocie nastąpiło dziewiątego dnia w nocy. P. Maisonneuve odjął całą masę w jednym kawale, odcinając kilka korzonków włóknistych, które jeszcze się trzymały w niektórych punktach. Przy końcu jednak oddzielenia téj masy, dał się słyszeć lekki świst z powodu wejścia powietrza do worka plevry prawej, dziureczką nie większą jak główka od szpilki. Natychmiast operator przyłożył palec na otworek, a później zastąpił go przygotowanym do tego kawałkiem płótna diachylowego. Rana była opatrzona po prostu kompresą podziurawioną, pokrytą

na wierzchu skubanką. Opatrywanie to było zmieniane raz na dzień, z małą tylko ostrożnością, żeby się diachylon z miejsca nie oderwał. Mimo tej niespodziewanej komplikacji, nie jednak później nie nastąpiło szczególnego, i chora niedomyśliwała się nawet, że się coś zdarzyło nadzwyczajnego podczas operacji. Rana ściągała się stopniowo; wkrótce blizna mocna zastąpiła ranę i chora wyszła ze szpitala zdrowa, 25 stycznia 1858 roku. »

Obserwacye ogłoszone dotąd przez doktora Maisonneuve, są jeszcze nie dość liczne i za świeżej daty, aby można cośkolwiek powiedzieć o wartości tej metody, w której jednak chirurgowie, w ogóle, nie pokładają wiele nadziei. Między innemi zarzutami, jakie dotąd zrobiono doktorowi Maisonneuve, jest ten, że metoda jego nie jest nową. Po dosyć długiej utarczce pod tym względem, P. Maisonneuve zmuszony był w końcu sam przyznać, że przeciwnicy jego mieli rację. Doktor Follin pokazał na jednym z posiedzeń Towarzystwa Chirurgii, dwa dzieła, z których jedno ogłoszone drukiem w roku 1700, pod tytułem: *Recherches sur la nature et la guérison des cancers*, przez doktora Deshais-Gendron. Autor ten mówi wyraźnie, że wprowadza w tumory trociczki wypalające, po poprzedniem otworzeniu drogi za pomocą trokaru i dodaje, że stara się wprowadzać trociczki między ciałem zdrowém i rakiem.

Zarzut ten miałby w oczach naszych najnniej wagi; gdyby bowiem doświadczenie przekonało że metoda ta, może oddać w wielu razach prawdziwe usługi, to zawsze Panu Maisonneuve należałby się zaszczyt z tego, że tę metodę wskrzesił.

Chcąc dać przykład zastosowania tej metody, wybraliśmy naumyślnie obserwacyą w której przedziurawiono kaustykiem plewrę. Albowiem, jakiegokolwiek bądź mogłyby być korzyści tej metody, pozostanie jej zawsze ta słaba strona, właściwa wszystkim metodom wypalającym, że się w nich nie raz działa na ślepo i że nie zawsze się jest w stanie ograniczyć działanie środków wypalających do części chorych. Przewiduję tu jednak uwagę jakaby mogli zrobić partyzanci wypalania. Skoro

chodzi o odjęcie części rakowatych, co wtedy najwięcej ambarasuje operatora, to obawa, aby nie zostawić jakiej części zrakowaciałej, któraby groziła recydywą. W oczach partyzantów wypalania, nie byłoby zatem nic złego, jeżeliby się odjęło więcej jak mniej, przez wypalanie. Jakkolwiek bądź, postępując tym sposobem, jest się często wystawionym na uszkodzenie ważnych organów, uszkodzenie, którego, nawet haczne oko chirurga uzbrojonego nożem, nie zawsze uniknąć może. Jednem słowem, metoda strzałowa nie będzie nigdy mogła zostać metodą ogólną leczenia tumorów. Tam gdzie można będzie ją użyć bez żadnego niebezpieczeństwa, dwie główne kousyderacye będą mogły usprawiedliwić jej wybór: 1° brak wprawy lub odraza do operacyj krwawych w lekarzu, który chce nieść pomoc choremu, a jest oddalony od chirurgów, 2° większa pewność zapobieżenia, tą metodą, zapaleniom i resorbcyi ropistej jakie często po operacyach krwawych następują.

X. Naciskanie arteryi palcami, w leczeniu aneuryzmatów; metoda doktora Vanzetti.

Nie możemy pominąć w tym przeglądzie rocznym, faktu zakomunikowanego Akademii Nauk w Paryżu, przez doktora T. Vanzetti, profesora Kliniki chirurgicznej w Padwie. Już wszystkim wiadomo, zwłaszcza od ogłoszenia dzieła doktora Broca o aneuryzmatach, ile naciskanie arteryj, ciągłe lub mniej więcej przerywane, za pomocą urządzonych do tego kompressorów, może być skuteczne w leczeniu aneuryzmatów. Komunikacya doktora Vanzetti jest pod tym względem, tém bardziej interesującą, że zdaje się dowodzić, że naciskanie bezpośrednio palcami bez żadnego aparatu, może bardzo często być dostateczne do uleczenia aneuryzmatów. Jeżeli dalsze doświadczenie potwierdzi nadzieje tego sławnego chirurga włoskiego, to można będzie wyznać, że oddał wielką usługę sztuce lekarskiej i ludzkości; któż bowiem nie wie na jakie nie raz wystawia nieprzyjemności, naciskanie za pomocą aparatów! Nie raz zapalenie a nawet gangrena wynikając z nieumiar.

kowanego nacisku, zmuszają do odrzucenia na jakiś czas a nawet do zaniechania tej metody. Naciskanie palcami, mogąc się odbywać mniej więcej silnie, stosownie co do potrzeby, nie wystawia na podobne złe skutki.

Już ta sama okoliczność jest bardzo ważna. Lecz oprócz tego, jest jeszcze w zastosowaniu tej metody inna korzyść, wyższa nad wszystkie, to ta : że tu nie potrzeba żadnego szczególnego instrumentu ani przyrządu, i że gdziekolwiek lekarz może mieć pod ręką kilka osób mniej więcej cierpliwych, tam już może przedsiębrać leczenie niektórych aneuryzmatów. Pod tym względem metoda ta, może zwłaszcza oddać wielkie usługi w niektórych prowincjach polskich, gdzie jest mało operatorów, i gdzie nie raz, przez brak wprawy chirurgicznej, możnaby zaniedbać długo aneuryzmata, a stan ich codziennieby się pogorszał. W wielu podobnych przypadkach, użycie metodyczne naciskania palcami, mogłoby, będąc zastosowane zawczasu, do zupełnego wyleczenia wystarczyć.

Przedstawienie doktora Vanzetti opiera się na siedmiu wypadkach, w których zastosowana była przez niego metoda palcowa; każdy z tych wypadków stanowi nowy przykład dostateczności tej metody do wyleczenia. Zacytnjemy tutaj parę obserwacyj dla dania lepszego wyobrażenia o rzeczy :

« We wrześniu 1857 r. przyjęto do szpitala w Weronie, do służby doktora Gelmi, jednego szklarza, mającego aneuryzm arteryi podkołanowej czyli poplitycznej z lewej strony. Bóle z tego wynikające były tak nieznośne, że chory upraszał się o operacyę. Robiono naciskanie palcami co dzień przez trzy, a nawet tylko przez dwie godziny. Już drugiego dnia bóle zmniejszyły się nadzwyczajnie, a czwartego już ich chory wcale nie doznawał. Pulsacye już były wtedy daleko mniej widoczne, i tumor więcej twardy; szóstego dnia zaledwie że można było dostrzedz lekkich pulsacyj. Po tygodniu chory mógł już poruszać członkiem. Metoda ta była jeszcze aplikowaną przez następne dni, lecz tylko po dwie a nawet po jedną godzinę na dzień. Po dwudziestu dniach członek chory przyszedł zupełnie do stanu normalnego,

mógł używać wolno wszystkich ruchów i w miejscu dawnego tumoru zaledwie można było czuć mały guzik twardy, w głębi zatoki podkolanowej. »

« W miesiącu listopadzie 1853 r., przyjęty był do Kliniki Padewskiej jeden mularz mający lat 28, z aneuryzmem arteryi podkolanowej, wielkości pomarańczy. Chory był przygotowany spoczynkiem, dietą, i dano mu cokolwiek saletranu potażu. Nareszcie nauczono go naciskać arteryą femoralną, polecając mu robić to naciskanie kilka razy na dzień. Po dwóch tygodniach zaczęto naciskać metodycznie. Chory nie był wcale przez to żenowany, gdyż robiono przerwy; tylko za każdą razą, naciskanie trwało bez ustanku przynajmniej dwie godziny. Po 48 godzinach tego leczenia, tumor był już zupełnie twardy i znikł powoli zupełnie. Mularz ten wyleczył się tym sposobem bez żadnego bólu i bez najmniejszego wypadku. »

W miesiącu lutym b. r. doktor Verneuil, przedstawił na jedném z posiedzeń Towarzystwa Chirurgii w Paryżu, jednego chorego, którego wyleczył naciskaniem palcami z aneuryzmu traumatycznego arteryi łokciowej, w dłoni. W początku, sam chory robił naciskanie arteryi ramieniowej czyli humeralnej. Później zamiast naciskać przerywanie, robiono naciskanie ciągle, za pomocą palców, przez jedenaście godzin. Pulsacye znikły po krótkim przeciągu czasu; dziś aneuryzm jest zupełnie wyleczony, a co większa, arterya jest wolną, bez najmniejszego zatkania, w całym swoim przebiegu.

PRZEGLĄD

WAŻNIEJSZYCH PRAC MEDYCZNYCH W NIEMCZECH

W CIĄGU UBIEGŁEGO ROKU

PRZEZ

ZYGMUNTA KACZKOWSKIEGO.

Od kiedy nauki przyrodzone, szczególnież zaś chemja i fizjologja, zaczęły wchodzić do liczby nauk ścisłych, od kiedy tajemnicza zasłona otaczająca istoty organiczne poczęła się przerzedzać; nakoniec, od kiedy, dla wytłómaczenia życia, coraz mniej jest potrzebne przyzywanie w pomoc siły niepojętej którą ochrzczono siłą żywotną, medycyna także zmuszoną została do rozproszenia cokolwiek grubej mgły która ją od tylu wieków zaciemniała, i zrobiła krok naprzód, ażeby nie zostać zupełnie za naukami których ona jest tylko cząstkowem praktycznem zastosowaniem.

Do tego postępu medycyny najwięcej może się przyczynili Niemcy. Umysł systematyczny a jednak zdolny do oderwania się, przytém cierpliwość i wytrwałość któreimi są obdarzeni rodacy Hegla i Kanta, usposobiły ich do tej pracy czysto naukowej. Oni zrozumieli, że aby nauka robiła postępy, trzeba ją uprawiać jedynie dla nauki, której głównym celem jest rozszerzenie wiedzy; zrozumieli oni także że sztuka, czyli praktyczne zastosowanie, jest tylko szczupłym wynikiem postępu wiadomości.

W medycynie, ażeby ją wcielić do rzędu nauk przyrodzonych, szło najprzód o poznanie ciała chorego, ztąd anatomja patologiczna; powtóre, o zbadanie i dokładne wytłómaczenie objawów ciała chorego, ztąd fizjologja patologiczna; nakoniec, o rozpatrzenie doświadczalne

ciał używanych jako lekarstwa i ich wyrozumowanie zastosowanie w chorobach których natura już jest wiadoma, ztąd farmakologia i terapia racjonalna. Dopiero jako wynik z tych nauk, jako ich praktyczne, kazuistyczne zastosowanie może powstać klinika rezonowana.

Zapewne przestrzeń od Paracelsusowskich ciemności do pewności prawie matematycznej jest ogromna i tém trudniejsza do przebycia, że to dążenie racjonalne w medycynie pokazało się dopiero od lat kilkudziesięciu, i że wszystko na tém polu było do zrobienia.

Trzeba tylko wspomnieć imiona Rokitańskiego, Virchow'a, Henlego, Oesterlen'a, Buchheim'a, ażeby ocenić zasługi położone w medycynie przez naród którego uczoności zarzucają czężą teoretyczność. Ci co to czynią zapominają słowa Bokona, że praktyka bez teorii jest ślepa; zapominają oni, że tendencją jedynie godną prawdziwej nauki, nie rzemiosła, jest dążenie do opierania skutków na przyczynach, do poszukiwania tych przyczyn, jeżeli nie są wiadome; nakoniec do wyprowadzania wyników teoretycznych z faktów już wiadomych. Zapewne doświadczenia i spostrzeżenia mogą być często mylnie poprowadzone, a zatém i teorie na nich oparte będą fałszywe; ale dążenie do rezonowania, chociażby to ostatnie było niezgodne z prawdą, zawsze jest lepsze niżeli macanie po trzech królestwach przyrodzenia, czy nie wypadnie przypadkiem, pod niczém nieoświecone zmysły, jaki specyfik przeciwko chorobie, której natury ściśle nie znamy, a widziemy tylko symptomata któremi się na zewnątrz objawia.

Jeżeli to racjonalne dążenie ma licznych przeciwników, jest to zapewne dla tego, że ono przedstawia niektóre niewygody człowiekowi uprawiającemu medycynę. I tak trzeba przyznać, że przy takim stanie rzeczy, lekarz jest cokolwiek gwałtownie strącony z trójnoga wyroczeni dającej z natchnienia odpowiedzi pytającym, a postawiony w rzędzie pracowników którzy wszelkiemi sposobami leżącymi w ich mocy, starają się odkryć prawdę. Równie jest niedozaprzeczenia, że postęпки lekarza może sądzić każdy człowiek obeznany z przyrodzeniem ponieważ medycyna przestaje być eluezyjską tajemnicą,

przystępną jedynie dla jej kapłanów, tak że o medycynie może traktować nawet człowiek który nigdy w swoim życiu nie zapisał recepty, jak tego mamy już przykład w najlepszym dotąd dziele o cholerze, napisaném przez K. Schmidt'a, chemika. Najgłówniejsza jednak przyczyna dla której ten nowy kierunek nanki lekarskiej znajduje tylu przeciwników, przyczyna poruszająca najkapitałniejszy grzech rodzaju ludzkiego, lenistwo, jest bez wątpienia ta, że przy tym kierunku lekarz musi daleko więcej umieć niżeli odwieczne saignare, purgare, któremi Molière wyśmiewał lekarzy swojego czasu.

Powyższe kilka słów zdawały mi się potrzebnymi, ponieważ w dalszym ciągu często przyjdzie mi mówić o pracach w których teoretyczne dążenie szkoły niemieckiej jawnie się pokazuje.

Przedstawiając niniejsze sprawozdanie z ruchu medycznego w Niemczech, ograniczę się jedynie na wyliczeniu faktów, zostawiając sąd o nich samemu czytelnikowi.

Ze wstydem muszę wyznać że ta praca nie obejdzie się bez licznych zapewne błędów językowych. Czytelnik nie zechce bardzo srogo mnie za nie sądzić, mając wzgląd na to, że odbywałem nauki w języku obcym, i że poraz pierwszy dopiero przedsięwziąłem traktowanie przedmiotów medycznych w mojej ojczystej mowie (1).

(1) Sprzeczek o wyższość szkoły lekarskiej niemieckiej nad inne szkoły, a zwłaszcza nad francuskie, nie jest wcale nowością, i nieskończy się zapewne tak prędko. Co moment zdarza nam się być w tym względzie zapytowanym, szczególniej przez rodaków przybywających z kraju. Jakoż w Istocie, największa część rodaków przybywa do Paryża pod wpływem wyrobionej już w ich umyśle opinii przez Niemców, jakoby nie niebyło wyższego nad ich szkołę. Przekonanie to jednak, musi po niejakiem czasie ustępować placu powątpiewaniu lub niepewności, skoro się widzi w Paryżu tylu lekarzy przybywających tam ze wszystkich okolic świata, a mianowicie Niemców, w celu kształcenia się i korzystania z niezrównanych bogactw jakie Paryż posiada pod względem zakładów, ustaw i ludzi. Będę zatem chętnie korzystał z entuzjazmu pana Kaczkowski-go dla Niemców, aby wyrazić pod tym względem moją opinią i wskazać punkta co do których niepodzielał wcale zdania naszego kolegi. Chcąc skutecznie w podobnej materii dyskutować, należy przedewszystkiem dokładnie zdeterminować o co rzecz chodzi, bez czego każda podobna dyskusja byłaby bezzasadną, i mogłaby się jedynie zmienić w to, co Francuzi nazywają nie bez przyczyny, *une querelle d'allemands*. Nikt nie może zaprzeczyć Niemcom dużo zdolności; kiż nie wie że sztuka lekarska winna im jest mnóstwo ciekawych badań, a nawet odkryć, podobnie jak Francuzom, Anglikom, Amerykanom, Włochom, Sławianom, i t. d. Niemcy, bez wątpienia, zginają dzisiaj jedno z najzaszczytniejszych stano-

O budowie kości, kośnieniu i rachityzmie. — Rozpatrując mikroskopiczną budowę kości trzeba jak wiadomo różniczać trzy następujące rzeczy : 1. Substancję zasadniczą złożoną z bardzo cienkich płatków, z których jedne otaczają w kilka lub więcej pokładów kanały Hawersa o których zaraz mówić będziemy, inne znowu idą równoległe do powierzchni wewnętrznej i zewnętrznej kości. Substancja ta jest złożona z materji organicznej napojonej solami wapiennymi. 2. Kanały Hawersa czyli naczyniowe (*canaliculi vasculosi* S. Haversi). Są to kanały przez które przechodzą naczynia

wisk w świetle lekarskim, chociaż zawsze z właściwym im charakterem. Jeżeli jednak winniśmy unieść ocenę nieustanne usłowania lekarzy niemiecckich na drodze postępu, to bynajmniej nie dla tego należy nam ich uwielbiać że ich ojczyzna wydała na świat Kanta i Hegla. Niema najmniejszej wątpliwości że duch tych sławnych filozofów wywarł głęboki wpływ na medycynę niemiecką XIX wieku. Atoli, zamiast składać za to dzięki Bogu i wyżej wymienionym filozofom, możnaby to uważać raczej za grzech pierworodny lekarzy niemieckich, od którego najlepszym nawet obserwatorom wybawić się jest trudno.

Gdziekolwiek bądź zaprobowano posuwania idel absolutnej do najdoglejszych konsekwencyj, drogą dialektyki, wszędzie te utwory, jedynie teoretyczne, doprowadziły do smutnych rezultatów. W ekonomii politycznej doprowadziło to do marzenia o najniepraktyczniejszym komunizmie; w świetle politycznym ideą *ludzkości*, i czarującym jej wpływem na umysły, starano się, ni mniej ni więcej, jak wytepić w ludach, uczucie narodowości i miłości ojczyzny. W medycynie myślano także że można wszystko zredukować do objawień fizycznych lub chemicznych. Co tylko jest racjonalne, mówią sektatorowie Hegla, to wszystko jest rzeczywiste, i nawzajem. Tym sposobem zdawało się najnaturalniejszą rzeczą rozedrzeć całą przeszłość lekarską. Obserwacye kliniczne nad rozwijaniem się chorób, nad ich stosunkiem z różnemi wpływami epidemicznemi, spostrzerzenia nad stosunkami różnych objawień patologicznych między sobą, i t. p., wszystko to było uważane za niepotrzebne *macania*; zwiedzanie szpitalów, prawie za stratę czasu. Podług zwolenników tej szkoły, dosyć jest otoczyć się w gabinecie różnemi materjami wydzielanemi w chorobach i poddać je examiniowi mikroskopicznemu lub analizie, aby już mieć wyobrażenie o naturze chorób i przygotować tym sposobem wskazania do terapijki. Postępując po tej równi pochyłej, nie trudno było dojść do tej ostatecznej konsekwencyi dialektycznej, że dosyć jest być dobrym chemikiem lub fizykiem aby mieć prawo pisać traktaty o różnych chorobach, i przewidywać nawet nieraz na tej drodze właściwych lekarzy. W oczach zwolenników tej szkoły jest to właściwy przykład tego co się w jej duchu nazywa : *milować medycynę dla nauki*. Cały fizyologizm dalszejszy niemieckich lekarzy nie jest czem innem jak rozwinieciem podobnych zasad filozoficznych. Obok najlepszych utworów któremi by się medycyna francuzka nie wahała poszczycić, wszędzie u lekarzy niemieckich spostrzegać się daje pedantyzm teoretycznej strony i ciągła dążność do racjonalizmu mniej więcej nawet natężonego. Zaledwie jeżeli zostawione tam jest jakie szczupłe miejsce dla praktyki która, jak utrzymują, jest jedynie *szczupłym wynikiem postępu wiadomości*.

Niemozna nigdy zadosyć protestować przeciw podobnym zasadom; organizm ludzki będąc złożony z ciał stałych i płynów, musi ulegać prawom

pochodzące od okostnej i wnikające do kości. Przerzynają one kość we wszystkich kierunkach otwierają się naturalnie na zewnątrz dla przyjęcia naczyń od okostnej, jakoteż na wewnątrz do kanału szpikowego, gdzie naczynia w nich zawarte rozgałęziają się także. 3. Próżnie kostne (lacunæ ossium). Są to próżnie podłużne leżące w grubości płatków substancji zasadniczej, mają one około 0, 02 mm. długości, 0, 09, mm. szerokości i 0, 07 mm. grubości. Ich najdłuższa średnica jest skierowana równolegle do poprzecznego przecięcia kości. Na powierzchni każdej takiej próżni zaczynają się małe ka-

które niemi rządzą w świecie fizycznym, a nawet nieraz i chemicznym. Dlatego też, co moment lekarze mają sposobność zastosowania tych nauk, czy to do wyjaśnienia mechanizmu różnych fenomenów fizyologicznych, czy też do wysłedzenia niektórych wątpliwych objawień chorobliwych, czy to w końcu do działania na organizm sposobem terapeutycznym. Wszystkie te zastosowania jednak, mają jedynie o tyle tylko w medycynie prawdziwej wartości, o ile są kontrolowane obserwacją kliniczną. Obserwacja kliniczna codziennie robi postęp. Przez długi czas sama sobie usługiwać musiała, nie mając żadnej pomocy nietylko od nauk przyrodzonych, ale nawet od anatomii patologicznej; pomimo tego, wyznać należy że w wielu razach umiała sobie wystarczyć i że oddawała częste usługi dla ludzkości. Prace które wyszły z tego źródła pod uniesmiertelnionemi imionami Hippokratesa, Sydenhama są najlepszym tego dowodem, gdyż dziś jeszcze wiele z nich możemy skorzystać. Od czasu Morganiego, klinika zaczęła postępować po nowej i daleko pewniejszej drodze. Anatomja patologiczna rzucając zupełnie nowe światło na medycynę, pozwalała rozróżnić wiele stanów chorobliwych, które nieraz, będąc pomieszane i brane jedne za drugie, mogły doprowadzać do błędnych wnioskowań klinicznych. Mikroskop i różne zastosowania dzisiejsze metod fizycznych i chemicznych rozszerzyły jeszcze więcej pole badań anatomicznych, gdyż nieraz pozwalają je odbywać za życia. Im więc obserwacja kliniczna może zastosowywać korzystnie różne sposoby właściwe naukom fizycznym i chemicznym, tem jest bogatsza, ale pomimo tego wszystkiego, jeżeli klinika może dzisiaj daleko hojniej jak niegdyś używać tych bogactw na dobro cierpiącej ludzkości, to one same, bez jej dyrekcyi, nie wcale dla ludzkości nie znaczą, i zaledwie że mogą dać czasem pewną satysfakcyę ubiegającym się za ciekawościami umysłom. Najzdutniejszy fizycy i chemicy nie zdolają nigdy przyzwoicie zastąpić lekarza. Z drugiej strony widzimy nieraz że klinika prostuje błędne mniemania, do których czysty racjonalizm fatalnie doprowadzał. Mógłbym tu liczne zacytować, na dowód tego, przykłady, ale nie chcę się dłużej nad tym przedmiotem rozciągać; byłoby to niepotrzebnie odwlekać przyjemność jakiej niewątpliwie czytelnicy *Rocznika* doznają z przeglądu niemieckiego, przez pana Kaczkowskiego. Mnóstwo ciekawych faktów jakie w tym przeglądzie są zacytowane, dają łatwo zapomnieć niektóre myśli, rzucone może za prędko na frontysepis tego budynku, w świeżym i młodzieńczym zapale nadzwyczajnego uwielbiciela szkoły niemieckiej. Wdzięczność wiele rzeczy usprawiedliwia; całą apologję pana Kaczkowskiego należy zapewne przypisać tej enocie, i jeżeli znalazł tam coś w czém zdania autora nie podzielałem, to i w tem nawet trudno jest widzieć coś innego jak to co Francuzi tak trafnie nazywają *les défauts des qualités de l'auteur*.

A. R.

nały nazywane kanalikami kostnemi (canaliculi ossium), które dają gałęzie i gałązki i łączą się z takiemiz kanalikami próżni sąsiednich. Oprócz tego niektóre z nich otwierają się do kanałów Haversa inne do próżni szpikowej, jeszcze inne nakoniec na powierzchni zewnętrznej kości. U świeżych kości każda próżnia zawiera komórkę bardzo delikatną napełnioną płynem przezroczystym w którym leży nukleus. Taka komórka posyła wewnątrz kanalików przedłużenia nadzwyczaj cienkie, które łączą je lną komórkę z drugą.

Substancja kości nazywa się pierwszorzędną (primordial) jeżeli powstaje ze skośnienia wprzód utworzonej chrząstki, np. kości całego szkieletu u zarodka, zrůst wstydliwy w podeszłym wieku i t. d.; nazywa się drugorzędną jeżeli powstaje ze skośnienia warstwy substancji miękkiej zupełnie nie chrząstkowej wydzielanej przez okostną; to ma miejsce podczas odnowienia się kości i ich rosnienia po urodzeniu. Te dwie substancje kości różnią się tylko co do sposobu powstania nie zaś co do budowy wewnętrznej.

Proces kośnienia chrząstki przeznaczonej do utworzenia kości tłómaczono do ostatnich czasów w sposób następujący. Chrząstka jest złożona z substancji zasadniczej jednolitej, w której są wydrążone małe próżnie, ograniczone ciemniejszą błoną, tak nazywane torebki chrząstkowe zawierające jedną lub kilka komórek opatrzonych jądrami i pływających w przezroczystym płynie. Utrzymywano, że przy kośnieniu sole wapienne przejmują substancję zasadniczą chrząstki, zwiężając przytém próżnie chrząstkowe niejednostajnie, lecz tak że pozostają kanały wychodzące od niej i rozchodzące się w postaci gwiazdy. Takim sposobem próżnia chrząstkowa zostaje zamienioną w próżnię kościaną z jej kanalikami. Sole wapienne osadzone w postaci ziarenek tracą wkrótce tę budowę, ponieważ ziarna zlewają się między sobą i substancja zasadnicza nabiera właściwej sobie formy płatkowej. Nakoniec część tak powstałej kości jest rozpuszczona zostawiając jednak mniej lub więcej belek kościanych, i takim sposobem powstaje część gąbczasta kości i próżnie szpikowe.

Podług tego zapatrywania się na formację kości widocznem jest, że kość powstaje z prostej przemiany ze zwapnienia chrząstki. Nowsze jednak poszukiwania H. Müller'a (1) zdają się pokazywać, że tak się zupełnie nie dzieje. Bardzo długa praca tego badacza może się streścić w następujących punktach.

Najprzód wykazuje on różnicę między prawdziwym organizowaniem się kości, z którego wynika płatkowa jej budowa i pokazanie się próżni kostnych mających kształt gwiazdy, i prostym zwapnieniem chrząstki mającej wtedy postać jednolitą, jak to naprzykład ma miejsce wszkielecie niektórych ryb chrząstkowych. Podług niego u człowieka i u innych wyższych zwierząt grzbietnych takie zwapnienie jest tylko stanem przechodnim, a prawdziwe kośnienie odbywa się w następujący sposób:

1.) Komórki chrząstki układają się w grupy regularne;

2.) Substancja zasadnicza przejmuje się solami wapiennymi;

3.) Ta ostatnia rozpuszcza się i tworzą się próżnie szpikowe;

4.) Komórki rozrastają się, zajmują próżnie chrząstki, których ścianki zwapnione znikają.

5.) Równocześnie z formowaniem się w taki sposób próżni szpikowych, odkłada się w nich prawdziwa substancja kostna.

6.) Ta substancja jest z razu pokładem cienkim, i miękkim, który twardnieje i przejmuje się nakoniec solami wapiennymi. W tym nowym pokładzie zaraz z początku pokazują się liczne komórki w postaci gwiazd.

7.) Próżnie kostne w postaci gwiazd powstają przez zgrubienie substancji zasadniczej nowopowstałej około wyżej wspomnianych komórek, a nie przez utworzenie się kanalików w pokładach warstwowych któreby otaczały, zwężając je, ściany zwapnione już gotowych próżni chrząstkowych, jak mniemano dotąd.

(1) Ueber Entwicklung der Knochensubstanz; H. Müller (Ztschr. f. wissenschaft. Zool. IX, p. 147 - 202, 1858).

8.) Można uważać komórki w kształcie gwiazd jako pochodzące od komórek chrząstkowych, które, będąc uwolnione przez otwarcie lub zniknięcie torebek w których leżą, rozmnażają się wewnątrz próżni szpikowych, tworząc szpik zarodkowy. Część tego ostatniego zamienia się w tkaninę komórkowo-kościaną, reszta zaś zostaje w stanie komórek szpikowych. Prawdopodobnie pokład zasadniczy prawdziwej kości jest wydzielony przez komórki mające formę gwiazd.

Podług Müllera głównym czynnikiem przy kośnieniu są komórki kości połączone między sobą systematem kanalików, one to przy formowaniu się kości są organami wydzielającymi jej substancję, jakoteż potem stają się organami jej karmienia. Dla tego też w tych komórkach trzeba szukać przyczyny fałszywego rozwinięcia się kości jakie ma miejsce przy rachityzmie.

Müller (1) robił także spostrzeżenia nad kośćmi rachitycznymi, które jednak nie sprowadziły ważnych rezultatów. W każdym razie powiada on, że zauważył w tej chorobie, oprócz wiadomego niedostatku soli wapiennych w kościach, pewien nieporządek, a szczególnie zwłokę, w następowaniu po sobie rozmaitych periodów kośnienia o których wyżej była mowa. I tak substancja zasadnicza chrząstki zwapnia się niedostatecznie, co jednak nie przeszkadza jej rozpuszczeniu, ponieważ próżnie szpikowe wnikają do tak jeszcze nieprzygotowanej chrząstki i w niej się rozprzestrzeniają. Ten proces odbywa się jednak nienormalnie gdyż w taki sposób powstałe próżnie szpiku są daleko mniejsze niż w kościach zdrowych, a zatem siatka substancji gąbczastej daleko gęstsza. Nakoniec samo oddzielenie prawdziwej substancji kostnej doznaje zwłoki szczególniej w kośnieniu już oddzielonych miękkich płatków, tak że można dostrzedz wszystkich stopni przechodowych od miękkich, białych mas podobnych do szpiku, do twardszej już ale niedostatecznie nasyconej wapnem substancji kostnej.

(1) Bemerkungen über den Bau rachitischer Knochen.; H. Müller (Ztsch. f. wissensch. Zool. IX, 202 - 221).

Przytoczę tu jeden z trzech bardzo rzadkich wypadków, ogłoszonych przez doktora Mauthner (1), w których rachitis, choroba jak wiadomo bardzo powolna, pokazała się z przebiegiem ostrym.

Do St. Annenspital przyjęty został dziewięciomiesięczny chłopiec mający lekką pneumonię katharalną. Był on przed trzema miesiącami odłączony, a chory od trzech tygodni. Dziecko krzyczało dzień i noc, szczególnie jeżeli je poruszano, rysy twarzy wyrażały ból, członki dolne były przyciągnięte do ciała, brzuch wzdęty i wszelkie próby odciągnięcia nóg bolesne. Chory przepędził w takim stanie pięć dni kiedy spostrzeżono na prawym udzie płaską, niedobrze ograniczoną, twardą nabrzmiłość, na której skóra zupełnie nie była zmieniona. Przy bliższym rozpatrzeniu poznano, że to było złamanie kości udowej zaczynające się zrastać. Ponieważ zaś dziecko przy przyjęciu do szpitala, było do naga rozebrane i całe jego ciało doskonale opatrzone, trzeba więc było przypuszczać, że to złamanie powstało w szpitalu. Jakoż dnia następnego spostrzeżono zgięcie kości obydwóch goleni. Dziecko leżało bez ruchu, jęczało ciągle i dostało nakoniec napadów konwulsyjnych. Wkrótce znaleziono lewe ramię także złamane, a nawet czaszka była widocznie miętka i giętka. Śmierć nastąpiła nazajutrz. Przy sekcji pokazało się, że ciała kości były połamane, dziurkowate, przepełnione krwią, a ich próżnie szpikowe rozszerzone i napełnione czerwonym szpikiem; okostna zgrubiała łatwo odlepiająca się. Muskulary blade a nawet niektóre przemienione w masę tłuszczową.

Wszystkie trzy wypadki ostrego rachityzmu miały miejsce u dzieci należących do ubogiej klasy, a więc żyjących w bardzo nieprzyjaznych dietetycznych warunkach. Nakoniec Mauthner robi uwagę, czy ostre pokazanie się rachityzmu nie jest w jakimkolwiek związku z wielką ostrością z jaką jednocześnie, w r. 1857, przebiegały cierpienia skrofaliczne.

(1) Ueber akute Rhachitis im ersten Lebensjahre; L. v. Mauthner (Oester. Ztschr. f. Kinderkr., II, 11).

Drobniejsza budowa muszkułów i kanały służące do ich karmienia.— Odkąd doświadczenia Kl. Bernard'a pokazały, że niektóre trucizny mogą zabić działalność muszkułarną, zostawiając prawdopodobnie nietkniętym układ nerwowy; dokładne poznanie budowy wewnętrznej tkanki muszkułarnej, stało się nadzwyczaj ciekawem, ponieważ można łatwo przypuścić, że niektóre paralize mają przyczynę w zmianach samego muszkułu niezależnie od choroby nerwów. Bardzo dokładne poszukiwania co do drobniejszej budowy muszkułów, ogłosili A. Rollett (1) i H. Munk (2). Wyniki do których doszedł pierwszy z nich, są pokrótce następujące: Pęk elementarny muszkułu (Primitiv bündel), przedstawia się i od mikroskopem jako walec przezroczysty, przerznięty poprzecznie ciemnymi pręgami, jest on złożony z jednolitej pochwy zamykającej pęk niezmiernie cienkich włókien pierwiastkowych (Fibrillen). Od dawna już mikrografowie stawali się wytłómaczyć przyczynę poprzecznego pręgowania, które przy włóknistej budowie pęku, zdawało się nie mieć racyi. Różne były zdania w tym względzie, aż nakoniec w zeszłym roku, Rollett spostrzegłszy, że zmieniwszy ognisko mikroskopu, ciemne pręgi stają się przezroczystymi, a zaś przezroczysta substancja leżąca między niemi ciemniejsza, starał się dowieść, że massa muskułarna zawarta w pochwie pęku elementarnego jest złożona z dwóch ciał nierówno łamiących światło. Doświadczenie sprawdziło jego domniemanie: udało mu się, mocząc przez 24 godzin kawałek mięsa w kwasie bardzo rozwiedzionym, rozpuścić substancję słabiej łamiącą, która stanowiła ciemne pręgi, i takim sposobem odosobnić substancję przezroczystą mocniej łamiącą. Massa wewnętrzna pęku jest złożona na przemian z krążków tych dwóch materij. Włókna pierwiastkowe, które jak już powiedziano, napełniają pochwę zewnętrzną, są także złożone z tych dwóch materij i tak ułożone obok siebie, że jednakowe substancje leżą

(1) Zur näheren Kenntniss des Baues der Quergestreiften Muskelfaser A. Rollett, Moleschott's Unters, III, p. 345).

(2) Munk, Göttinger Nachr. I, Febr. 1858.

w jednej płaszczyźnie. Pęk pierwiastkowy zawiera oprócz tego ziarna, które raz leżą tuż przy pochwie, to znowu więcej nawewnątrz pomiędzy włóknami pierwiastkowemi, i którym jak to zaraz zobaczymy, przypisują bardzo ważne funkcyje w karmieniu się muszkułów. Drugi obserwator o którym wspomnieliśmy, H. Munk, barzo mało różni się co do treści, podaje tylko cokolwiek inne tłumaczenie tychże samych zjawisk.

A. Böttcher (1) poszedł dalej w swoich poszukiwaniach: kładąc muszkuły normalne jako też chlorobliwie zmienione do roztworu karminu, doszedł on do bardzo ważnych rezultatów, które tu w treści podajemy:

1° Ziarna muszkularne, które jak wiadomo, leżą wewnątrz pęku elementarnego, są ziarnami komórek tkanki łączącej (Bindegewebe).

2° Te komorki tkanki łączącej, są połączone między sobą i stanowią system kanałów, który przerzyna także ścięgno.

3° Drażnienie muszkułu pobudza do pomnożenia ziarenek w komórkach tkanki łączącej; nowe ziarna tworzą nowe komorki tej tkanki, które się oddzielają od pęku elementarnego; ten ostatni okazuje się wtedy pozbawiony swoich ziarn i głęboko zmieniony, ponieważ nie przedstawia już poprzecznego przegowania.

4° Jeżeli nowe ziarna w komórkach tkanki łączącej nie tworzą nowych komórek, ale zostają w tej w której wzięły początek, przemieniają się na ziarna tłuszczowe, wtedy można widzieć te ostatnie ziarna w kanałach o których wspomnieliśmy.

5° W obydwóch przypadkach, to jest przy powstawaniu nowych komórek tkanki łącznej, równie jak przy zmianie nowopowstających ziarn w ziarna tłuszczowe, i zatłoczeniu niemi kanałów, pęk elementarny jest zniszczony.

Nakoniec Böttcher myśli, oparty na swoich doświadczeniach, że kanały tkanki łączącej są drogami po których przybywają do muszkułu soki pożywne, i że każda

(1) Ueber die Ernährung und Zerfall der Muskelfasern; Arthur Böttcher; Virchow's Arch. p. 227 - 256 i 392 - 411.

zmiana w nich ma wpływ bardzo ważny na jego karmienie.

Ruchy miękkiego podniebienia.—Co się tyczy funkcji trawienia i organów, które to ostatnie wypełniają, mamy do przedstawienia następujące prace. A naprzód spostrzeżenia nad ruchami miękkiego podniebienia, tego ważnego bardzo czynnika połykania, zrobione przez doktora Schuh (1) na chorą, u której po wyjęciu ogromnego tumoru z lewej próżni nosowej, został tak wielki otwór, że można było wygodnie widzieć tylną ścianę gardziela i śledzić ruchy miękkiego podniebienia. 1. Przy picu zasłona podniebieniowa podnosi się za linię poziomą i zostaje w tém położeniu, dopóki płyn jest nabierany. 2. Przy połykaniu płynów równie jak ciał twardych, podniebienie spuszcza się nagle i potem równie gwałtownie się podnosi, tak że oddziela zupełnie gardziel od tylnych otworów nosa i stanowi ze ścianą dolną tego ostatniego, kąt 10° — 15° . 3. Przy wymawianiu samogłosek podniebienie podnosi się; najmniej przy *a*, gdyż niedochodzi wtedy do poziomu, najwięcej przy *i*, stanowi wówczas kąt 10° , ze ścianą dolną próżni nosowej. 4. Jeżeli przy wymawianiu liter *i*, *u*, *o*, *e*, wtryskiwa się wodę przez nos, to ona do gardła nie przechodzi, bo jest wtenczas zupełne oddzielenie które nie ma miejsca przy wymawianiu *a*. 5. Dotykanie miękkiego podniebienia nie sprowadza wymiotów.

Trawienie mięsa.—Idąc dalej w rozpatrywaniu prac dotyczących kanału pokarmowego, napotykamy doświadczenia G. Weber'a (2), nad trawieniem mięsa, robione za pomocą sztucznego soku żołądkowego, jako też na zwierzętach żyjących. Przyglądając się gołym okiem zmianom jakim ulega mięso poddane przez pewien przeciąg czasu działaniu soku żołądkowego, spostrzega się że ono naprzód pęcznieje, staje się miększym, bledszem i zmienia się na masę galaretową, która sama na koniec rozpada się na niezmiernie małe cząstki. Tę zmiany

(1) Die Bewegungen des weichen Gaumens beim Spechen und Schlucken; Prof. Schuh in Wien (Wien. med. Wochenschr. 3. 1858).

(2) Ueber die Verdauung des Fleisches; Gustav Weber (Dissert. Inaug. Gryphiae. 1857).

doznaje najprzód tkanka łącząca, leżąca pomiędzy pękami, za nią idzie tkanina muszkułarna. Zmiany widoczne, za pomocą mikroskopu są następujące: 1. Pęk elementarny staje się cieńszym w niektórych miejscach, i nakoniec rozpada się poprzecznie na mniejsze podziały. 2. Te ostatnie zaczynają się łupać w kierunku długości, i włókna pierwiastkowe oddalają się jedne od drugich. 3. Nakoniec kolor naturalny muszkułu gubi się powoli, chociaż to ostatnie zjawisko nie idzie zawsze w parze z rozpadaniem się. Prędsze lub powolniejsze zakończenie trawienia, zależy od rozmaitych okoliczności. szczególnie zaś od gatunku i sposobu przygotowania użytego mięsa, i tak: 1. mięso przygotowane sposobem zwyczajnym zostaje około 4 godzin w żołądku; 2. mięso surowe trudniej się trawi; 3. nie ma różnicy między gotowaniem i pieczeniem mięsem; 4. muszkuły młodych zwierząt są strawniejsze niżeli starych; 5. doświadczenie niesprawdza mniemanej niestrawności wieprzowiny, jako też tłustego mięsa; 6. wielkie ilości soli przeszkadzają trawieniu; małe zdają się nie mieć żadnego wpływu; 7. nadmiar kwasu utrudnia trawienie; 8. sok żołądkowy neutralny, jako też przytomność żółci przeszkadza mu zupełnie; 9. ryby z gatunków tłustych są mniej strawne jak chude.

Absorbega Peptonu. — Takim sposobem przerobione materje nazywają się Peptonami, przechodzą one przez błonę śluzową aparatu trawienia, częścią do naczyń chylowych, częścią wprost do krwi. Ponieważ jednak wiadomo, że zwyczajne materje proteinowe rozpuszczalne, np. zwyczajne płynne białko nie przechodzi przez błony zwierzęce, przy zwyczajnem ciśnieniu, trzeba było przypuszczać, że peptony mają własność łatwiejszego prześlania niżeli ciała białkowe, z których pochodzą. Prof. O. Funke (1) starał się doświadczeniami sprawdzić to przypuszczenie, jako też zbadać okoliczności sprzyjające lub niekorzystne, które towarzyszą przejściu peptonów do masy ogólnej soków. Doświadczenia jego robione były nad połączeniem peptonu z wa-

(1) Ueber das endosmatische Verhalten der Peptone; Prof. O. Funke (Virchow's Arch. XIII, p. 449. 1858).

pnem (Albuminpeptonkalk). Trzy były zadania, których rozwiązanie ten fizyolog przedsięwziął: 1° Czy peptony rzeczywiście są rozpuszczalne, a więc czy są zdolne do prawdziwego przesiąkania (Endosmose)? 2° Jak się zachowują peptony przy przesiąkaniu? 3° Sprawdzenie nakoniec wniosków doświadczeniemi na zwierzętach żywych. Pomijając szczegóły tej pracy, podamy tu jej ostateczne rezultata. Peptony są rzeczywiście rozpuszczalne, ponieważ przy przedczadaniu ich przez błonę zwierzęcą, płyn przefiltrowany jest w tym samym stopniu nasycony peptonem jak roztwór pierwiastkowy, nic więc nie zostaje na błonie. Białko nie jest zdolne do prawdziwego rozpuszczenia się w wodzie, jest tylko w nią zawieszone, ponieważ roztwór białka przechodzi przez błonę z półową tylko koncentracji płynu pierwotnego. Ilość peptonu jaka przechodzi do innych płynów oddzielonych od niego błoną zwierzęcą (Diffusion), zmienia się ze stopniem nasycenia roztworu peptonowego, a szczególnie ze zmianą płynów w dotknięcie z którymi jest postawiony. I tak, *ceteris paribus*, najwięcej peptonu przechodzi do wody, mniej cokolwiek do roztworu białka, jeszcze mniej do krwi. Dodanie kwasu solnego zmniejsza tę ilość, potaż ją powiększa. Wtryskiwanie substancji, o której mowa, do w dwóch miejscach przewiązanej kiszki pokazuje, że ilość peptonu, która przeszła do krwi, ma się w prostym prawie stosunku do stopnia nasycenia jego roztworu, i do czasu, w przeciągu którego ten ostatni przebywał w kiszce; nakoniec im większa jest powierzchnia wysysająca, to jest, im większy kawałek kiszki został użyty do doświadczenia, tém większą ilość peptonu krew zabiera.

O przechodzeniu substancji ze krwi do żółci. — Ze wszystkich organów należących do aparatu trawienia, jednym z najgłówniejszych może jest wątroba, nie tylko dla ważnej funkcji jaką sok przez nią wydzielany wypełnia przy trawieniu; lecz szczególnie dla tego że ilość żółci wydzielanej jest bardzo wielka, a mała jej część tylko odchodzi z ekskrementami, resztę zaś naczynia krwiste zabierają razem ze strawionemi materjami pokarmowemi. Żółć jest więc postacią przez którą muszą

przejsć materye mające być assimilowanemi, nim ostatecznie, zapewne, wejdą w skład ciała, uległszy wprzód powtórnemu działaniu soków trawiących. Niedziw przeto, że żółć i organ ją wyrabiający były już od dawna przedmiotem piac tak fizyologicznych jak medycznych, i że corok nowe w tym przedmiocie się pokazują. Jedną z najważniejszych kwestyj dla lekarza, jest poszukiwanie nad substancjami, które w stanie zmienionym lub bez żadnej odmiany, zdolne są do przejścia ze krwi do żółci. Przedstawimy tu niewielką pracę tego rodzaju P. Mosler'a (1). Doświadczenia jego były po największej części robione na psach, mających sztuczne fistuły pęcherza żółciowego, rezultata ich są następujące : 1° Wtryskiwanie wody do krwi, spowodowało ukazanie się białka w żółci, która go nie posiada w normalnym stanie. 2° Cukier owocowy dodany w małych ilościach do krwi, nie ukazuje się w żółci, dopiero przy większych jego ilościach (80 gramm.), pokazuje się on w tym płynie, i wtedy jego wydzielanie trwa przez kilka godzin. 3° Cukier trzcinowy dodany w mniejszej ilości, już przechodzi do żółci (25 gramm.), ukazuje się on tam jako taki, nie będąc zmienionym na cukier owocowy — obadwa rodzaje cukru pierwiej ukazują się w urynie jak w żółci. 4° Jodek potassium dany w ilości 1 gramma, pokazuje się w żółci, i wydzielą się w przeciągu 0,7 — 8 godzin. 5° Salcitra nie przechodzi do żółci. 6° Żółć psa, który w przeciągu trzech dni dostawał po 0,75 gramm. siarczanu miedzi, czwartego dnia dopiero pokazała obecność tego metalu. 7° Nie można było odkryć kalomelu w żółci psa, któremu dawano trzy dni z rzędu po 1,5 gram. tego preparatu. 8° Równie nie udało się odkryć chininy i kwasu benzoicznego. 9° Olejek terpentynowy, zalecany dla rozpuszczenia kamieni żółciowych, pokazuje się w żółci pod postacią płynu lotnego, mającego zapach smolisty, ale zupełnie różny od zapachu terpentyny.

Zwierciadło krtaniowe. — Diagnostyka chorób pier-

(1) Ueber den Uebergang der Stoffe aus dem Blute in die Galle; F. Mosler (Virchow's Arch. XIII, I, p. 29. 1858).

wszych dróg oddechowych, wzbogaciła się w ciągu ostatniego roku, wydostawieniem zwierciadła krtaniowego, wynalezione go już temu lat kilka, przez Manuela Garcia. Jest to małe zwierciadło, okrągłe lub kształtu owalnego (Czermak) (1), które włożone do szeroko otwartej gęby, i posunięte aż do tylnej jej części, oświeca ją tak dobrze, że można spostrzedz podstawę języka, chrząstkę nadkrtaniową, krtani z więzami głosowemi, nakoniec kanał oddechowy aż do jego rozdwojenia; przy zmianieniu zaś położenia instrumentu, górną część gardziela i tylną miękkiego podniebienia. Ten mały i nadzwyczaj prosty instrument, obiecuje oddać bardzo ważne usługi przy wprawnej użyciu, jeżeli znajdzie się sposób zmniejszenia drażliwości, przy dotknięciu nim organów położonych w głębi. Semeleder użył pierwszy zwierciadła krtaniowego przy rozpoznawaniu owrzodzenia na podstawie języka.

Znajdujemy w publikacjach niemieckich opisanie kilku z rzadkich wypadków krupu brzochnialnego (jeden z kliniki Oppolzer'a, dwa podane przez doktora Oppuheimer. Exsudacja ma miejsce tylko w brzochniach, zaczawszy od gałęzi drugiego rzędu aż do najdrobniejszych podziałów. Przebieg choroby był chroniczny w jednym tylko wypadku, podanym przez Oppuheimer'a; chora oddawała przez długi czas przy kaszlu i duszności exsudat, mający postać brzochniów, zaczawszy od podziałów 2^o rzędu aż do 4^o.

Przemiany w grubości ścian sercowych i budowie kanału Botala w kilka dni po urodzeniu. — Anatomja serca u płodu i u dziecka nowo-narodzonego była w ostatnich czasach przedmiotem bardzo sumiennej pracy profesora Lange (2), która powinna być nadzwyczaj ważną szczególnie dla lekarza oddającego się sądowemu sekcyom, ponieważ daje jeden sposób więcej do rozpoznania, w razach wątpliwych, wieku, w którym dziecko żyć

1) Wien. med. Wchschr. 13, 19. 1858.

(2) Zur Anatomie der Foetalen Kreislaufsorgane; prof. Lange (Wien. Ztschr. p. 328. Mai, Juni 1857). — Chociaż ta praca, co do daty, zdaje się wychodzić z zakresu jaki sobie położyliśmy, nie wamy się jednakże mówić o niej, mając wzgłęd na jej ważność.

przystało. Ten sposób jest tém szacowniejszy, że nowsze prace, zdają się odmawiać, od tak dawna już praktykowanej próbie hydrostatycznej płuc, całej ważności jaką jej dotąd przypisywano, w rozwiązaniu zapytania, czy dziecko żyło po urodzeniu lub nie. Wiadomo że u płodu przed urodzeniem, obydwie komórki sercowe mają ściany zupełnie równej grubości, i że dopiero po urodzeniu ściany lewej komórki zaczynają brać przewagę nad ścianami prawej. Tę pierwotną równość tłumaczy (E. Weber), nieczynnością płuc u płodu i nieistnieniem małej cyrkulacji, tak że obiedwie półowy serca wypychają krew do arteryj i do całego ciała. Zasługa Langer'a jest ta, że starał się jak najściślej oznaczyć czas w którym następuje zgrubienie ścian lewej komórki jako też zamknięcie kanału Botal'a. Trzeciego dnia po urodzeniu, powiada on, nie ma jeszcze żadnej różnicy między ścianami, pokazuje się ona dnia piątego, a między dwiema i czternastym ewolucya jest zupełnie skończona. Co się tyczy kanału Botal'a, jego budowa różni się bardzo od budowy wspólnej wszystkim naczyniom arteryalnym, tém mianowicie, że nie posiada, jak te ostatnie, w swoich ścianach dobrze rozwiniętego pokładu włókien sprężystych. Zmiany w szerokości kanału, pokazują się dopiero trzeciego dnia po urodzeniu, zaczawszy od tego czasu kanał coraz się zwęża, ponieważ jego ściany grubieją, krew do nich przylega i zsiada się, i już w kilka dni potem massa iniekcyjna może zaledwo przejść przez jego otwór. Zwężenie jest najmocniejsze w środku kanału, potem do czternastego dnia postępuje ku arteryi płucowej, zostawiając od aorty dołek lejkowaty. Kanał zatkany kurczy się i skraca tak, że przybliża do siebie dwie arterye, między którymi się znajduje, i tworzy dwa stożkowe dolki na ściankach tych ostatnich obróconych ku sobie.

A więc praca której treść tu podaliśmy, pozwala lekarzowi wezwanemu do rozstrzygnięcia wątpliwęj sądowej kwestyi, zadecydować, jeżeli dziecko trzy dni tylko żyło, że nie było martwe przy przyjściu na świat, i mniej więcej oznaczyć dzień po urodzeniu, w którym życie zakończyło.

Rozpoznanie krwi w plamach. — Ważną także kwestyą przy poszukiwaniu sądowém jest pewne rozpoznanie, czy plamy znalezione na sprzętach lub odzieży, zawierają krew, lub też inną substancję do niej podobną. — Dla tego też każdy postęp w hematologii wprowadzał coś nowego do tej gałęzi medycyny sądowej. Metody dawniej używane, są bardzo niedostateczne, jak mówi Brücke (1), zasadały się one na poszukiwaniu w plamie białka i żelaza, widocznie więc nie mogły być zastosowane do plam na narzędziach żelaznych i broni. Już 1848 r., K. Schmidt zastosował do tych poszukiwań własność haematyny, przedstawiania się w dwóch kolorach, mianowicie jest ona czerwona, przy świetle które przez nią wprost przechodzi, a zaś zielona, jeżeli światło jest odbite pod pewnym kątem. Wkrótce jednak Brücke spostrzegł, że tę dwubarwność posiada tylko krew pozbawiona swego kwasorodu, wtenczas kiedy krew arteryalna jest zawsze czerwona. Nakoniec Rose twierdzi, że krew łączy się z czasem tak mocno ze rdzą żelaza, że nie może już być od niej oddzielona za pomocą wody, i dopiero przy gotowaniu z potażem kaustycznym, pokazuje się wyżej wspomniana dwubarwność. Jeżeli substancji stanowiącej plamę za nadto mało, ażeby można z niej było wyciągnąć dostateczną ilość haematyny, do rozpoznania sposobu jej zachowania się względem światła, Brücke radzi postąpić sobie jak następuje: wylugować plamę wodą destylowaną, i płyn za dodaniem kilku kropel kwasu siarczanego wyparować do sucha, potem polawszy część pozostałą octem, wysuszyć przy 100° powtórnie i rozwiódłszy trochą wody, examiniować pod mikroskopem. Jeżeli plama zawierała krew, wtedy pokażą się małe kryształki haeminy, ciała pochodzące z rozkładu haematyny.

Co do rozpoznania krwi ludzkiej, równe jak dawniej panują trudności. Można tylko z pewnością rozróżnić krew ptaków, ryb i płazów od krwi zwierząt ssących, wyjąwszy jednak zwierząt z rodzaju kamella, ponieważ

(1) Ueber die gerichtartzliche Untersuchung der Blutflecken; E. Brücke (Wien. Wehnschr. 23. 1857).

ssące mają ciałka krwi okrągłe, wtenczas kiedy one są owalne u innych klass zoologicznych. W niektórych jednak wypadkach, wtedy mianowicie kiedy krew upadła na powierzchnię gładką, na szkło naprzykład, i na niej zaschła, można z niejaką pewnością rozemnać krew ludzką, ponieważ w tém zdarzeniu ciałka krwi nie straciły pierwotnego kształtu, i zmoczone trochę wody, wracają do właściwych sobie rozmiarów ($1/125$ m. m.), które są większe jak u wszystkich innych zwierząt ssących. Metoda Barruel'a rozeznawania za pomocą zapachu krwi rozmaitych zwierząt, a nawet krwi męczyzny od kobiecój, jest już od dawna zarzucona jako zupełnie mylna.

Merkuryusz i Syphilis. — Z chorób krwi, dla których na nieszczęście trzeba jeszcze zachować nazwisko dyskrazyjnych, jedno z tych nazwisk nie nie oznaczających któremi nas ciemnota nauk medycznych tak szczerze obdarzyła i które z wielką trudnością są powoli wyrzucane z nauki — z chorób dyskrazyjnych, mówimy, najżywszą bezwątpienia ciekawość wzbudza syphilis. Bibliotekę możnaby złożyć z samych dzieł traktujących o dobrych skutkach jakie sprowadza używanie merkuryuszu, i z takich które powstają przeciwko jego użyciu. Zdawałoby się więc, napotkawszy w literaturze przeszłorocznej artykuł pod tytułem: *Merkur und Syphilis* (1), że się stoi na polu dawno zwiedzoném we wszystkich kierunkach, na którém już żadnego nowego plonu zebrać nie można. Nie tak jest jednak w samej rzeczy — autor tego artykułu, doktor Lorinser, zwrócił głównie swą uwagę na chorych, u których przypuszczał przytomność merkuryuszu we krwi, i dając jodek kalium, poszukiwał tego metalu w moczu. Podajemy tutaj jego pracę w kilku punktach, tak jak sam autor wyniki swoich spostrzeżeń sformułował.

1° Merkuryusz, który zewnętrznym lub wewnętrznym sposobem był wprowadzony do ciała, może przez długie lata w nim pozostawać, chociaż nie można nawet śladów jego wykazać w moczu.

(1) Merkur und Syphilis; Dr Lorinser (Wien. med. Wchnschr. 20, 21. 1858).

2° Za użyciem jodku kalium, wyjście merkuryuszu przez urynę jest wywołane, tak że można go wtedy odkryć za pomocą elektro-chemicznego rozkładu.

Trzeba tu powiedzieć, że Lorinser odkrywał ten metal nie tylko w wypadkach kiedy on niedawno był wprowadzony do ciała, ale także i w takich w których już od lat kilku w niem się znajdował. Używał jodku kalium w roztworze, lub też w pigułkach po 10 — 20 gr. na dzień, w dwóch dozach rano i wieczorem. Chorzy powinni byli nic nie jeść godzinę przed zażyciem jakoteż po zażyciu. Zresztą dostawali na śniadanie i wieczerzę tylko zupę, na obiad zaś mięso, jarzyny i owoce. Odchodzenie merkuryuszu nie zawsze zaczynało się z rozpoczęciem zażywania jodu, często po kilku dopiero dniach. Z pokazaniem się tego metalu w urynie zmniejszały się jej ciężkość gatunkowa, ilość mocznika, kwasu moczowego, jako też fosforanów i pokazywało się trochę białka.

Kletzinsky, współpracownik Lorinser'a, używał do odkrycia merkuryuszu sposobu następującego: Mocz zmieszany z chloranem potażu, był wyparowany do sucha, ostatek za dodaniem rozcieńzonego kwasu solnego, rozgrzewany aż do zniszczenia wszelkiej substancji organicznej; plyn przecedzony był kładziony jako elektrolit do komory rozkładowej z baterji Bunzena złożonej z cynku i węgla, jeden z elektrodów której składała blaszka miedziana oczyszczona. Po kilku godzinném działaniu pokazuje się na tym miedzianém anodzie, jeżeli plyn zawierał merkuryusz, pokład popielaty ulatniający się przy rozgrzaniu nad lampą.

3° Wszystkie chorobliwe objawy, których stan polepsza się z wydzielaniem merkuryuszu i które z jego zupełném wypędzeniem są uleczone, mogą być uważane jako skutki otrucia tym metalem. To otrucie może tylko wtedy być zupełnie uleczone, kiedy przy długim użyciu jodku kalium merkuryusz przestaje się pokazywać w moczu.

4° Objawy chorobliwe, które się pomału wyrabiają, przy długim przebywaniu merkuryuszu w ciele, są różne od tych które mają miejsce zaraz po jego przyjęciu.

Pierwsze z nich stanowią hydrargyrozę chroniczną, drugie ostrą. Symptomata chronicznej hydrargyrozy, nie są jeszcze doskonale znane. Nie mogły być dobrze zbadane, ponieważ w wielu wypadkach niepotrafiono dotąd wykazać przytomności merkuryuszu w ciele, a nawet go tam nie przypuszczano. Objawy chronicznej hydrargyrozy mogą być nową, obfitą merkuryalizacją zatarte i przez pewien czas ich stan polepszony.

Chroniczna hydrargyrosis objawiała się, jak powiada autor, w wypadkach przez niego uważanych, w których przytomność merkuryuszu była dowiedziona, w następujący sposób:

a) W kościach jako chroniczne zapalenie okostnej z jego następstwami, także jako gummata, tofus, owrzodzenie kości i ich nekroza w połączeniu z wiadomymi nocnemi bólami.

b) W systemacie skórnym owrzodzenia, rozmaite wysypki, i jako chroniczna, czerwoność i opuchnienie błony śluzowej, gardła i dziąseł.

c) W układzie nerwowym, jako ból ciągnący członków, szczególnie zaś stawów, jako osłabienie mięśni i ich drżenie.

d) W organach trawienia, szczególnie jako nabrzmienie i ból wątroby i śledziony z następującymi potem zmianami w trawieniu i karmieniu, chronicznymi wymiotami, wychudnieniem, gorączką, i t. d.

5° Objawy chronicznej hydrargyrozy były dotąd brane powiększej części za syfilityczne, artrytyczne albo za symptomata zwyczajnych cierpień nerwowych, lub organów trawienia.

6° Ponieważ dotąd chroniczna hydrargyroza nie była ściśle odgraniczona od choroby syfilitycznej, więc spostrzeżenia zrobione dotąd nad syfilis chroniczną, powinny być zastąpione nowemi, opartemi na dyagnostyce chemicznej. Nie potrzebujemy wykazywać ważności tej pracy szczególnie dla krajów północnych, gdzie tak wiele używają, a nawet nadużywają merkuryuszu. Lorinser daje na koniec następujące kwestye do rozwiązania badaczom, którzyby chcieli iść w tym przedmiocie w jego ślady.

I. Jaki jest naturalny bieg prostej choroby syfilitycznej nie leczonej merkuryuszem?

II. Jeżeli jest rzeczywiście drugorzędna i trzeciorzędna (sekundär und tertiär) syphilis, któraby była zupełnie niezależna od działania merkuryuszu, jakie są jej charakterystyczne objawy? Czy może mieć miejsce połączenie chronicznej hydrargrozy z sekundarną syphilis lub nie?

III. Jaki wpływ wywiera merkuryusz na prostą, merkuryuszem jeszcze nie leczoną syphilis, i jaki wpływ wywiera tenże na syphilis już raz nim leczoną?

IV. Jaki jest skutek jodku kaliumu przy prostej, jeszcze merkuryuszem nie leczonej syphilis, jako też, jaki jest jego skutek przy syphilis już leczonej żywem srebrem, która znowu wróciła?

V. Jakie są symptomata czystej hydrargrozy i jakie okoliczności przeszkadzają, opóźniają lub przyspieszają jej rozwinięcie?

Trudno nie przyznać, że takie i tym podobne poszukiwania większą mogą przynieść korzyść medycynie i jej praktyce, niżeli wynajdywanie nowych form pod któremi się przedstawia choroba syfilityczna i nazywanie ich mniej lub więcej greckimi nazwiskami.

Zakończenia peryferyczne nerwów. — Dotąd dwie są trudności ogromne w anatomii układu nerwowego, a temi są kwestye : w jaki sposób nerwy biorą początek w środkach nerwowych, i jakim sposobem kończą się w organach. Pierwsza z tych kwestyj została znacznie posunięta jeżeli nie zupełnie rozstrzygnięta, przez znakomite prace P. Jakubowicza, druga zaś była przedmiotem nowych poszukiwań Rud. Wagner'a (1), któremu się zdawało, że miał prawo wyciągnąć z nich następujące prawidło :

« Drobną molekularną massą którą zawierają komórki środkowych i peryferycznych gruczołów nerwowych, przechodzi do włókna nerwowego pierwiastkowego, leży w jego osi i znajduje się w nim aż do jego ostatnich peryferycznych rozgałęzień. Nakoniec wychodzi z otwartych końców rurek nerwowych, tak że równie

(1) Ueber die Endigung der Nerven im Allgemeinen; Rud. Wagner (Nachrichten d. Ges. d. Wiss. zu Göttingen, 1857, 19.

jak w środkach nerwowych tworzy nagromadzenia, mające postać płatkow rozmaitej grubości, lub rozdętych flaszek, lub też rozszerzonych komórek końcowych w postaci gruszki, na koniec stanowi także bardzo cienkie nitki końcowe. A więc można z większą jeszcze pewnością jak dotąd powiedzieć: rurki nerwowe niekończą się nigdy petlami ale zawsze swobodnie. »

Te rozmaite sposoby zakończenia walca osiowego, mają miejsce w rozmaitych organach. I tak, w elektrycznym organie ryb, ma to zakończenie postać płotka; w błonie nerwowej (Retina), w ciałkach dotykania (Tastkörperchen) i Paciniego walec osiowy rozszerza się w rozdęty koniec; nerwy powonienia, języka i tych części skóry, gdzie nie ma ciałek dotykania, kończą się więc w postaci nici lub punktów, to samo bardzo prawdopodobnie ma miejsce w mięśniach w muszkułach przegowywanych a nawet w komórkach ich pierwiastkowych pęków. Ztąd wynika, że pochwa rurki nerwowej znika w środkach mózgowych i przy peryferii, i że walec osiowy pozbawiony swój pochwy, jest połączony z ciałkami gruczołowemi nerwowych centrów i tkanek organów.

Działania nerwu vagus na oddychanie i ruchy serca. — Powiedzmy tu kilka słów o działaniu nerwu vagus i skutkach jakie wywiera jego przecięcie, na organa oddechu i serca, tak jak je widział Tschischwitz (1). Jest to kwestya którą już wielu fizyologów przedsiębrało i którą wielu z nich rozmaicie rozwiązywało. T. robił doświadczenia na królikach, którym po przecięciu nerwu vagus i zrobieniu tracheotomji, odkrywano próżnię brzuchową tak żeby można było dostrzedz ruchów diafragmy. Rezultata są następujące :

1° Kiedy po przecięciu nerwu błędnego drażni się jego koniec kuśrodkowy, za pomocą galwanizmu, skutki rozmaite są, podług siły użytego toku, itak : a) Tok słaby sprowadza czasem przyspieszenie, czasem zaś zwolnienie oddychania. b) Tok umiarkowany zatrzymuje diafragmę we wdychaniu. c) Przy toku bardzo mocnym

(1) Nervus vagus irritatus diaphragma num in inspiratione an in expiratione sistitur? Diss. physiologica, Cl. v. Tschischwitz, Vratislavia, 1857.

diafragma zatrzymuje się w wydychaniu, i jak tylko tok ustal następuje wdychanie.

2° Toki jednakowej siły nie sprowadzają zupełnie podobnych skutków u rozmaitych zwierząt; drażliwość zwierzęcia ma tutaj wpływ wielki.

3) Zatrzymanie oddychania ma miejsce zaraz po użyciu toku, czy to nastąpiło podczas wdychania czy wydychania.

4° Drażnienie końca ośrodkowego nie działa na oddychanie.

5° Nie ma żadnej różnicy czy jeden nerw błędny czy obadwa są drażnione.

6) Jeżeli przy drażnieniu końca kuśrodkowego nerwu vagus diafragma zatrzymała się, wtedy zwierze po jakimś przeciągu czasu robi gwałtowne usiłowania oddychania.

Co się tyczy porównania wpływów jakie wywiera drażnienie nerwu vagus na oddychanie i działanie serca, te wpływy są zgodne w następujących punktach: 1) Obie funkcy są pod wpływem nerwu vagus. 2) Obie doznają zmian po jego przecięciu. 3) Te zmiany następują zaraz po przecięciu. 4) Bardzo mocne toki zatrzymują pierś i serce w stanie rozszerzenia, to jest pierwsze we wdychaniu, drugie w diastoli. 5) Drażnienie jednego tylko nerwu vagus sprowadza te same rezultata, jeżeli tok był bardzo mocny.

W następujących punktach działanie nerwu vagus na oddychanie i serce jest różne: 1) Przecięcie nerwu vagus powiększa liczbę uderzeń serca, a zmniejsza liczbę oddechów, a wstrzymują serce. 2) Słabe toki przyspieszają ruchy oddechowe, a wstrzymują serce. 3) Tok średniej mocy zatrzymuje oddychanie w stanie skurczenia diafragmy, serce zaś w diastoli.

Trzeba tu dodać, że T. niepostrzegł żadnej różnicy w wyżej wymienionych wypadkach z wyjąciem jednej półkuli mózgowej.

Wpływ mlecza przedłużonego na epilepsyę i działanie atropiny w tej chorobie. — Oprócz tych ogólnych wpływów na dwie najgłośniejsze funkcy organizmu, oddychanie i cyrkulacyę, w ostatnich czasach zaczęto ner-

wowi *vagus* przypisywać wielki wpływ przy powstaniu epileptycznych napadów. Już przy początku roku 1857, Kussmaul i Tenner opierając się na swoich spostrzeżeniach, twierdzili, że przyczyną epilepsyj bywa pozbawienie mózgu, jego krwi lub gwałtowna zmiana tej krwi z arteryalnej na żylną. Pierwsze ma miejsce u zwierząt, które pozbawiono życia krwotokiem, lub którym przewiązano naczynia idące do mózgu, drugie u takich, które poddano zamknięciu kanału oddechowego. Najprawdopodobniej w obydwóch wypadkach, konwulsye powstają z przyczyny wstrzymanego odżywiania mózgu. Ognisko z którego pochodzą, nie jest ani w mózgu ani w mleczu pacierzowym, lecz w mleczu przedłużonym (*medulla oblongata*). W chorobach mózgu może być pozbawiony krwi przez ściągnięcie muszkułów naczyńiowych (*vasomotores*), lub też krew jego może być zmieniona na żylną, jeżeli ma miejsce kurcz muszkułów zamykających krtani. Pierwsze z nich są pod kierunkiem nerwu sympatycznego, a drugie otrzymują gałęzie od nerwu *vagus* i dodatkowego *willis*a połączonych; ponieważ zaś dwa ostatnie nerwy pochodzą od mlecza przedłużonego, nerw zaś sympatyczny znajduje się z nim bardzo ściśle połączony, trzeba więc w mleczu przedłużonym szukać siedliska przyczyn sprawiających epilepsyę, których przewodnikiem jedynie jest mlecz pacierzowy.

Przyjmując ten sposób zapatrywania się na przyczynę epilepsyi, Maks. Maresch, starał się objaśnić skuteczność używanęj przez niego atropiny, która, jak pokazały nowe poszukiwania farmakodymoniczne, działa szczególniej na mlecz przedłużony, a więc i na nerwy biorące w nim początek. Maresch, będący lekarzem przy domu obłąkanych w Wiedniu, próbował atropiny na chorych tego zakładu, którzy przy obłąkaniu mieli jeszcze napady epileptyczne, więc w okolicznościach najniepomyślniejszych dla leczenia. W ogóle dawano atropinę w szpitalu ośmiu kobietom, w oddziale nieuleczonych czterem mężczyznom i sześciu kobietom. Z pierwszych ośmiu chorych, trzy były zupełnie uleczone, a pięć innych doznały tak znacznego polepszenia, że nie można było wątpić o skutku atropiny.

Z dziesięciu chorych, z oddziału nieuleczonych, u ośmiu gwałtowność i częstość napadów, a z nimi także pogorszenie stanu obłąkania zmniejszyły bardzo. Naturalnie nie możemy tu podać opisanie szczegółowego każdego wypadku. Wszyscy chorzy, którzy otrzymywali po 1/50 grana atropiny, doznawali następujących skutków tego lekarstwa: suchości w gardle, utrudzenia w mowie, zamglenia wzroku, rozszerzenia źrenic, które to objawy znikały powoli w dalszym ciągu leczenia, ponieważ chorzy przyzwyczajali się do lekarstwa, lub do skutków które ono sprowadza. Puls w pierwszej godzinie po wzięciu spadał o 8—12 uderzeń, potem wracał do stanu zwyczajnego. W trzech wypadkach pokazała się wysypka podobna do roseoli, która ustępowała zaraz po przerwaniu używania atropiny. Żaden chory nieprzedstawiał zmian w funkcji trawienia. Próby dawania atropiny w chorobach umysłowych, były wszystkie nieszczerśliwe, małe dozy zostawały bez skutku, większe zaś sprowadzały tak silne objawy otrucia, że trzeba było używać antydotów. M. przepisywał 1 gr. atropiny na 500 kropel wysokoku winnego — chorzy brali po 5 kr. = 1/100 gr. — 10 kr. = 1/50 gr., tak przygotowanego lekarstwa, raz na dzień przed śniadaniem, które nie powinno się składać z kawy, herbaty lub kakao, ponieważ one przeszkadzają skutkowi. Środek był zwykle używany 60—90 dni z rzędu, potem po 30—45 dnio-wem przerwaniu jego użycia, dawany znowu. W początkach kuracyi, chorzy ulegali częstszym niż przed tem napadom epileptycznym.

Epilepsyje mające przyczynę w uszkodzeniu peryferycznem i epilepsyje reumatyczne. — Oprócz epilepsyj mających przyczynę w mleczu przedłużonym, istnieją jeszcze i takie których początek leży w drażnieniach nerwów czucia, sprowadzających w następstwie kurcze muskularne przez oddziaływanie (Reflex-Krämpfe), jak to np. ma miejsce przy zanogicach szczególnie u dzieci. Dla tego też Romberg wprowadził podział na środkowe i kuśrodkowe (centrale u. centipetale Epileps.) epilepsyje, zamiast dawnego na idiopatyczne, sympatyczne i symptomatyczne. Nowy ten podział, jest ważny nietylko co

do teoretycznego pojęcia samėj choroby, lecz i w praktyce może wiele zależeć na rozpoznaniu gdzie jest przyczyna cierpienia, czy w środkach nerwowych, czy w stanie chorobliwym peryferycznym oddziaływającym na nerwy czucia. Rozpoznanie to często bywa dość trudne; najlepszym jednak do tego środkiem jest uważne przypatrzenie się zjawiskom poprzedzającym napad epileptyczny, t. j. temu co nazywają aurą. Epilepsyę kuśrodkowę poprzedza aura która ma miejsce podług praw następujących irradiacji spostrzeganych przez Pflüger'a. Rozpromienienie zaczyna naprzód w okolicy uszkodzonego, lub drażnionego nerwu i rozszerza się ku szpikowi przedłużonemu. Ruchy oddziaływania pokazują się naprzód w nerwie którego korzonki leżą w szpiku pacieźowym na jednej prawie wysokości, lub też bliżej ku młeczowi przedłużonemu, także zaczynają się na stronie nadwerżonej i ztąd dopiero przechodzą na stronę przeciwną gdzie jednak zawsze pobudzają już z drugiej strony zajęte nerwy ruchu i zawsze słabiej. Te prawa są szczególnie ważne przy ocenieniu następstw zranień czaszki, jeżeli konwulsye mają miejsce ze strony przeciwnej zranieniu, mówi to za nadwerżeniem mózgu w skutku uszkodzenia zewnętrznego, pokazanie się zaś konwulsyi z tej samėj strony co zranienie dowodzi, że one są skutkiem tego ostatniego. To objaśnia dobry skutek silnego ściśnienia przewiązką członków w których się zaczęła aura, ponieważ ściskając członek przeszkadza się jego nerwom czucia przesłać drażnienie do mózgu, a nerwom ruchu pobudkę do ściągania się młuszków.

Wszystko cośmy powiedzieli o tym rodzaju epilepsyi wzięliśmy z artykułu doktora Klaatsch (1) z Berlina, który to artykuł jest dokończeniem już przed dwoma laty ogłoszonej rozprawy w tym przedmiocie. Ten autor zalicza do kuśrodkowych epilepsyj i takie których początkiem jest reumatyzm, i przytacza trzy przykłady z których najciekawszy przepisujemy. Szesnastoletnia

(1) Rheumatische Reflexepilepsien; Dr Klaatsch in Berlin (Wien, med. Wochschr. I, 4, 1858).

dziewczyna doznawała po przeziębieniu nóg rwących bólów w całym lewym dolnym członku, które w początkach miały tylko miejsce w nocy, stawały się coraz silniejszymi i na koniec nie opuszczały chora i w dzień. Po dwu miesięcznem cierpieniu nastąpił pierwszy napad epileptyczny, po mocnem wzruszeniu, jakiego chora doznała. Ten napad i następujące były poprzedzone świerzbieniem wielkiego palca lewej nogi, po którym następowały bole w całym członku rozszerzające się powoli do lewej połowy brzucha i piersi aż do lewego ramienia, wtedy zaczynały się rzucania w lewych członkach z bolem głowy, zamieszaniem w myślach, wielką niespokojnością i paroxyzm kończył się. Aura trwała z początku godzinę, później jednak przy coraz częstszych napadach stawała się coraz krótszą, a często nawet nie miała miejsca zupełnie. Menstruacja, która się spóźniała z początkiem choroby po przeziębieniu, była potem regularna i bez wpływu na cierpienie. Między paroxyzmami można było dostrzedz zmniejszenia czułości skóry i muskultów z lewej strony. Leczenie było następujące : moczenie nóg z potażem kaustycznym, jednak bez skutku, a nawet napady były częstsze. Przeciwnie zaś nie było paroxyzmu przez trzy tygodnie, kiedy cała lewa połowa ciała była codzien smarowana maścią terpentynową, chociaż bole się powiększyły. Dalszy bieg choroby niewiadomy.

Ten wypadek jest ciekawy, ponieważ aura przestała na koniec poprzedzać konwulsyjne ruchy, co daje prawo do przypuszczenia Epilepsji kuśrodkowej tam nawet gdzie paroxyzm zaczyna się bez poprzedzających objawów. Zresztą autor powiada, że trzeba zawsze próbować środków drażniących skórę, skoro tylko można podejrzewać reumatyczny początek epilepsji, ponieważ gdyby nawet tym sposobem nieosiągnięto zupełnego uleczenia, prawie zawsze jednak można zrobić napady rzadszemi, a przez to samo zmniejszyć wpływ jaki one wywierają na władze umysłowe.

O ilości i składzie wydzielanego potu. — Ze wszystkich wydziełań ciała, pot jest najmniej bezwątpienia znany, a jednak ten produkt organizmu z wielu względów za-

sługuje na uwagę. Trzeba tylko przypomnieć sobie, że w wielu stanach chorobliwych np. przy zapaleniach suchość skóry jest uważana jako symptom nieprzyjazny, w innych znowu, jak w suchotach, tyfusie, chorzy tak wiele tracą przez skórę, iż wpadają w stan jeszcze większego osłabienia. Trudność badania natury potu, co do jego ilości i składu, leży szczególniej w trudności jego zbierania w dostatecznej massie, dla tego też liczby podane przez rozmaitych fizjologów, są bardzo różne. — Funke (1) w zeszłym roku starał się dojść do ściślejszych rezultatów i ogłosił dwadzieścia dwa doświadczenia, robione częścią na sobie, częścią na dwóch swoich uczniach, za pomocą metody podanej przez Schottin'a. Metoda ta jest następująca: rękawy z guttaperki, mające u dołu uwiązaną flaszkę, wciągają się na ręce, aż do ramienia. Do zbierania potu z nóg, używają się podobne pończochy, sięgające za kolano. Funke robił swoje doświadczenia pod wpływem rozmaitych okoliczności, jako to: w stanie spokojnym, lub przy mniej lub więcej mocnym ruchu. Liczby przez niego podane, niemają wprawdzie absolutnej wartości, ponieważ w końcu doświadczenia zbiera się w buteleczce mniej płynu, niżby to być powinno, z powodu nasycenia się powietrza zawartego w przyrządzie częścią wilgotną potu, nasycenia, które wstrzymuje dalsze wydzielanie potu. Te jednak liczby mają zawsze wartość względną, której nie trzeba lekceważyć przy dzisiejszych tak słabych jeszcze wiadomościach co do czynności skóry. — Ogólne rezultata tych dwudziestu dwóch doświadczeń pokazują, że ilość wydzielania skórniego, jest pod wpływem zewnętrznych i wewnętrznych okoliczności, w których się znajduje przedmiot doświadczenia, a nawet różną jest bardzo podług indywiduów użytych do tego. Ręka i ramię samego autora, wydzielały na godzinę najwięcej 47,961 Grm., najmniej 4,379; widać więc ztąd, że granice, w których leży fizyologiczna ilość wydzielającego się potu, są bardzo rozległe. Wysoka temperatura, ruch, nizki stan barome-

(1) Beitrage zur Kenntniss der Schweissekretion; prof. O. Funke (Moleschott's Untersuch. IV, p. 36. 1858).

tru, obfitsze przyjęcie napoju przed doświadczeniem suchość powietrza zwiększają tę ilość, przeciwnie zaś okoliczności ją zmniejszają. — Goleń i noga dawały na godzinę najmniej 4,252, najwięcej 6,938 Grm. Ta w stosunku do ręki tak mała ilość potu, chociaż powierzchnia wydzielająca skóry, jest daleko większa, daje się tłómaczyć tem, że według Krause'go obliczeń, ręka i przedramie, posiada daleko więcej gruczołów potowych, jak noga i goleń. I tak na przedramieniu znajduje się ich 1,100, na dłoni 2,736, na grzbiecie ręki 1,490, w jednym calu kwadratowym skóry; na tejże samej zaś przestrzeni goleń posiada tylko 576. podeszwa 2,685, a grzbiet nogi 924. Ażeby można było zastosować wyniki z doświadczeń robionych na ręce i nodze do całego ciała, Funke starał się jeszcze jak najdokładniej rozmierzyć rozległość całej powierzchni skóry, i używał do tego papierków rozmaitej wielkości dobrze pomierzonych, któremi oklejał połowę trupa miernego wzrostu, tak, ażeby skóra wszędzie doskonale była niemi okryta. Z tych poszukiwań pokazało się, że powierzchnia skóry jest $= 15 \frac{2}{3} \square$ Par. stop. Jeżeli na tę rozległość obliczyć ilość wydzielanego potu pokazuje się, że Funke tracił na godzinę od 101,762 do 309,628 gr. — Doświadczenia Funkiego pokazują jeszcze, że ilość części stałych, zostających po wyparowaniu potu, jest od 0,696 do 2,559 /00, i że ona jest w odwrotnym stosunku do ilości potu wydzielonego w pewnym przeciągu czasu; przeciwnie się dzieje z solami, których ilość jest w prostym stosunku z ilością potu. Pot zawiera w swoim składzie kwasy lotne tłuszczowe, jako to połączenia kapryliczne, nieposiada zaś kwasu mlecznego. — Najważniejszym jednak rezultatem poszukiwań Funkiego, jest wykazanie w pocie wielkiej ilości mocznika, tak że gdyby ją obliczyć na 551,765 gr. potu, wydzielanego we 24 godzinach, największą ilość tego płynu, jaką w tych doświadczeniach widziano, wyszłoby wtedy z ciała około 15,096 Grm., mocznika co by już pokryło blisko $\frac{1}{3}$ saletrorodu wprowadzonego z pokarmami do ciała.

Podaliśmy tutaj cokolwiek obszerniejszy wyciąg z pracy Funkiego, ponieważ zdaje nam się, że poszukiwania

tego rodzaju, robione szczególnie na chorych, mogłyby być bardzo korzystne dla nauki.

Nowe środki w chorobach skóry, lub organów do niej należących. — Dodajemy tu kilka nowych środków zalecanych w ostatnich czasach przeciw rozmaitym chorobom skóry i jej zależności.

Kleżiński (1) twierdzi, że żaden środek przez niego używany, niewyrównywa co do własności pobudzenia działalności skóry, przyspieszenia obiegu płynów w jej naczyniach włoskowych i limfatycznych, kwasowi solnemu. Tym kwasem zwilżone miejsce, zresztą w tych samych okolicznościach, wydawało 27-80 /00 więcej kwasu węglowego, i 7-12 /00 mniej wody, jak podobne miejsce, które nie było zmoczone. Używanie kwasu solnego w chorobach, dało następujące rezultata. 1) Kwas solny powraca skórze przerwane w niej krążenie soków, dla tego też leczy odmrożenia i siność rąk przy działaniu zimna, i służy także do zapobieżenia im. 2) Zmniejsza przykre poty rąk i nóg i z czasem usuwa je zupełnie. 3) Leczy rozmaite choroby skórne, szczególnie zaś akne; ożywiając karmienie skóry, usuwa plamy znajdujące się na niej. 4) Stosowne jego użycie nie przynosi żadnej szkody epidermidzie, lecząc nawet chropowatości i stwardniałości znajdujące się na niej, i jak doskonały kosmetyk robi skórę dostatecznie gęstą, a jednak miękką i gładką. 5) Najlepiej używać oczyszczonego kwasu solnego w takiej koncentracji, jaką tylko znieść można bez bólu. Zwilża się skórę kwasem, i po 1/4—1 min. wymywa się ją najprzód wodą a potem mydłem. Jeżeli skóra jest bardzo czuła, można używać kwasu zmieszanego z gliceryną, w takim razie bywa on dłużej znoszony.

Dla leczenia brodawek, doktor Blaschko (2), zaleca chromian potażu, jako środek działający powoli, ale pewno i bez bólu. Maść z 2 gr. chrom. pot. na 36 tłustości używana rano i wieczorem, usuwała po 2—4 tygodniach najzastarszalsze narosty na skórze.

(1) Ueber die dematotherapeutische Anwendung der Salzsäure; prof. Kleżiński (Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk. IV, 12, 1858).

(2) Chromsaures Kali gegen Warzen; Dr Blaschko (Med. centr. Ztg. 65. 1858).

Loewenfeld (1) leczył odciski, obwijając chory palec płatkami napuszczonymi kollodym. Inny zaś lekarz (2), przy bardzo nawet rozległych, ale powierzchownych telangiectaziach używał tegoż preparatu z 1/8 sublimatu, naprowadzając nim skórę zapomocą pędzla. Po kilku dniach, miejsce posmarowane robiło się brunatnem i strup odpadał między 10—14 dniem zostawiając ranę czystą, gojącą się łatwo, i dającą zaledwo widoczną bliznę.

Breuning (3) zaleca we wszystkich okresach zanogic, moczenie palca w ługu. Utrzymuje on, że ten środek zmniejsza, a nawet przerywa zapalenie. Jeżeli już przyszło do ropienia, ułatwia odchód ropy i skraca ten okres choroby, nakoniec przyspiesza sformowanie się blizny. Breuning powiada, że używając moczenia w ługu, nigdy niepotrzebował nacinań chorego członka, i że żaden jego chory niestracił całego oddziału palca, w najgorszych tylko razach, kiedy nie odrazu zaczęto używać ługu, oddzielał mały kawałeczek kości.

Iridektomja przeciwko chronicznym zapaleniom błony tęczowej. — Przechodząc do prac oftalmologicznych i chirurgicznych, wspomniemy tylko o artykułach Arlt'a, Donders'a, H. Muller'a i Moll'a, dotyczących się anatomii oka, zamieszczonych w III i IV tomie Archiwów Graefe'go. — Musimy poprzestać na tej prostej wzmiance, ponieważ pisma tego rodzaju niedają się dobrze streścić, a przytaczanie całych artykułów zabierałoby ponadto miejsca (4). Przedstawimy zato obszerniejszą pracę Graefe'go, o używaniu Iridektomii przy zapaleniach błony tęczowej i glaukomie.

Wiadomo, że do niedawna używano Iridektomji jedynie, ażeby otworzyć przejście promieniom światła do oka, kiedy źrenica naturalna została w skutek choroby zamkniętą. Graefe zaczął używać tej operacji, dla ule-

(1) Ungar. Ztschr. VIII, 30. 1857.

(2) Pr. Ver. Ztg. 54. 1857.

(3) Heilverfahren gegen Panaritien; G. v. Breuning (Oester. Ztsch. f. prakt. Heilk. III, 6. 1857).

(4) Koremorphosis gegen chronische Iritis u Iridochoroideitis; A. v. Graefe (Arch. für Ophthalmologie, II, 2, p. 202).

czenia następstw, jakie sprowadza tylne przyrośnięcie błony tęczowej (synechia posterior). To ostatnie jest bowiem prawdziwą przyczyną zapalen błony tęczowej, a następnie błony naczyniowej, ponieważ, utrudzając ruchy iris, sprawia ciągle w niej drażnienie, przy ciągłym jej usiłowaniu do ściągania się. Do tego stanu zapalnego, przyłącza się wkrótce amblyopja, a nawet atrofja oka. Dość te zapalenia przypisywano najrozmaitszym dyskrazyjnym przyczynom. Graefe jednak pokazał, że tylna synechia, szczególnie jeżeli ona jest rozległa, sprowadza ciągle zatrzymanie cyrkulacyi w błonie tęczowej i naczyniowej, w skutek której powoli rozwija się nieprzezroczystość płynu szklanego, odklejenie retyny i nakoniec atrofja oka. Iridektomia nie usuwa wyprowadzie przyrośnięcia, ale znosi stan natężenia włókien błony tęczowej. Po operacyi, zatrzymanie cyrkulacyi w tej błonie, jako też w błonie naczyniowej zinniejsza się powoli i chory odzyskuje wzrok. Tak operowani chorzy, nie patrzą przez nową źrenicę, ale przez naturalny otwór, i wzrok polepsza się tylko dla tego, że znika stan ogólny zapalenia wewnątrz oka. Iridektomia może być kilka razy powtórzona, jeżeli pierwsza operacya nie była skuteczna. Graefe niepodaje żadnego niekorzystnego wypadku. Równie piękne rezultata Iridektomia dawała w Glaukomie (1).

O Glaukomie i używaniu w niej Iridektomji. — Początkowe pojęcie o tej chorobie, opierało się jedynie na symptomatach, które ona przedstawia, t. j. na mniej lub więcej rozwiniętej amblyopji, przy zielonkawym kolorze dna oka i rozszerzonej źrenicy. Nauka o glaukomie przebywszy rozmaite koleje, doszła nakoniec do tego, iż raz przypisywano przyczynę tej choroby chorobliwym zmianom środków łamiących promienie, drugi raz chorobie błony naczyniowej, albo też nerwowej. Anatomiczne badania oczu dotkniętych glaukomatem pokazywały raz jedno, raz drugie, zostawała jednak zawsze do roztrzygnięcia, która z tych zmian stanowi głównie chorobę, a

(1) Ueber Iridektomie beim Glaukom und über den glaukomotösen Process; A. Graefe (Arch. f. Ophthalm., III, 2, p. 456).

jakie przeciwnie bywają tylko jako dodatkowe. Przyszedł na koniec w pomoc oftalmoskop, ale i on szczególnie w początkach jego użycia nie przyniósł wiele korzyści. Kiedy zaczęto, zapomocą tego narzędzia, zwracać szczególną uwagę na wejście do oka nerwu optycznego, pokazała przy glaukomacie zmiana kształtu, t. j. wklęsłość jego brodawki. Równie widocznem było osobliwsze w niej ułożenie naczyń błony nerwowej, jako też bicie arteryi środkowej. Mimo to, trzeba jeszcze było pogodzić te symptomata z innemi już znanemi, tak, że roztrzygnięcie zadania co do natury glaukomatu, coraz to nowe napotykało trudności, które dotąd jeszcze nie są zupełnie usunięte. — Glaukoma w ogóle dzieli się na dwa rozmaite rodzaje, t. j. na takie, w którym cierpienie nerwu optycznego zdaje się być skutkiem innej choroby oka, i na takie, w którym cierpienie nerwu jest pierwotnem, a potem dopiero przyłączają się do niego inne symptomata widoczne na zewnątrz. Przyczyną pierwszego z tych rodzajai, zdaje się być powiększenie ciśnienia wewnątrz oka, nie wchodząc w to, skąd to ciśnienie pochodzi. Za tym sposobem widzenia mówią: twardość oka, pulsacye arteryi środkowej i wklęsłość brodawki nerwu wzrokowego, jako miejsca, które prawdopodobnie przedstawia najmniej oporu, rozszerzenie i nieruchomość źrenicy, (które nie mogą być skutkiem ślepoty, ponieważ w takim razie powinnyby się ona zwęzać przy wpadaniu światła do drugiego zdrowego oka), nieczułość błony rogowej, spłaszczenie przedniej komórki oka przy wystającej naprzód błonie tęczowej, na koniec ogromne rozszerzenie żył przednich (VV. anticæ). Wszystkie te zjawiska są skutkami w części naciśnięcia nerwów idących do błony tęczowej i rogowej, w części zaś naciśnięcia żył tylnej części jamy oczowej, gdzie się udają żyły oka. Na koniec za dowód wewnętrznego ciśnienia, może służyć zmniejszenie bólów, które sprowadza częściowe wypróżnienie oka; za pomocą paracentezy. — Zobaczmy niżej, jakie mogą być powody powiększenia ciśnienia wewnątrz oka. Pod tym względem dają się rozróżnić dwie formy.

1. *Ostre glaukoma*, czyli tak zwana dawniej *ophthalmia arthritica*. — Z początku chory, który miał wzrok daleki, spostrzega rozmaite kolory, mianowicie w postaci tęczy około płomienia świecy, czasami widzi wszystko popielato i jakby przez mgłę. Napady takich zjawisk powtarzają się z początku rzadko, czasami tylko co kilka tygodni, stają się potem coraz częstszymi i nie opuszczają chorego jak tylko na dni kilka, co jest przepowiednią blizkiego wybuchnięcia choroby. Zrenica staje się cokolwiek szerszą i leniwą w ruchach, płyn szklany wydaje się cokolwiek mętnym, zaczynają się bóle w czole i skroniach. Zwyczajnie choroba wybucha gwałtownie, rzadko jest ona tylko powiększeniem symptomatów początkowych. Ból nie do wytrzymania w oku, czole, skroni i boku nosa zaczyna się zwykle w ciągu niespokojnej nocy; siatka naczyniowa leżąca pod koniunktywą napęśnia się krwią, pokazuje się łzawienie bez szczególnego wydzielienia śluzu; tylna ściana błony rogowej pokrywa się masą nieprzezroczystą, płyn wodny staje się mętnym, błona tęczowa traci kolor i robi się wystającą naprzód; wzrok jest mniej lub więcej uszkodzony, czasami zupełna ślepota; często chorzy widzą żywe światło i jaskrawe kolory. Najgwałtowniejsze zjawiska ustępują nakoniec albo dobrowolnie, albo przy użyciu środków przeciw zapalnych, pozostaje jednak spłaszczenie błony rogowej, w niektórych miejscach bezbarwność błony tęczowej i zmniejszenie pola wzroku. Te zjawiska powtarzają się i zostawiają po każdym wystąpieniu coraz więcej stanu glaukomatycznego, lub ten ostatni rozwija się sam powoli robiąc oko coraz pełniejszym i błonę rogową mniej czułą. Mętność dna oka może czasami zniknąć, chociaż stan wzroku nie polepsza się przez to, pole widzenia ścieśnia się coraz bardziej i nakoniec staje się ekscentryczne. Przypatrując się dnu oka przy miernej mętności ciała szklanego, spostrzegają się ekchymozy na błonie nerwowej, które są kształtu regularnie okrągłego i leżą około żył, czém się różnią od zapalenia appoplektycznego błony nerwowej. Dopiero później, nigdy po pierwszych napadach, pokazuje się wklęsłość nerwu wzrokowego i bicie arteryi środkowej.

Podług tego co wyżej było powiedziane, choroba może być uważana jako pochodząca równie od zmiany błony nerwowej jako też błony naczyniowej. Jednak jest dowiedzionem, że ekstrawazata w błonie nerwowej nie sprowadzają nigdy tak ciężkich wypadków, że szybko znikają, chociaż wzrok nie powraca. Pozostaje więc błona naczyniowa, w której jednak trzeba przypuszczać nie zwyczajne zapalenie, lecz takie które jest połączone z wydzielaniem, jak to ma miejsce np. w zapaleniu serwatkowem błony tęczowej (iritis serosa). Za tem mówi jednoczasowy stan chorobliwy błony tęczowej, która w wyciętym kawałku jest sztywna i nasiąkła płynem. *A więc trzeba uważać glaukomę jako zapalenie błony naczyniowej, samo, lub połączone jeszcze z zapaleniem błony tęczowej, w skutku którego ma miejsce prześiąknięcie ciała szklanego; to ostatnie zaś, powiększając z tego powodu swoją objętość, powiększa naturalnie ciśnienie wewnątrz oka, naciska błonę nerwową i sprowadza wyżej opisane symptomata.*

2. *Chroniczne glaukoma* podobne, co do ostatecznych rezultatów, do wyżej opisanego glaukomatycznego zapalenia błony naczyniowej. Jednostajność processu pokazuje się jeszcze w tem, że często jedno oko ginie w sposób gwałtowny, w drugim zaś ślepotą rozwija się powoli. Bieg jest niejako przedłużeniem zjawisk początkowych formy ostrzej, w którym niedostaje tylko periodycznie występujących wewnętrznych zapalnych processów. W początku czasowo, potem ciągle ale z chwilowemi polepszeniami, zwęża się pole widzenia i rozwijają się zmiany w źrenicy. Dno oka pokazuje zawsze coś niepewnego, chociaż mętność bywa rozmaita. Ruchy źrenicy są leniwe, nawet przy działaniu światła na oko zdrowe. Częste ekchymozy na błonie naczyniowej. Wklęsłość nerwu wzrokowego i tętno arteryi środkowej pokazują się stosunkowo wcześniej, ale nie mogą jednak być, przy gruntowném rozpatrzeniu symptomatów, uważane za pierwsiastkowe.

Te dwie formy powinny być odróżnione od rzadkich wypadków, które Græfe nazywa amurozami z wklęsłością nerwu wzrokowego; ta ostatnia stanowi bowiem

wtenczas jedyną widoczną zmianę, wszystkie inne znaki glaukomatu nie mają miejsca. Tętno arteryi środkowej jest rzadko dla wzroku dostępne, spostrzega się jednak łatwo za przyłożeniem palca. Jedyny symptom na który się chory skarży jest ograniczenie pola widzenia, które się rozwija bardzo powoli.

Leczenie.— Jeżeli dotąd mówiono o sposobach leczenia glaukomatu, zawsze jednak dodawano na końcu to zastraszające wyznanie, że nic nie może odwrócić zupełnej ślepoty. Co więcej, nie obiecywano nawet nieszczęśliwym, którzy już jedno oko utracili, zachowanie drugiego, chociaż to było jeszcze zdrowe, ponieważ przypuszczano że choroba pochodzi z wewnętrznej dyskrazyi. Tém większą przysługę oddał Græfe, który, uważając tę chorobę jako miejscową, szukał także miejscowego lekarstwa, i, przekonawszy się że środki paraliżujące źrenicę (mydriatica) były bez skutku, a paracenteza przynosiła tylko chwilową ulgę, odkrył iridektomię jako *prawdziwe lekarstwo przeciwko processowi glaukomatycznemu*. J chociażby nawet hipoteza która go do tego odkrycia przewiodła była fałszywą, chociażby iridektomia nie dlatego zbawiennie działała że zmniejsza ciśnienie wewnętrzne w oku, nie zniżyłoby to w niczem wartości tego odkrycia, ani zbawienności jego skutków.

a. Przy *prodromatach*, które rzadko kiedy zdarzają się w praktyce, szczególniej jeżeli pierwsze oko jest napadnięte, Græfe otrzymał doskonałe rezultata. Radzi on jednak poczekać dopoki zamglenie wzroku nie stanie się dość znaczném. U wszystkich chorych których w tym okresie operował, a którzy przedstawiali już dość częste zaćmienia wzroku, te ostatnie nie pokazały się więcej w ciągu kilku miesięcy, a więc uleczenie było trwałe.

b. W *periodzie ostrym zapalenia glaukomatycznego* był otrzymany zupełny powrót wzroku, jeżeli chory był operowany przed ujściem dwóch tygodni po napadzie zapalenia. Niektórzy chorzy byli uważani w przeciągu całego roku po operacyi, i, chociaż się nie sanowali, choroba nie powracała. Operowano pomimo silnego bólu i nieznoszenia światła, ponieważ po operacyi te zjawiska w jednej chwili znikają, zapalenie kończy się

po 1—1 1/2 tygodnia, a łamiące płyny oczyszczają się po 6—7 dniach. Błona rogowa staje się znów czułą, zrenica zachowuje mierną szerokość, oko traci na zawsze twardość. Wzrok polepsza się zupełnie w ciągu kilku tygodni.

c. *W późniejszych okresach ostrego glaukomatu*, iridektomia jest równie najlepszym środkiem, szczególnie przeciwko bólom, które napadają zupełnie nawet oślepiłe oko. Co do powrócenia wzroku, to zależy od tego w jakim stanie się on znajduje podczas polepszeń między paroxyzmami. Jeżeli pole widzenia jest ścięśnione, szczególnie z jednej strony, jest to zła przepowiednia. Jeżeli brodawka nerwu mało tylko wklęśła, wtedy wzrok może być polepszony i jego pole trwale rozszerzone. Jeśli zaś czułość na ilość światła zagasła, w takim razie operacja jest daremna, i może być przedsięwzięta jedynie w celu usunięcia bólów.

d. *Iridektomia przy chronicznym glaukomacie* przynosi czasowe polepszenie. Im pełniejsze jest oko, tym więcej można się spodziewać od operacji.

e. *Przy amaurozie z wydrażeniem nerwu wzrokowego* operacja jest bezskuteczną. Czy zatrzymuje proces nie można dokładnie wiedzieć, ponieważ ta choroba ma bieg bardzo powolny.

Za wyłómaczenie tego żeśmy tu tak długo w tej materii mówili, niech nam służą słowa własne Graefego: « Prędkie wykonanie operacji, znaczy prawdziwie tyle co wyratowanie życia. Ponieważ przewożenie chorego podczas ostrego stadium przedstawia wielkie trudności, wypada więc żądać, aby każdy lekarz oznajomił się, z jednej strony, z symptomatami ostrego glaukomatu, z drugiej zaś, z techniką iridektomii. Przy tej operacji dobry asystent mniej jest potrzebny, niżeli przy tracheotomii, którą każdy lekarz, w najmniej sprzyjających okolicznościach musi wykonywać. Wtenczas kiedy dawniej glaukomatyczne oko od chwili postawienia tej diagnozy było uważane jako nie do wyleczenia, tak przeciwnie, dzisiaj, każde oko, oślepiłe z powodu ostrego glaukomatu, wzbudzi podejrzenie o opieszałość, jak zarosnięcie źrenicy przy prostém zapaleniu błony tęczowej, i t.d. »

Dodamy tu jeszcze że wielu oftalmologów, między innymi Arlt, doświadczyli w swojej praktyce zbawien-nych skutków iridektomii przy glaukomacie.

O formowaniu się kił. — Literatura chirurgiczna przeszłoroczna zawiera znakomitą bardzo pracę Roser'a (1) o powstawaniu kił. Ten autor dawniej już ogłosił swoją teorię, i teraz znowu podaje ją publiczności wzbogaconą nowymi faktami.

Kiłę poznaje się wtedy, kiedy wnętrzności weszły do jej worka, i ten ostatni rozciągnęły. Późne worki kiłowe, szczególnie jeżeli są małe i ciasne, są niełatwe a czasem niepodobne do rozpoznania. Kto mówi że widział raptownie powstającą kiłę, widział tylko wyjście gwałtowne kiszek do worka kiłowego, lecz nie utworzenie się tego worka. Na trupie, dla następujących przyczyn, nie można sprowadzić kiły przez ściskanie brzucha, nawet po wycięciu otworów w jego oponewrotnicznę ścianie 1): dla tego że błona otrzewna nie jest dość sprężysta, ażeby się dała wyciągnąć tak dalece jak by tego była potrzeba do sformowania worka kiłowego 2); ponieważ ciśnienie działa tutaj na płynne materje zawarte w kioskach podług hydrostatycznych praw, to jest wypręża otrzewną we wszystkich kierunkach, jednakowo nie wysuwając jej w pewnym miejscu, jakby to np. można było zrobić ci-
snąc palcem otrzewną z wewnątrz na zewnątrz.

Dwa następujące twierdzenia, które Roser już dawniej wypowiedział, przedstawiają dokładnie jego sposób widzenia w tym przedmiocie: « *Kiły udowe powstają przez wyciągnięcie na zewnątrz otrzewnej, i, zewnętrzne kiły pachwinowe albo raczej ich worki są prawie zawsze przyrodzone.* »

Worki kił udowych są wyciągnięte przez małe bryłki tłuszczowe, położone w tkance komorkowatej pod otrzewną leżącą uocno połączone z otrzewną. Taka bryłka tłuszczowa wsuwa się pomiędzy włókna przegrody udowej (septum crurale), oddala je jedno od drugiego, tak, że one w końcu znikają. Przybywszy takim sposobem tuż podskórę, od której jest tylko oddzielona fascją powierzch-

(1) Bruchtheorie. Prof. Roser (Arch. f. phys. Heilk. N. F. II, p. 80, 1858).

chowną (*superficialis*), bryła tłuszczowa znajduje więcęj swobodnego miejsca, powiększa się, nabiera formy gruszkowej, i z tego powodu staje się coraz zdolniejszą do opadania, co też czyni podczas ruchów ciała ciągnąc za sobą otrzewną, i takim sposobem tworzy worek kiłowy. W dawnych wielkich kiłach udowych nie można znaleźć tej bryły tłuszczowej, znikła ona tutaj zapewne w skutek ciśnienia które nań wykonywa sama kiła.

Co się tyczy kił pachwinowych zewnętrznych, ich worki kiłowe nie są prawdopodobnie nigdy nabyte, lecz zawsze przyrodzone. Za tem, że *processus vaginalis* zostaje otwarty w jego części górnej, mówią statystyki podane przez Camper'a i Engel'a. Pierwszy, pomiędzy 63 donoszonymi chłopcami, znalazł tylko 7, u których kanały pochwowe (*can. vaginalis*) były zatkane; u 34 obydwu kanały stały otworem, a u 14 prawy tylko kanał był nie zamknięty, u 8 zaś lewy. Statystyczne obliczenia Engel'a, zredukowane na sto, pokazują: że kanał pochwowy u 10 tylko na 100 jest zamknięty z obu stron przy urodzeniu, w czternaście dni po urodzeniu nie znaleziono śladów lewego kanału u 30 na 100, u 60 zaś był on otwarty. Według Engel'a, zamknięcie kanału pachwinowego postępuje od jądra ku pierścieniowi pachwinowemu, dlatego też często pozostaje rudymenarny kanał, który zaczyna się u tylnego pierścienia pachwinowego i idzie wzdłuż całego kanału pachwinowego, a czasem nawet posuwa się nieco dalej w kierunku sznurka nasiennego. U dorosłych, znajduje się albo zaledwo ślad kanału pachwinowego, lub też ten ostatni jest jeszcze w niejakięj przestrzeni otwarty, tak jednak iż widać że jeszcze nigdy nie zawierał kiły. Engel podaje, dla dorosłych od 20—64 lat, następujące liczby obliczone na sto: ślad, lub przytomność kanału pochwinowego w 31 na 100 przypadkach. Pomiedzy temi ostatniemi, znalazł 37,5 na 100 wypadków, w których obydwu kanały były otwarte, 62,5, w których prawy tylko nie był zamknięty. Większa zatęm częstotć kił pachwinowych z prawej strony zgadza się z częstszęm otwarciem kanału pachwinowego z tężę strony.

A więc zewnętrzna kiła pachwinowa powinna, z rza-

dkiemi tylko wyjątkami, być uważana za chorobę przyrodzoną. Pozostają tylko kiły pępkowe, wewnętrzne kiły pachwinowe i zewnętrzne u kobiet, do wytłomaczenia których można by użyć dawniej teorii.

Co się tyczy kił zewnętrznych u kobiet, już dawniej Meyer pokazał, że w płodach tych ostatnich, równie jak w męzkich, znajduje się kanał otrzewnej przebiegający w całej długości kanał pachwinowy, który jednak zamyka się wcześniej, bo w piątym miesiącu po poczęciu.

Powstanie kił pachwinowych wewnętrznych Roser tłómaczy podobnie jak powstanie kił udowych, za pomocą kłębka tłuszczowego; dodaje, że wielka część z pomiędzy nich może powstawać przez rozciągnięcie i wypchnięcie otrzewnej, jakto np. może mieć miejsce u otyłych starców. Ale i w tym ostatnim razie nie może to nastąpić nagle, lecz zawsze otrzewna powoli i coraz więcej zaczyna wystawać z pomiędzy włókien z atrofiowanej w części fałszy tranwersa, dopóki nie sformuje dosyć obszernego worka dla pomieszczenia kiły.

Pozostają więc tylko ruptury pępkowe, których powstanie można tłómaczyć za pomocą dawniej teorii. Bez wątplenia, zwyczajne ruptury pępkowe małych dzieci powstają przez miejscowe rozszerzenie otrzewnej, ale i tu także nie ma miejsca wysunięcie lub wypchnięcie tej błony, lecz jej miejscowe wyciągnięcie i przedłużenie, ponieważ nigdzie otrzewna nie przylega tak mocno do ścian brzuchowych jak w okolicach pępka. Ponieważ mechanizm kił pępkowych u małych dzieci jest różny od mechanizmu powstawania kił w innych okolicach, nie ma nic zatem dziwnego że i przepowiednia medyczna przy rupturze pępkowej u dzieci jest inna jak u innych chorób tego rodzaju. Jak wiadomo, kiły pępkowe dzieci leczą się, po największej części, bez żadnej pomocy przy dalszym rozwinięciu ciała, ; otrzewna, rozszerzona miejscowo, ściąga się swoją własną sprężystością, wchodzi nazad do brzucha, i kiła jest uleczona; ztąd to pochodzi, że tak często spotykają się kiły pępkowe u małych dzieci, a tak ich mało widać przy naborach wojskowych.

Z wyżej powiedzianego pokazuje się więc, że Roser przypuszcza jedynie możliwość powstawania kił przez powolne rozciągnięcie otrzewnej, czyto z zewnątrz za pomocą kłębka tłuszczowego, czyli też z wewnątrz jak w kiłach pępkowych.

Tak wyłączny sposób zapatrywania się nie mógł zostać bez opozycji. To też Benno Schmidt (1) w Lipsku, starał się doświadczeniem stwierdzić, że powiększenie ciśnienia na wnętrzności brzuchowe, może spowodować wysunięcie nawet gwałtowne otrzewnej. Ponieważ za pomocą sposobu P. Cloquet, który ścisnął mocno bandażami górną część brzucha u trupów, nie udało się nigdy spowodować kiły, Schmidt umyślnie zmienić tryb doświadczenia, to jest zamiast powiększenia ciśnienia, zmniejszyć je w pewnym punkcie ścian brzuchowych. Dla tego wycięto w trupie, koło boku zewnętrznego lewego m. prostego brzuchowego, otwór, mający 6" średnicy i sięgającą aż do otrzewnej. Bańka postawiona na tym otworze wciągnęła otrzewną, która podniosła się na $3/4$ " od powierzchni skóry, w postaci pęcherza, z obwodem pokrytym zmarszczkami.

Z sześciu podobnych doświadczeń, autor pozwolił sobie zrobić następujące wnioski: 1) Ciśnienie wnętrzności może wysunąć otrzewną na zewnątrz, szczególnie jeżeli opór w pewnym miejscu ścian brzucha jest zmniejszony. Zmarszczki na otrzewnej spostrzeżone przy doświadczeniu, mówią za rzeczywistym wysunięciem. 2) Wysunięcie otrzewnej może stać się gwałtownie, ale może także rozwijać się powoli. 3) Jeżeli ciśnienie ustaje, wówczas części wypchnięte wracają do dawnego położenia, w razie jeżeli nie są przytrzymane przez otwór kiłowy, zapewne z powodu sprężystości tkanki leżącej pod otrzewną, jeżeli zaś ciśnienie powtarza się często, wówczas wysunięcie pozostaje. 4) Czy ciśnienie spowodują кишки, czy też płyn zawarty w brzuchu, pokazują się te same zjawiska.

Pomiędzy temi dwoma tak przeciwnymi sobie teo-

(1) Formation der Unterleibsbrüche; Dr Benno Schmidt (Wien, med. Wchschr., 35 - 36. 1858).

ryami, prawda zapewne leży we środku. To jest kiły mogą równie powstawać przez wyciągnięcie worka otrzewnej, za pomocą kłębka tłuszczowego i z powodu niezamkniętego kanału pachwinowego, jak mniema Roser, jako też przez powiększenie ciśnienia wewnątrz brzucha. Streubel (1) niezaprzeczając zupełnie teorii Roser'a, przytacza dwa rodzaje powstania kił zupełnie sprzeciwiające się wyłączności teorii Roser'a. Najprzód kiły, które się pokazują u osób podnoszących się z łoża po długiej, ciężkiej chorobie, kiły których powstanie daje się jedynie tłómaczyć przez resorbcję tkanki tłuszczowej podperytonealnej, wysunięcie otrzewnej i następne wepchnięcie tego worka, w skutek parcia trzewów brzuchowych (Bauchpresse), do kanału udowego, lub pachwinowego, rozszerzonego także resorbcyą tłuszczu. Powtóre jeszcze inny rodzaj powstania kił, szczególniej pachwinowych, u ludzi przedstawiających brzuch, który Malgaigne nazwał *à triple saillie*. Trzy te wypukłości, z których środkowa odpowiada linii białej, a dwie boczne, szerokim bocznym muszkułem brzucha, które to ostatnie zdają się być za słabe. Streubel śledził rozwijanie się kił u ludzi posiadających wyżej wspomniany kształt brzucha, robił szczególniej swoje spostrzeżenia nad więźniami Lipskiego domu poprawy. Widział on że z początku pokazują się rozszerzenia ściany brzuchowej po obu stronach nad pierścieniami pachwinowymi, które w przeciągu roku u półowy subjektów, coraz się powiększały, opuszczały się do kanału pachwinowego; i takim sposobem powoli formowały prawdziwe kiły. Mechanizm w tym razie najprawdopodobniiej jest następujący: jamka pachwinowa zewnętrzna (Fovea inguinalis externa major), rozszerza się przez ciągłe napieranie kiszek przy ciężkich pracach, lub noszeniu ciężarów, tak że nakoniec, rozciągnięta w kształcie lejki, otwiera pierścień pachwinowy wewnętrzny i zostaje wciśnięta do kanału pachwinowego. Chociaż więc za mocne ściągnięcie muszkułów brzuchowych i diafragmy, jako też gwałty zewnętrzne, jak uderzenia, nie

(1) Schmidt's Jahrbücher, Bd. 100, p. 218.

mogą spowodować kily, w każdym jednak razie częste powtarzanie mocnego parcia trzewów brzusznych, wysilenia które długo trwają, są w stanie rozszerzyć w jednym miejscu otrzewną i to zapewne musi być powodem zwyczajnym powstawania kiał nabytych.

UWAGI PANA KACZKOWSKIEGO

NAD NOTĄ UMIESZCZONĄ NA STRONNICY 122, O DĄŻNOŚCIACH MEDYCNY
DZISIEJSZÉJ U NIEMCÓW.

P. Kaczkowski wziął com powiedział na karcie 122, o dążnościach medycyny niemieckiej, za osobistą obrazę, i wymagał odemnie umieszczenia w *Roczniku* swojej *obrony*. Chociaż miałbym nie jeden słuszny powód do odsunienia, w tém miejscu zwłaszcza, wszelkiego pozoru polemiki, nie chciałem jednak dać najmniejszego pretextu o oskarżanie mię o parcjalność. Dla tego też, chociaż nie mówilem osobistego o panu Kaczkowskiu, chyba w bardzo pochlebnych wyrazach, umieszczam jednak poniżej tę, tak nazwaną, *obronę*, bez dodania do niej żadnych uwag z méj strony, dla zupełnego zbudowania czytelników. Traktując tym sposobem pana Kaczkowskiego, jak tylko można po chrześcijańsku, trudno mi jest przypuścić żeby mógł w tém znowu upatrzeć jakąś osobistą obrazę.

Jeżeli liczne inne moje zatrudnienia pozwolą mi na przyszłość brać równie czynny udział, jak dotąd, w pracach Towarzystwa paryzkiego lekarzy polskich; to w każdym razie, chęć usłużenia wszystkim kolegom, grzeczność, a w dyskusjach bezstronność i umiarkowanie, nie przestanę nigdy, nawet na chwilę, przewodniczyć, jak dzisiaj, wszystkim moim czynnościom.

A. RACIBORSKI.

Wstęp do mojej pracy, w którym powiedziałem słów kilka o tendencji racjonalnej, jaka się w medycynie niemieckiej spostrzega, zasłużył tak dalece na uwagę P. dok. Raciborskiego, iż uznał za potrzebne dołączenie dopisku. — Przykro mi jest wyznać, iż pod żadnym względem niezgadzam się ze zdaniami szanownego kolegi. Kłótnia o przewagę między szkołą racjonalną i empiryczną (o francuzkiej nigdzie nie wspomnianej), jest nie nowa i prawie wyczerpana, przynajmniej o tyle, iż wszystko powiedziano co się dało powiedzieć. — Nie myślałem i nie myślę wznowiać dyskusyi. Powiem tylko iż napisałem o szkole niemieckiej to co o niej myślę, i że zdanie moje jest oparte na przekonaniu, a nie na żadnej wyexaltowanej wdzięczności, którą mi P. R. Łaskawie przypisuje. — Wdzięczność dla Niemców, za otrzymane od nich wykształcenie, chowam w sercu, ale ona nie zdolna bynajmniej skrzywić mego sądu. —

P. R. tem łatwiej temu zawierzy, że sam, jak myślę, swoją nie korzystną opinię o szkole niemieckiej opiera na wyrezonowanym przekonaniu, a nie na jakiegokolwiek osobistej niechęci. — Przekonania, często nawet długa dyskusya, nie jest w stanie zwalczyć, a więc najlepiej zostawić je takimi jakimi są. — Muszę jednak powstać przeciwko kilku punktom, w których P. R. myśli przezemnie wypowiedziane przedstawił zupełnie nie tak, jak ja je rozumiałem. Winna temu, jak miemam niejasność mojego wystowienia, ponieważ daleki jestem od przypuszczenia, że P. R. odrzucił pobłażliwość, jakiej się spodziewać należy po tak wytrawnym pisarzu i z umysłem wykoszlawiał sens skromnej pracy początkującego.

Jeżeli wspomniat o Niemczech, jako o ojczyźnie Hegla i Kanta, niema to zupełnie znaczyć, że wszyscy Niemcy są Heglami i Kantami. Tak Francję nazwałbym ojczyzną Pascal'a lub Rouss'a, Włochy nazywają krainą Danta. Jest to retoryczna forma, która, przypuściwszy nawet, że ją użył nie w miejscu, jest tak ogólnie znana, iż nie mogłem mniemać, ażeby jej przypisywano znaczenie i doniosłość, której ona niema w rzeczy samej. Nie rozumiałem przez to, że Hegel i Kant oddali ważne przysługi nauce medycznej, chociaż nie wiem do prawdy jakim sposobem Krytyka rozumu tego ostatniego filozofa, w której on powiada, że aby zbadać naturę, trzeba tylko umieć zadawać jej właściwe zapytania, a ona na nie odpowiedzieć nie omieszka, mogła być tak zgubną dla rozwoju nauki medycznej w Niemczech, jak to P. R. zdaje się mniemać.

P. R. powiada, że uprawianie medycyny jako nauki, i jedynie dla nauki, znaczy: pogardzanie wszelką kliniką, nie uczęszczanie do szpitali i zamknięcie się w badaniach fizycznych i chemicznych. Tak nie jest zupełnie. Uniwersyteta niemieckie z najwidoczniejszą tendencją fizjologiczną mają kliniki i szpitale, do których studenci obowiązani są uczęszczać. — Mogę ręczyć, że w tych klinikach nie spostrzeże nikt kilkudziesięciu z rzędu chorych z ciałami ponurtowanemi drenażami, nie widać tam ani strzał wypalających, ani guillotynu do łanania

kości przed amputacją, ani żadnych podobnych okropności, które mogły powstać i prosperować, jedynie pod zasłoną specjalności, empiryzmu i szarlataneryi, tych trzech odwiecznych nieprzyjaciół wszelkiego światła i postępu. — Uprawianie nauki dla nauki, znaczy staranie się o rozszerzenie jej granic, bez oglądania się na to, czy nabyta pracą zdobycz, da się lub nie, wcielić w ciasne kółko praktycznego życia. Nikt się nie dziwi, że matematyk przez całe życie goni za abstrakcyjnem x , pod niebiosą wynoszono nazwisko Ehrenberga za to, że opisał wiele gatunków wymoczek przedpotopowych znajdujących dzisiaj w stanie skamieniałym, chociaż poznanie tych mikroskopicznych istot nie może mieć żadnego praktycznego zastosowania. Dla czegoż jak tylko lekarz odważy się uważać medycynę za rzecz wiedzy a nie praktyki, zaraz jego prace są uznane za zaledwo mogące dostarczyć *niejakiej satysfakcyi umysłom ubiegającym się za ciekawościami*, jego rozumowania są częzą dyalektyką, dla czegoż zaraz słysząc krzyki, iż *nie można dość protestować* przeciw podobnej zgrozie. Czyż natura zmieniona przez chorobę, nie zasługuje na czysto naukowe badania, tak jak natura w stanie zdrowia? — czyż medycyna jest tylko rzemiosłem, nie złem, bo korzystnem? Ja tak nie myślę. Pewno żaden z moich kolegów do podobnego zdania się nie przyzna. Nie, cel nauki jest nieskończenie wyższy. — Zasługę zapewne na nazwę dyalektyka, a jednak powiem, że celem nauki jest zbadanie przyczyny wszech rzeczy, a bodźcem do pracy jest szlachetna ciekawość. Z takim tylko celem i z takich pobudek uprawiana nauka może robić postępy, przynieść ludzkości prawdziwe korzyści, a ludzi, pracujących nad nią, ustrzeże od zamknięcia zdolności, jakimi ich natura obdarzyła, w jedną specjalność, której używają i nadużywają dla własnego interesu.

Nakoniec P. R., z zacytowanego przeze mnie dzieła o cholery K. Schmidt'a, wyciągnął ten wniosek, że ja myślę, iż dosyć jest być dobrym chemikiem i fizykiem, ażeby być dobrym lekarzem. Nigdzie tego nie powiedziałem i nigdy w niemieckiej szkole, której przypadkowym tłumaczem tu jestem, podobna myśl nie po-

wstała. — Wiadomo jest każdemu doskonale, że chemik może pisać doskonale traktata np. o farbierstwie, lub fermentacyi alkoholicznej, a jednak niepotrafiłby poprowadzić zakładu farbiarskiego lub gorzelnii, jeżeli tego nigdy nie robił. Niemniej przeto farbierstwo i praca gorzelniana, są tylko *zastosowaniem* danych, które w tych przedmiotach posiada nauka chemiczna. — Wiadomem jest także każdemu chirurgowi, iż aby być w stanie przystąpić do operacyi, nie dość jest znać anatomję i umieć na pamięć metody operowania, ale trzeba jeszcze, przez pracę i częste powtarzanie ruchów, nabrać wprawy w obojętności się z instrumentem. Dla tego też nierozsądnem byłoby, gdyby kto myślał, że dla lekarza chcącego praktykować, dostatecznem jest umieć nauki pomocnicze. Kliniczna wprawa koniecznie jest potrzebna, ale bezwątpienia, nie zastąpi ona nigdy uczoności. — Gdyby zasługi lekarza mierzyły się jedynie ilością praktyki, to jest, ilością chorych, którzy przeszli przez jego ręce, wtedy trzebaby do bardzo dobrych lekarzy zaliczyć Antośka, Michałka, Potapenkę i tylu innych owczarzy, w których nasz kraj obfituje, ponieważ ci ludzie mają bezwątpienia więcej klientów i więcej dukatów rocznego dochodu, niżeli nie jeden wielce uczony doktor paryzki, chociaż nie wiedzą zapewne, gdzie leży wątroba a gdzie serce.

Zatrzymam się tutaj, chociażby jeszcze wiele powiedzieć można o uwagach Pana Raciborskiego. Chciałem tylko pokazać, że jeżeli było uniesienie, to pewno nie z mojej strony. — Co się tyczy opozycyi jaką spotkałem, nie dziwi mnie ona zupełnie. Wiem, że każdy postęp znajduje zawsze przeciwników, ale wiem także, że to jest potok, który nie zważa na przeszkody, i który natrafiwszy na nie, umie je skruszyć lub ominąć, jeżeli nie potrafi je zabrać ze sobą.

Z. K.

*Dary na rzecz Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich
w ciągu upłynionego roku.*

Towarzystwo Paryzkie Lekarzy Polskich przywiązuje tyle ceny do sympatyi szanownych rodaków, że chciało, ustawami swojemi gwarantować niejako wyrażenie publiczne swojej wdzięczności. Jakoż artykuł XV Ustaw Towarzystwa brzmi w następujący sposób :

„ Wszelkie datki na rzecz Towarzystwa w pieniądzach, dziełach, lub innych przedmiotach, z wdzięcznością będą przyjmowane i w rocznych sprawozdaniach ogłaszane. »

Trudno nam zacząć wypłatę tego długu serca, którego ten artykuł jest urzędowo poświęcony, bez wyrażenia publicznej wdzięczności lekarzom, którzy dali tak piękny przykład poświęcenia, zakładając własnymi funduszami Towarzystwo Lekarzy Polskich w Paryżu. Przekonani jesteśmy, że skromność tych szanownych kolegów, znalazłaby przedwczesnem ogłoszenie ich nazwisk dzisiaj, zaledwie po jednym roku naszej exystencji. Nie można jednak zaprzeczyć, że jeżeli Towarzystwo Paryzkie Lekarzy Polskich przyniesie następnie zbawienne owoce, jakich się już w tej chwili, wszystko spodziewać może, to bez wątpienia największa część zasługi na założycieli Towarzystwa spadać powinna. W takim razie, będzie świętym obowiązkiem, Sekretarza głównego ogłosić nazwiska tych, którzy wytrwali w ich poświęceniu, i przekazać je wdzięczności wszystkich rodaków, a mianowicie Lekarzy Polskich. Dzisiaj zamykając się w ścisłym obrębie ustaw, ograniczymy się na wymienieniu osób, które zaszczyliły Towarzystwo różnemi дарami, w ciągu upłynionego roku. A. R.

Doktor A. F. Adamowicz przesłał do biblioteki Towarzystwa zbiór pamiętników Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego przez siebie zredagowanych, jako też różne własne prace, między którymi znajdują się w języku polskim : *Krótki rys początków i postępu anatomii w Polsce i Litwie* i Biografia Józefa Franka.

Lekarz Adryan Baraniecki ofiarował swoją własną pracę pod tytułem : *Notice sur le petit lait en général et en particulier sur les bains de petit lait en Bessarabie*, i oprócz tego 35 różnych broszur w przedmiotach lekarskich.

Biliński Koriolan ofiarował tomów 4.

Duchiński tom 1.

Doktor Seweryn Gałęzowski ofiarował swoją własną pracę o odjęciu lewej połowy szczęki dolnej w stawie, wykonanem w Meksyku w roku 1836. Obserwacya ta napisana w języku hiszpańskim, jest wyjęta z Dziennika akademii medyczno-chirurgicznej meksykańskiej. Oprócz tego, P. Gałęzowski ofiarował do biblioteki 95 broszur i 28 tomów różnych dzieł lekarskich, ogółem 123.

Doktor Hłuszniewicz złożył do biblioteki tomów 4 i 168 broszur; w ogóle 172.

Doktor Kowalski, swoją własną pracę : *De la pneumon*(thèse pour le Doctorat. Paris 1852).

Doktor A. Raciborski ofiarował z własnych dzieł : 1° *Précis pratique et raisonné du diagnostic* (edycya Brukselska). 2° *Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique*. 3° *De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus*. 4° *Mowa o styczności medycyny z innymi naukami, sztukami pięknymi i literaturą*. Oprócz tego doktor Raciborski złożył w bibliotece 7 tomów i 117 broszur; w ogóle 124 prac lekarskich różnych autorów.

Doktor Stański Kajetan ofiarował tomów 3.

Lekarz Szaramowicz ofiarował 10 broszur.

Doktor Juliusz Wrotnowski złożył swoją własną pracę : *De la fièvre puerpérale* (thèse pour le Doctorat).

Ofary w pieniądzech.

P. Adryan Baraniecki nie przestając na tém, że był jednym z najczynniejszych, kiedy chodziło o założe-

nie Towarzystwa, przesłał jeszcze na rzecz Towarzystwa, oprócz zwyczajnej kotyzacyi, franków 50.

X. W. Czartoryski ceniąc wysoko korzyści, jakie może przynieść założenie Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich, ofiarował zaraz na wstępie fr 1,000, przeznaczając szczególnież tę summę na nagrody, za przedmioty podane przez Towarzystwo do konkursu.

PORZĄDEK PRZEDMIOTÓW.

Wstęp. O języku lekarskim w Polsce.	
Krótką wiadomość o źródłach lekarskich w Iwoniczu, przez Karola MOSZCZAŃSKIEGO, doktora medycyny i chirurgii Akademii Wiedeńskiej.	1
Kilka słów o leczeniu złudzeń zmysłowych za pomocą preparatów tondery pindyryndy, czyli szaleju wielkiego (<i>datura stramonium</i>), przez Wilhelma LUBELSKIEGO, lekarza z Warszawy.	4
O reumatyzmie ostrym stawów, i o skuteczném użyciu fosforanu amoniaku we wszystkich formach reumatyzmu, przez Władysława HAMOLECKIEGO, lekarza Uniwersytetu Charkowskiego.	12
Historia postępu w diagnozie i terapeutyce zapaleń płuc i płewry, zaczawszy od Hippokratesa aż do Laennecka, przez doktora Adama RACIBORSKIEGO.	21
Obserwacya reumatyzmu ostrego stawów, przerzucającego się na błony mózgowe i skończonego gwałtowną śmiercią, zakomunikowana przez doktora Edmunda KORABIEWICZA.	49
Gorączka nerwowa, — gangrena w twarzy, — wyleczenie. — Operacya w celu restaurowania policzka, przez doktora Kajetana STAŃSKIEGO.	59
Tumory mózgowe diagnozowane podczas życia, prze doktora Ludwika HIRSCHFELDA.	64
Porównanie nowych wag lekarskich ze starymi wagami używanemi dotąd w wielu jeszcze krajach, przez J. ODACHOWSKIEGO, lekarza Uniwersytetu Kijowskiego.	71
Przegląd główniejszych wypadków lekarskich jakie się objawiły we Francyi w ciągu upłynionego roku, przez doktora Adama RACIBORSKIEGO.	79
O leczeniu afekcyi dyfterycznej gardła i krtani, a mianowicie o tracheotomii w krupie.	79
Gorączka, czyli ferbra puerperalna.	86
Choroba Adissona i leukocythemja.	95
Chromidroza (<i>chromhidrose</i>).	99
O ligaturze kanału pokarmowego, czyli esofagu, w doświadczeniach lekarsko-prawnych i toxykologicznych.	100
Uwagi ogólne nad koltunem, a mianowicie o nowój formie hypokondryi, którąby można nazwać hypokondryą trychomatyczną, i o grzybach koltunowych.	102

Dwie nowe formy paraliżu.	103
Odjęcie tumorów przez zgniecenie podstawy (<i>écrasement linéaire</i>).	108
Strzały wypalające; metoda proponowana przez doktora Maison-neuve, do niszczenia wszelkich tumorów, nawet wielkich wymiarów.	112
Przegląd ważniejszych prac medycznych w Niemczech, w ciągu upłynionego roku; przez Zygmunta Kaczkowskiego z notą o dążnościach dzisiejszych medycyny niemieckiej, przez doktora Raciborskiego.	120
O budowie kości, kośnieniu i rachityzmie.	123
Drobniejsza budowa muszkułów i kanały służące do ich karmienia.	129
Ruchy miękiego podniebienia.	134
Trawienie migs.	131
Absorbeyca peptonu.	132
O przechodzeniu substancyi ze krwi do żółci.	133
Zwierciadło krtańowe.	134
Przemiany w grubości ścian sercowych i budowie kanału Botala w kilka dni po urodzeniu.	135
Rozpoznanie krwi w plamach.	137
Merkuryusz i Syfilis.	138
Zakończenie peryferyczne nerwów.	141
Działanie nerwu vagus na oddychanie i ruchy serca.	142
Wpływ mlecza przedłużonego na epilepsję i działanie atropiny w tej chorobie.	143
Epilepsyje mające przyczynę w uszkodzeniu peryferyczném i epilepsyje reumatyczne.	145
O ilości i składzie wydzielanego potu.	147
Nowe środki w chorobach skóry lub organów do niej należących.	150
Iridektomja przeciwko chronicznym zapaleniom błony tęczowej.	151
O glaukomie i używaniu w niej Iridektomii.	152
O formowaniu się kil.	158
Odpowiedź P. KACZKOWSKIEGO na notę umieszczoną na stronnicy 122.	164
Dary na rzecz Towarzystwa.	168





BG 90517/1859/1

PROGRAM PRZEDMIOTÓW PODANYCH DO KONKURSU PRZEZ
TOWARZYSTWO PARYZKIE LEKARZY POLSKICH

NA POSIEDZENIU W PARYŻU, 17 LIPCA 1858.

Towarzystwo ma zaszczyt przypomnieć że podało następujące kwestye do Konkursu :

1* « Zrobić historję różnych wypadków patologicznych należących do *odmrożeń*, z wyszczególnieniem charakterów anatomicznych i symptomatów właściwych każdemu gatunkowi, oraz porównanie różnych metod leczenia, tak pod względem lekarskim jak i chirurgicznym. »

Memoryały przeznaczone do Konkursu mają być napisane czytelnie w języku polskim, i nadesłane pod adresem Sekretarza głównego Towarzystwa Paryzkiego Lekarzy Polskich, przed pierwszym Kwietnia 1860 roku. Autorowie, którzy się najwięcej odznaczą, będą mianowani członkami honorowemi Towarzystwa. Oprócz tego, autor memoryału uznanego ze wszystkich za najlepszy, odbierze w nagrodę medal złoty.

2* « Zrobić opis rozmaitych źródeł wód mineralnych w prowincjach dawniej Polski i w Cesarstwie Rossyjskiem znajdujących się. »

Konkurs na ten ostatni przedmiot jest otwarty aż do 1go Grudnia 1860 r. Oprócz medalu złotego który się przeznacza dla autora memoryału zupełnie odpowiadającego żądanom Towarzystwa, Towarzystwo. przeznacza jeszcze dwa medale srebrne dla autorów którzy się najwięcej zbliżą do pożądanego celu.

Adres Sekretarza głównego Towarzystwa jest następujący :

M. le Docteur RACIBORSKI, Paris, rue de Varennes, 20.