

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —	Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TREŚĆ: Chroniczne zapalenie śledziony pochodzenia traumatycznego; zakrzep żyły wrotnej; śmierć z krwotoku kiszkiowego, Prof. Brodowski.—O guzie białym stawów. Prof. Girsztowt. Część statystyczna.—Wiadomości bieżące.

Chroniczne zapalenie śledziony pochodzenia traumatycznego. Zakrzep żyły wrotnej (thrombosis venae portae). Śmierć z krwotoku kiszkiowego.

Skreślił Prof. Brodowski.

16 października 1863 r., do oddziału mego w wojskowym szpitalu Ujazdowskim przybył żołnierz z Tauryckiego pułku piechoty nazwiskiem B. N. budowy ciała mocnej, lecz dosyć osłabiony, chudy, cery bladój. Skarżył się głównie na klucie w lewym boku, które go od kilku dni trapiło, a którego przyczyny wskazać nie umiał. Przy ściślejszym wybadywaniu chorego okazało się nadto, że tenże często cierpi na bóle brzucha, których przyczynę przypisuje przejechaniu. Przypadkowi temu uległ chory przed 15 laty, a to w taki sposób, że koło dosyć ciężkiego wozu miało przejść mu po brzuchu. Od daty nadmienionego wypadku N. dosyć często podpadał biegunkom, które się przeplatały niekiedy kilkodniowym zatrzymaniem stolców; słabszym zaczął się czuć dopiero w ostatnim roku.

Badanie fizykalne wykryło co następuje:

Odgłos tępy przy opukiwaniu pod lewą łopatką i od 6 żeber na linii pachowej lewej, drżenie klatki piersiowej w tych miejscach bardzo niewyraźne, szmer pęcherzykowy mocno osłabiony. Śledziona wystaje z pod żeber na trzy poprzeczne palce, znacznie stwardniała, dosyć bolesna przy naciśnięciu. Brzuch wzdęty, przy naciskaniu także bolesny, a szczególnie w dołku sercowym. Gorączka niewielka, tętno nieco przyspieszone, dosyć słabe. Język nieco obłożony, stolce leniwe.

Na mocy powyższych danych rozpoznanie nasze sformułowaliśmy w sposób następujący: Ostre zapalenie opłucnej wysiękowe (pleuritis exsudativa acuta) obok chronicznego zapalenia katarowego przewodu kiskowego i rozrostu śledziony (hyperplasia lienis s. tumor lienis chronicus).

Wyznajemy otwarcie, żeśmy nie przywiązywali wielkiej wagi do owego przejechania, które miało miejsce przed 15 laty, wiedząc z doświadczenia, że żołnierze radzi przypisywać najrozmaitsze swe cierpienia chociażby nawet błahym przyczynom traumatycznym, przede wszystkim zaś w takich razach, kiedy im chodzi o zatajenie przed lekarzem nałogu nadużywania napojów spirytusowych; a właśnie posądzaaliśmy naszego pacyenta o pomieniony nałóg. Nie bardzo więc wierząc jego zaprzeczeniom w tym względzie, mocnośmy podejrzewali, że przyczyną chronicznego zapalenia katarowego kiszki u naszego chorego było nadużywanie napojów spirytusowych. Co się zaś tyczy śledziony, to stan jej chorobny prędzej aniżeli innych narządzi mógłby zależeć w tym wypadku od owego traumatyzmu, a to tém bardziej, że chory stanowczo zaprzeczał, aby kiedy przebywał uporczywsze febry; mając jednak na względzie, że sprawy malaryjne nie tylko przez chorych im podpadających i to daleko światlejszych od naszego pacyenta, lecz nawet przez lekarzy mogą być zapoznawane, woleliśmy aż do pewniejszych danych wstrzymać się z wynurzeniem naszego zdania w tym względzie. O przeistoczeniu mączkowatém (degeneratio amyloidea) śledziony, ma się samo przez się rozumieć, że i mowy tu być nie mogło, a to dla najzupełniejszego braku każdego z tych stanów patologicznych, którym przeistoczenie to towarzyszyć zwykło.

Po przystawieniu 10 baniek nacinanych na lewy bok, kataplazmowaniu tegoż przez parę dni i przy używaniu zwyczajnej emulsyi do wewnątrz, ból z lewego boku ustąpił; lecz chory coraz więcej zaczął narzekać na swe cierpienia brzuszne. Stolce po większej części zaparte. Enemy nie skutkują.

30 października po zadaniu uncy olejku rycynowego, kilka obfitych, płynnych wypróżnień stolcowych żółtawo zabarwionych; poczem nazajutrz zastałem chorego w stanie rozpaczliwym: bladeść prawie trupia, wargi i kończyny sine, zimne, osłabienie w wysokim stopniu, tętno nadzwyczaj słabe, niespokojność wielka (anxietas), skarży się na mocny ból w dolku sercowym. Dowiaduję się przytém, że w nocy miał kilka razy obfite wymioty krwawe i kilka wypróż

dołem także krwawych i także dosyć obfitych. Tegoż samego dnia chory coraz bardziej słabnąc, umarł o godzinie 4 po południu.

Po tém wszystkiém co zaszło, zdawało się prawie nie ulegać wątpliwości, że przyczyną tego gwałtownego i obfitego krwotoku będzie tak zwany wrzód dziurawiący żołądka (ulc. ventriculi perforans); a jednak otwarcie zwłok pokazało, żeśmy się najzupełniej pomylili.

Przy wzmiankowaném otwarciu, które miało miejsce w 42 godzin po śmierci, znaleźliśmy co następuje:

W lewej opłucnej blisko funt mętnawego płynu surowiczego; płąt dolny odpowiedniego płuca od dołu nieco uciśnięty, przy naciskaniu słabo trzeszczy, w dolnej swój połowie okryty cienką warstwą świeżego wysięku włóknikowego. W sercu nic godnego uwagi.

W jamie otrzewnej także blisko funt płynu surowiczego, nieco krwią zabarwionego. Naczynia téj błony, a szczególnie wewnętrznej jej listka mocno krwią nastrzyknięte. W żołądku niewielka ilość cieczy do fusów kawy podobnej. Błona jego śluzowa w części odźwierniczej dość znaczną ilością śluzu mętnawego krwią zabarwionego pokryta, z lekka zgrubiała, pulchna, mocno zaczerwieniona skutkiem znacznego nastrzyknięcia jej naczyń. Kiszki cienkie rozdęte, zawierały znaczną ilość ciemno czerwonej krwi, słabo skręplonej, galaretowatej. Ściany ich co najmniej we czwórmasób grubsze, oraz znacznie twardsze od prawidłowych. Największemu zgrubieniu uległa błona śluzowa, która nadto była mocno zaczerwieniona i pokryta grubą warstwą gęstego mętnawo-czerwonego śluzu. Nadmienione zmiany najmocniej były wyrażone w górnej części kiszek cienkich, w pobliżu dwunastnicy. Tu na przestrzeni kilkunastu centymetrów brunatno-czerwona błona śluzowa była już bardzo bliską zmartwienia (sphacelus); zmarszczki jej tak dalece uległy zgrubieniu, że się wzajemnie mocno uciskały. Co się zaś tyczy kiszek grubych, te też były nieco rozdęte, ściany ich także zgrubiałe, błona jednak śluzowa daleko mniej zaczerwieniona, natomiast mocno opuchnięta (oedematosa). Gruczołki samotne tak kiszek cienkich jak i grubych, niemniej kępki Pejera znacznie zwiększone.

Śledziona do przepony mocno przyrosła, blisko w czwórmasób zwiększona, twarda. Na powierzchni jej zewnętrznej kilka wklęsłości, z których jedno głębokie wpoprzek przez całą śledzionę przebiegające, inne płytsze gwiazdowate; powłoka znacznie zgrubiała, a szczególnie odpowiednio nadmienionym wklęsłościom. Jeszcze większemu

zgrubieniu uległa tkanka łączna we wnętrzu śledziony, a szczególnie towarzysząca większym gałęziom naczyń śledzionowych, skutkiem czego utworzyło się obszerne, nieregularne, gwiazdowato-gałęziste bliznowate ognisko, twarde jak chrząstka, którego pewne odnogi przebiegając przez całą grubość śledziony, docierały aż do wyżej nadmienionych wklęsłości, znajdujących się na powierzchni zewnętrznej tego narzędzia. Gałęzie zaś żyły śledzionowej rozkrzewiające się w pośród powyższego ogniska były mocno rozszerzone, niektóre do grubości palca małego; nadto wydłużone, miejscami zygawkowato powyginane, ściany ich zgrubiały. Wszystkie one były mocno wypełnione skrzepami krwi; bardziej rozszerzone wyblakłymi, biało-żółtawymi, kruchymi; mniej zaś rozszerzone czerwono-żółtawymi, a nawet i czerwonymi, twardszymi od poprzedzających. Miąższ śledziony ciemno-wiśniowy, dość zbity; ciałka Malpighiego znacznie zwiększone. Dokoła zatkanych naczyń, zaczynające płowieć jasno czerwone, rozlane zawały krwawe (infarctus haemorrhagici). Rozszerzone i także zatkane były: żyła śledzionowa, obie żyły kręzkowe z ich gałęziami, pień żyły wrotnej i gałęzie jej wątrobowe aż do drobnych rozgałęzień. Z wyjątkiem naczyń wątrobowych, których skrzepy były dość blade, jasno-czerwone, zapewne skutkiem opadnięcia przed skrzepnieniem w zastałej krwi krążków do naczyń niżej położonych, reszta żył nadmienionych była mocno wypełniona ciemno-czerwonymi skrzepami, dosyć twardymi i dosyć mocno ze ścianami naczyń zespolonymi. Wątroba nieco zmniejszona, powierzchnia rozkroju jej blada. W pęcherzyku żółciowym niewielka ilość ciemno brunatnej dosyć gęstej żółci. Tętnica wątrobowa znacznie rozszerzona, ściany jej nieco cieńsze od prawidłowych. Nierki w stanie lekkiego zapalenia parenchymatycznego od niedawna trwającego. W moczu niewielka ilość białka.

Otwarcie zatem zwłok wykryło, że przyczyną krwotoku z przewodu pokarmowego, a więc i śmierci naszego pacjenta była bardzo obszerna sprawa zakrzepowa (thrombosis) w układzie żyły wrotnej. Najdalej posunięte przemiany wsteczne, jak to już z pierwszego rzutu oka łatwo się dostrzegało, znajdowały się w skrzepach niektórych gałęzi żyły śledzionowej; były to więc skrzepy najstarsze; późniejsze nieco od tych były skrzepy dosyć mocno jeszcze zabarwione, zatykające inne gałązki tej samej żyły; najpóźniejsze zaś w reszcie naczyń zatkanych. Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że punktem wyjścia zakrzepu w obecnym wypadku były gałęzie żyły śledzionowej. Ztamtąd sprawa ta chorobną rozszerzyła się na żyłę śledzionową,

a w dalszym ciągu i na inne gałęzie żyły wrotnej. Co się tyczy pierwotnego powstania zakrzepu, to to bardzo łatwo tłumaczy się zmianami jakie zaszły w obecnym wypadku w śledzionie. Narzędzie to, jakieśmy widzieli uległo w znacznej części zwyrodnieniu włóknistemu (degeneratio fibrosa) skutkiem bardzo przewlekłego zapalenia, spowodowanego najprawdopodobniej owym traumatyzmem, który miał miejsce przed kilkunastu laty. Nadmienione zwyrodnienie, jako ciągnące za sobą nie tylko ucisk lecz i zupełny zanik znacznej ilości naczyń, przede wszystkim włosowatych, śledziony, musiało nieodzwrotnie stać się przyczyną utrudnienia krążenia krwi w odpowiedniej włóknistemu zwyrodnieniu części tego narzędzia. Ztąd podniesienie ciśnienia na ściany naczyń tej części, rozszerzenie niektórych gałęzi żyły śledzionowej, zwolnienie w nich biegu krwi, które w wielu naczyniach doszło w końcu do zupełnego zastoju; najlepszym tego dowodem obecność owych zawałów krwawych, o których wyżej była wzmianka. Że zaś nie tylko zastój, lecz nawet znaczne zwolnienie biegu krwi, samo przez się starczy do spowodowania zakrzepu, to obecnie nie potrzebuje już dowodzenia. Również znanym jest powszechnie, jakkolwiek dostatecznie nie wytłumaczony jeszcze i ten fakt, że zakrzep, powstawszy pierwotnie w drobnych gałęziach żylnych, przechodzi częstokroć stopniowo na coraz większe i tym sposobem dociera nieraz aż do znaczniejszych pni tych naczyń (*). Powiedzieliśmy, że fakta podobne dostatecznie wytłumaczyć się nie dadzą; że obecność poprzednio skrzepłej krwi w naczyniach ułatwia dalsze jej krzepnięcie, to nie ulega wątpliwości; lecz, że sama przez się nie wystarcza w każdym przypadku do spowodowania szerzenia się zakrzepu, to także pewna; w przeciwnym bowiem razie każdy zakrzep docierałby aż do serca. Jakkolwiek zatem nieznanne są nam jeszcze warunki takiego szerzenia się wzmiankowanej sprawy chorobnej, nie możemy wszakże zaprzeczać samego faktu. I w naszym wypadku nie możemy inaczej pojmować zakrzepu żyły śledzionowej i pnia żyły wrotnej; co się zaś tyczy innych gałęzi tej żyły, to zakrzep w takowych bardzo łatwo się tłumaczy zastojem krwi, spowodowanym przez uprzednie zatkanie pnia wzmiankowanego.

Ścisły związek pomiędzy zmianami znalezionymi na błonie śluzowej przewodu pokarmowego a zakrzepem żyły wrotnej, tak jest wi-

(*) W ten sposób powstaje np. niekiedy podczas połogu tak zw. phlegmasia alba dolens, t. j. puchlina kończyny dolnej spowodowana zakrzepem żyły udowej, biorącym początek w drobnych gałązkach żył macicznych.

doczny, tak się łatwo pojmuje, że nie potrzebuje dłuższego zastanowienia się nad nim. Przeciwnie zaś, w bardzo trudnym znaleźlibyśmy się położeniu, gdyby nas kto zagadnął o to: czy zachodził jaki stosunek przyczynowy w obecnym wypadku pomiędzy zakrzepem i ostrym zapaleniem opłucnej? Zestawiając i porównywając objawy chorobne ze zmianami anatomicznymi, dochodzimy do tego wniosku, że zapalenie opłucnej było poprzedzone zakrzepem, ale tylko gałązek żyły śledzionowej, przeciwnie zaś samo poprzedziło zakrzep pnia żyły wrotnej. Kiedy więc mógł być jaki przyczynowy związek, to tylko między zapaleniem opłucnej a zakrzepem tej ostatniej części przyrządu naczyniowego. Właśnie być bardzo może, iż nadmienione zapalenie, a szczególnie towarzyszący mu ogólny stan gorączkowy, dostarczył warunków sprzyjających owemu wyżej wzmiankowanemu szerzeniu się zakrzepu istniejącego już poprzednio w drobnych gałązkach żyły śledzionowej. Na czemby zaś te warunki zależeć mogły? tego wcale nie wiemy.

W ostatku brak znaczniejszej wodnej puchliny jamy otrzewnej, tłumaczy się szybkością szerzenia się zakrzepu, oraz znaczną utratą krwi tak górną jak i dołem.

O guzie białym stawów (tumor albus).

Prelekcya Prof. Girsztowta.

Panowie!

Z porównawczego zestawienia chorób, które mieliśmy sposobność obserwować tak na salach chirurgicznych, jak i w ambulatoryum szpitalnym (*Szp. Ewangielicki*), przekonywamy się, że stosunkowo do ogólnej ilości chorych, liczba chorób kości, mianowicie stawów, jest przeważającą. Rzeczywiście, jeżeli zważymy, że z 36 łóżek przeznaczonych dla chorych z chorobami chirurgicznymi, połowa prawie zajęta jest przez cierpiących na chroniczne zapalenie kości w różnych jego okresach, to zaprzeczyć nie możemy, że albo sposób życia i warunki higieniczne biednej klasy mieszkańców naszego miasta są przyczynami uspasabiającymi do cierpień tego rodzaju, albo też, że zupełne zaniedbanie choroby, lub niestósowne leczenie w samym jej zarodzie jest tego powodem. Wiadomo bowiem, że nietylko pomiędzy ludem, ale i pomiędzy wielu lekarzami panuje stare, ale nieuzasadnione pojęcie, podług którego źródłem każdego prawie cierpienia kości mają być zołzy (*scrophulosis*), a choroby stawów wyrazem ogólnego cierpienia, i że stosownie do tego poglądu lekarze zalecając chorym ogólne lecze-

nie, w zupełności zaniehbują środki miejscowe, nie-lekarze zaś w nadziei, że czas i sama natura (jak się wyrażają) uleczą chorych, zostają spokojnymi widzami coraz groźniejszego rozwoju choroby. Nie potrzebujemy dodawać, ile podobne postępowanie szkodliwém jest dla chorych; bałanie bowiem każdego pojedynczego wypadku dostatecznie wykazało prawdę tego twierdzenia, częstokroć bowiem nie tylko kończy na ale i samo życie bywa straconém; w ciągu pięciu miesięcy w naszym np. szpitalu, trzy razy zmuszeni byliśmy zrobić odjęcie kości udowej w skutku zniszczenia na wielkiej przestrzeni końców stawowych kości kolana (*gonarthrocace*), uniemożliwiającego wypiłowanie ich (*resectio genu*). Chociaż wszystkie trzy wypadki, zbiegiem pomyślnych okoliczności skończyły się wyzdrowieniem chorych, jednakowoż utrata uda dotkliwie im się czuć daje; w dwóch zaś wypadkach wypiłowania główki kości udowej w tymże samym czasie, straciliśmy jednego chorego w następstwie długiego ropienia i gorączki trawiącej, a za doskonałą używalność członka drugiego chorego (*resectio colli femoris*) dzisiaj jeszcze ręczyć nie możemy. W braku dokładnej statystyki krajowej, przytoczymy wykazy śmiertelności od chorób stawów w Anglii, gdzie od r. 1850 do 1859 w skutku cierpienia końców stawowych kości umarło 33,958 osób; a zatem na 5,700 żyjących, umiera w Anglii jeden z powodu chorób stawów, w samym zaś Londynie jeden na 4,500 osób. Nie możemy też pominąć milczeniem, że w tymże czasie wykonaliśmy wypiłowania kości innych stawów, jako to kolana, szyjki kości ramieniowej, łokcia, stawu nogi (operacya Pirogowa), z powodu spróchnienia kości; obok tego, mając pod ręką wszystkie stopnie i odcienia zapaleń stawów, zaczynając od *synovitis traumatica*, a kończąc na *arthroxerosis* ze wszelkimi ich następstwami (*ankylosis e. luxatio consecutiva*), mieliśmy sposobność przekonać się o użyteczności praktycznej różnych sposobów leczenia, które, wsparci własném doświadczeniem jesteśmy w stanie uświęcić lub odrzucić. Każdy z tych pojedynczych wypadków, stanowić mogący chociaż mały przyczynek do postępu krajowej chirurgii, rozbierzemy potém po szczególe; tymczasem zużytkowując je, celem uniknienia ciągłego powtarzania się, skróślimy ogólny obraz przewlekłego zapalenia stawów (*arthrophlogosis chronica*),—choroby powszechnie znanéj pod nazwą: białego guza stawów; wierni obecnemu kierunkowi naszej nauki, badając anatomiczne zmiany tkanek do składu stawów wchodzących, na nich opierać będziemy tak kliniczne objawy cierpienia, jak również z nich czerpać musimy podstawy chirurgicznego postępowania.

Pod słowem „guz biały stawów (tumor albus)“ w najobszerniejszym jego znaczeniu, rozumiemy przewlekłe zapalenie wszystkich tkanek do składu stawu wchodzących (arthrophlogosis chronica totalis), bez względu na to, czy one leżą wewnątrz stawu, lub po za obrębem jego, czy punktem wyjścia choroby jest błona maziowa (m. synovialis), chrząstki stawowe (cart. articulares), końce stawowe kości, lub też nawet tkanka łączna, ścięgna, mięśnie lub więzy po za obrębem torebki stawowej (capsula fibrosa) leżące, jeżeli zapalenie to w przebiegu swoim doprowadza torebkę maziową do przeistoczenia na tkankę brodawkującą (tela granulationis), obok utworzenia ropy w stawie, jeżeli spowoduje zniszczenie chrząstek, wywołuje próchnienie kości obok przeistoczenia więzów, ścięgien, powięzi; jeżeli wreszcie z jednej strony niszczy torebkę stawową (perforatio ligamenti capsularis), z drugiej zaś skórę (perforatio cutis), a przez to staje się powodem do utworzenia ropni napływowych (abscessus per congestionem) w różnych okolicach naszego ciała, lub tworzy przetoki (fistulae) w skórze bezpośrednio ropę prowadzące na zewnątrz; jeżeli zapalenie to w pomysłnych razach ogranicza się na zniszczeniu czynności członków przez wywołanie wykrzywień (contractura et curvatura) i sztywności w stawach (ankylosis), przyczem chociaż kończyna pozostaje jako integralna część naszego ustroju, ale niezdolna do odbywania swoich funkcji, jest ciężarem dla chorego; w nieszczęśliwych zaś razach zapalenie to w skutku zniszczenia końców stawowych kości i więzów staje się powodem do następnych zwichnień (luxatio consecutiva), a podtrzymując długie ropienie ostatecznie wycieńcza siły chorego (inanitio) i śmiercią kończy smutny obraz przewlekłego cierpienia przy objawach gorączki trawiącej (febris hectica), ropnicy (pyaemia) lub posocznicy (septicaemia).

Z określenia tego widzimy, że nazwa „tumor albus“ jest wyrazem zbiorowym cierpienia stawu i obejmuje w sobie choroby różnych tkanek, a nawet i następstwa chorób. Takie pojmowanie rzeczy prowadziło do zamętu i niewiedzano co jest w tém cierpieniu pierwotnym, a co następstwem, co jest właściwem cierpieniem, a co jego objawem? to było powodem, że np. ropnie napływowe, występujące jako objaw choroby, brano za główną chorobę i jako taką starano się leczyć, co naturalnie do grubszych jeszcze prowadziło błędów. Pierwszy krok do postępu w nauce o białym guzie stawów, zrobiono przez określenie siedliska i oznaczenie punktu wyjścia choroby, obok prób badania zmian anatomicznych w tkankach, tworząc różne teorie o istocie choroby stosownie do panujących czasowo w patologii naukowych poglą-

dów. Skoro przez umiejscowienie choroby w pewnych tkankach, pojęcie jęj zostało ścieśnioném, powstały nowe słowa zamieniające tumor albus, nazwę, która nie oznaczała istoty choroby, ale tylko jeden i to małego znaczenia objaw. Nazwania te były: fungus articulorum (Callisen, Reimarus), meningophyma, arthrosyndesmitis, arthro-meningitis, arthrophyma, arthronia (Baumes.) arthropathia (Velpau, Piorry), arthropyosis (Cullen), morbus scrophulosus, lymphaticus, tuberculosus articulorum; kiedy jednak i tyle nowych słów nie uproszczało istoty rzeczy, angielski chirurg Ford (1794 r.) zatrzymując stare nazwanie „biały guz”, zaproponował rozróżnić go na miękki i twardy (tumor albus mollis et durus), pod pierwszym rozumiejąc zapalenie części miękkich do składu stawu wchodzących, pod drugim zaś cierpienie kości; dla określenia tego ostatniego stanu Rust (1817 r.) wprowadził do chirurgii nazwę *arthrocace*, pożyczwszy ją od Rhaześ'a, chcąc przez to wyrazić spróchnienie lub zgorzel kości stawowych; nazwę zaś *arthritis*, już u Galena napotykaną, użył dla oznaczenia zapalenia innych tkanek stawu prócz kości. Terminologia ta w Niemczech została przyjętą i zastosowaną do wszystkich stawów; tym sposobem powstały słowa: spondylitis i spondylarthrocace (dla oznaczenia cierpienia stosu pacierzowego), coxitis i coxarthrocace (staw biodrowy), gonitis i gonarthrocace (staw kolanowy), podarthritis i podarthrocace (stawy nogi), omitis i omarthrocace (staw barkowy), olenitis i olenarthrocace (staw łokciowy), chirarthritis i chirarthrocace (stawy ręki).

Wszystkie te jednak nazwy oznaczają tylko staw chory i okres cierpienia, a w części tylko jego siedlisko co do zajętej tkanki; prócz tego, tkanek tak zwanych miękkich do składu stawu wchodzących jest kilka, a zapalenie ich wszystkich nazwano jedném słowem: *arthritis*, co bynajmniej rzeczy nie upraszcza i nie rozjaśnia; jeżeli nadto zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że zapalenie tkanek w jamie stawowej znajdujących się, zdarza się często oddzielnie bez zajęcia tkanek po za obrębem torebki stawowej leżących i odwrotnie, to łatwo pojmujemy, że dla oznaczenia siedliska cierpienia samém mianem jego, konieczne były jeszcze pewne zmiany w terminologii choroby. Jakoż w ostatnich czasach francuzcy chirurgowie (Velpau) zaradzając temu, torebkę stawową przyjęli za zasadę do podziału i „biały guz“ rozdzielili na tumor albus intracapsularis v. intraarticularis i extracapsularis v. periarticularis; do pierwszego zaliczali i zapalenie capsulae articularis, albo tworzyli z niego osobny gatunek pod nazwą *arthritis capsularis*. Niemcy (Volkmann) uświęcili tę zasadę, wprowadzili tylko nowe nazwy, mianowicie tumor albus intracapsularis nazwali endoarthr.,

tumor zaś *extracapsularis* ochrzeli słowem *periarthritus* v. *panarthritus*, naśladowując w tym razie terminologią wprowadzoną przez Virchowa dla nazwania zapalenia żył i tętnic; ale obok tego, dla oznaczenia przewlekłego charakteru cierpienia i uwydatnienia wybitniejszych zmian anatomicznych do nazw *endoarthritis*, *periarthritus*, dodali *fungosa* (Billroth). Podział ten pod względem klinicznym ma wielkie praktyczne znaczenie; ale na tém się nie ograniczyli; badając zmiany patologiczne w każdej tkance stawu, nazwali choroby ich odpowiednimi słowami; ztąd wzięły początek: *synovitis*, *arthrochondritis*, *syndesmitis*, *osteitis articularis*; a nadto rozróżnili co jest w téj chorobie pierwotnem, a co następstwem, to ostatnie wyłączyli z określenia zapalenia stawu i opisywać zaczęli już to jako objawy choroby (n. p. ropnie napływowe), już to jako następstwa cierpienia (*contractura*, *curvatura*, *ankylosis*, *luxatio pathologica*). Tym sposobem zbiorowe pierwotne słowo „*tumor albus*,” a późniejsze „*arthrophlogosis chronica totalis*” rozpadło się na 1) *endoarthritis fungosa* i 2) *periarthritus fungosa*; pierwsze cierpienie co do punktu wyjścia choroby lub dalszego jej szerzenia się stanowią: a) *synovitis* v. *arthromeningitis*; b) *arthrochondritis*, c) *arthrosyndesmitis*, d) *arthrostitis*, i jako najczęstsze zawiązania ich włączyli tutaj *arthropysis* v. *pyarthrosis* i *abscessus per congestionem*; drugie zaś, to jest *periarthritus fungosa* składają: a) *tenositis*, b) *myositis*, c) *syndesmitis*, d) *bursitis*, e) *pinelitis chronica*, a jako zawiązania: *infiltratio purulenta* v. *abscessus periarticulares*, *infiltratio plastica*. Następstwami zaś przewlekłego zapalenia stawów są: a) *contracturae* i *curvaturae*, b) *arthrochondrion vagans*, c) *ankylosis*, d) *arthroxerosis*, e) *luxatio consecutiva*, f) *atrophia* i *degeneratio adiposa musculorum*. *Endoarthritis* i *periarthritus* częstokroć bywają współcześnie.

Podział ten w zupełności wyczerpuje przedmiot i odpowiada wymaganiom klinicznym, a obejmując w sobie zmiany anatomiczne, jest podstawą do stworzenia racjonalnej symptomatologii i odpowiedniego leczenia.

Tego porządku przy wykładzie naszym trzymać się będziemy. Zróbmy jednak przedtem choć najbardziej pobieżny rzut oka na historią téj choroby.

Słowo „biały guz” *white swelling*, pierwszy raz wprowadził do nauki w r. 1675 Richard Wiseman, leib-chirurg Karola II, nestor angielskiej chirurgii, określając tem słowem zapalenie tkanek stawów po za obrębem torebki stawowej leżących (*Panarthritus*), i stawy okrą-

zających (1). Nienależy jednakże sądzić, żeby dzieje téj choroby zaczęły się tylko na schyłku XVII wieku; przeciwnie znajdujemy ją opisaną u pisarzy starożytnych, chociaż wiadomości ich, tak co do istoty choroby, jak i leczenia były nader niedokładne, ograniczające się kilku ogólnymi zarysami, dotyczącymi symptomatologii i leczenia cierpienia o którym mowa. Hippocrates (de articulis, 41, 47, 53, 57; i Aphorism: III. 22, 26; VI. 45, 46, 59, 60, 61; VII. 64, 65.) więcej mówi o następstwach téj choroby, jako o ropniach napływowych, o wydłużaniu się i skracaniu członków, o zwiechnieniach w skutku próchnienia kości, wykrzywieniach kręgosłupa (*deviationes columnae vertebralis*), zaniku mięśni, i objawy ich kliniczne malując żywemi barwami, zupełnie zamilcza o naturze choroby, którą nazywa *phyma*, *kynanche*, *angina*, leczenie zaś zasadza na użyciu żegadła (*ferrum candens*) i nacisku (*compressio*). Celsus (*De re medica*: IV. 22. VII. 2) i Galenus, który chorobę w mowie będącą nazywa „*Struma*“ wyznają naukę Hippokratesa, rozróżniają próchnienie od zgorzeli kości (*caries* i *necrosis*) i mówią o trepanacyi i wypiłowaniu kości przy ich próchnieniu. Późniejsi pisarze greccy i rzymscy (Oribasius, Archigenes, Aetius, Paulus Aegineta) niewolniczo powtarzają zdania swoich poprzedników. Lekarze arabscy (Rhazes, Abulcasis, Avicenna), którzy pierwsi zaczęli mówić o odejmowaniu członków (*amputatio*) i wyłuszczeniu ich ze stawów (*exarticulatio*) w skutku chorób kości, wprowadzili do patologii kości trzy nowe słowa: *spina ventosa*, *nodus*, *paedarthrocace*, słowa, które rzeczy saméj bynajmniej nie rozjaśniły. Pisarze średniowieczni (Włosi i Francuzi) nie wyjmując najznakomitszych pomiędzy niemi (Lanfranc, Guy de Chauliac) aż do Ambrożego Paré zajmują się tylko kompilacyami; zamilczmy o nich. Twórca ten francuzkiej chirurgii, który badał anatomiczne zmiany w chorobach stawów, mówi już o „*fungositates*“ w jamie stawowej, zaleca nacisk przy leczeniu chorób stawów, oraz trepanacye i rezekeye końców stawowych kości. Marcus Aurelius Severinus mówiąc o ropieniu w stawach, wyprowadza źródło jego z części miękkich i twardych staw składających; jest to zatem pierwsza wzmianka „*de tumore albo molli et duro*“ pisarzy późniejszych. Wiek XVII wydał kilka rozpraw: *de spina ventosa* (Moebius, Olizsch, Portzius, Wedelius, Schelhammer) i podniósł głośny spór co do środków używanych w chorobach stawów; następstwem jego było odrzucenie *ferri can-*

(1) Richard Wiseman, *Several Chirurgical Treatises*, Lond. 1676; i *Eight chirurgical Treatises*, Lond. 1734.

dentis, (Jan van Hoorne (1651), Dionis, Verduin), którego sława sięgała jeszcze czasów Hipokratesa.

W połowie XVIII wieku otwiera się nowa era w nauce o chorobach kości i stawów. W roku 1743 znamienity John Hunter ogłosił badania swoje nad chorobami chrząstek stawowych: *Diseases of articulating cartilages*, pracą swoją nadając zupełnie nowy kierunek naukowym poszukiwaniom. Kiedy w ciągu tylu wieków wszyscy lekarze zajmowali się tylko symptomatologią tych chorób, opisywali tylko następcze zwichnienia, mówili o skracaniu się i wydłużaniu się członków, tworzyli czeze poglądy na przyczyny ich, głównie zwracając uwagę na leczenie, genialny ten badacz pierwszy zwrócił uwagę na siedlisko choroby i na anatomiczne zmiany. Znalazł on licznych naśladowców; tak w r. 1757 Reimarus wydał: *Dissertatio de tumore ligamentorum* (Leyden), Mauchart: *De capite obstipo* (1737), Maeckel: *De morbis ligamentorum* (1796), Doerner: *De gravioribus quibusdam cartilaginum mutationibus* (1798), Percival Pott: *Farther remarks on the useless States of the lower limbs, in consequence of a curvature of the spine* (1782).

Kiedy tym sposobem klinika anatomiczna chorób kości tworzyła się, strona ich czysto lecznicza otrzymywała podstawy stalsze: francuzcy uczeni Jean Louis Petit, Duverney, Sabatier i w ogóle członkowie Akademii chirurgicznej Paryzkiej wiele wprowadzili ulepszeń w leczeniu chorób stawów; od r. zaś 1760, kiedy Filkin, White, Park, Thomas, David, Vigaroux, wypiłowania końców stawowych kości (wspominane przez Galena i Pawła z Eginy) szczęśliwie zastosowali przy białym guzie stawów, reforma terapii tych chorób była stanowczą. Dalsze jednakże postępy tej ważnej części chirurgii zostawione były naszemu wiekowi; uczeni Anglii, Francyi i Niemiec do wydoskonalenia jej najwięcej się przyczynili. Skoro anatomia patologiczna wskazała udział i znaczenie każdej tkanki w chorobie o której mówimy, symptomatologia choroby rozjaśniona na drodze experimentów (Boyer, Dittel) dała się wytłumaczyć na drodze fizjologii patologicznej, a leczenie wzbogacone zostało wprowadzeniem nowych operacyj, jak myotenotomia, *extensio violenta*, użycie przyrządów unieruchamiających i wywołujących odpowiednie celowi ruchy (ortopedia, gimnastyka); w skutku tego nie tylko kończyny zachowane zostają, ale nadto prawidłowe ich położenie i normalne czynności im przywrócone bywają. Te właśnie postępy wysoko postawiły chirurgię naszych czasów.

(Dalszy ciąg nastąpi).

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Znaczenie wykazów statystycznych powszechnie dziś uznane i słusznie ocenione zostało. Zastósowanie ich do nauki lekarskiej wskazał pierwszy *Louis*, znakomity i wielce medycynie zasłużony lekarz francuski naszych czasów. A jakkolwiek każdemu wiadomo, że metoda numeryczna nie jest bezwzględnie i wyłącznie prawdziwą, że ona w ręku nieświadomych może stać się bronią obosieczną; toć przecież nikt zaprzeczyć nie może, że cyfry porównawcze dokładnie zebrane, rozumnie zestawione są jedyną zasadą do wyprowadzenia stanowczych i niewątpliwie prawdziwych wniosków. Na zestawieniu i porównaniu cyfr opiera się prawie wyłącznie jedna z najpożyteczniejszych gałęzi wiedzy ludzkiej, jaką jest ekonomia polityczna. Czém są cyfry dla medycyny, wie o tém każdy lekarz praktyczny, a mianowicie lekarz w szpitalu ordynujący. Z drugiej strony wiemy wszyscy, że najważniejszym niedostatkim w medycynie kraju naszego, każdemu lekarzowi tak naukowemu jak i praktycznemu najdotkliwiej czuć się dającym, jest brak *wykazów statystycznych* wszelkiego rodzaju. Każdy pojmuje, że higiena prywatna i publiczna, statystyka, geografia lek., patogenia i terapia, nie może rozwijać się w sposób pożądaný, dla braku dokładnych wykazów statystyczno-lekarskich kraju naszego. Czując ten niedostatek Redakcyja Gaz. lek. zamierzyła wedle sił swoich i możności pokonać nasuwające się pod tym względem przeszkody. Jakoż osiągnięty nareszcie zamiar uwieńczył usiłowania nasze, albowiem na mocy udzielonego nam łaskawie pozwolenia ze strony wyższej władzy, mianowicie: Rady Głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych w Królestwie i Jaśnie Wielmożnego Inspektora Głównego Służby Cywilno-lekarskiej, jesteśmy w możności korzystania z raportów i sprawozdań urzędowych, dla ogłaszania tychże w piśmie naszym na korzyść nauki i czytelników naszych. W każdym przeto numerze Gaz. lek. znajdzie czytelnik sprawozdanie o ruchu chorych we wszystkich szpitalach Warszawskich i czynnościach sądowno-i policyjno-lekarskich z ostatniego tygodnia, jakoteż o ruchu chorych w całym kraju, zaraz po przesłaniu raportów urzędowych przez lekarzy prowincjonalnych.

Doniesienia takie połączą także statystykę lekarską kraju naszego z krajami zagranicznymi, na czém nam dotąd najzupełniej zbywało.

Dr. L.

STAN CHORYCH W SZPITALACH WARSZAWSKICH

w dniu 2 Lipca 1866 r.

W szpitalu Dzieciątka Jezus.

Wyszczególnienie Oddziałów:	Mężcz.	Kobiet	Razem
Chorych wewnętrznych	81	131	212
„ chirurgicznych	59	103	162
„ oftalmicznych	24	31	55
„ obłąkanych	—	97	97
„ epileptycznych	—	23	23
„ dzieci	10	8	18
„ rekonwalescentów	—	—	—
„ położnic	—	6	6
„ kalek	—	14	14
	<hr/> 174	<hr/> 413	<hr/> 587

<i>W szpitalu Śgo Ducha.</i>	Mężcz.	Kobiet	Dzieci		Razem
			męzk.	żeńsk.	
Chorych wewnętrznych	20	11	1	1	33
„ zewnętrznych	2	9	—	—	11
<i>W Klinice:</i>					
Chorych terapeutycznych	11	13	—	—	24
„ chirurgicznych	18	7	—	2	27
	51	40	1	3	95

<i>W szpitalu Śgo Rocha.</i>	Mężcz.	Kobiet	Dzieci		Razem
			męzk.	żeńsk.	
Chorych wewnętrznych	27	16	—	—	43
„ zewnętrznych	20	9	—	—	29
	47	25	—	—	72

<i>W szpitalu Śgo Łazarza.</i>					
Chorych wenerycznych	63	229	7	7	306
„ świerzbowatych	3	3	—	9	15
„ z innymi chorobami skóry	3	10	1	1	15
„ parchowatych	—	1	2	2	5
„ rakowatych	—	6	—	—	6
	69	249	10	19	347

<i>W szpitalu Śgo Jana Bożego.</i>					
Chorych obłąkanych	103	—	1	—	104
„ epileptyków	36	—	1	—	37
	139	—	2	—	141

<i>Szpital Ewangelicki.</i>	29	23			52
-----------------------------	----	----	--	--	----

<i>Szpital Starozakonnych.</i>					
Chorych zewnętrznych	53	21	6	2	82
„ oftalmicznych	8	6	1	—	15
„ wenerycznych	16	22	5	5	48
„ wyrzutowych	18	10	4	3	35
„ rakowatych	1	11	—	—	12
„ wewnętrznych	53	61	4	6	124
„ obłąkanych	23	39	—	—	62
„ położnic	—	5	—	—	5
	172	175	20	16	383

Zebranie ogólne.

1)	W szpitalu Dzieciątka Jezus	587
2)	„ Śgo Ducha	95
3)	„ Śgo Rocha	72
4)	„ Śgo Łazarza	347
5)	„ Jana Bożego	141
6)	„ Ewangelickim	52
7)	„ Starozakonnych	383
8)	szpital Oftalmiczny nie czynny	—
	Ogółem chorych	1677

Wiadomości bieżące.

Na przedostatniem posiedzeniu oddziału „anatomii, fizyologii i nauk przyrodzonych Towarzystwa lekarskiego“, Pr. Fudakowski udzielił wiadomość o nowym pierwiastku chemicznym, wykrytym przez Oskara Liebreicha w mózgowiu i nazwanym przezeń: *protogonem*. Chemiczny wzór tego pierwiastku jest bardzo złożony. Z badań Liebreicha wynika, że ciała znane pod nazwą myeliny, cerebriny i t. p. niczém inném nie są jak tylko produktami rozkładu protogonu. Liebreichowi udało się otrzymać pierwiastek ten w kryształkach, w postaci igiełek gwiazdkowato ułożonych. Dr. Fudakowski zgromadzonym na posiedzeniu członkom kryształki te okazał. Są one na pierwszy rzut oka podobne do kryształków tyrozyny; różnią się wszakże tém od nich, że nadmienione igielki są daleko grubsze niż w kryształkach tyrozyny i z lekka pokrzywione. Najnowsze badania wykryły, że protogon należy do pierwiastków chemicznych, tak w państwie zwierzęcém jak i roślinném bardzo rozpowszechnionych; nie brak nawet wskazówek, że protogon gra ważną rolę w ogóle przy powstawaniu pierwiastków anatomicznych.

Na témże samém posiedzeniu Prof. Brodowski okazał trychiny znalezione przez siebie w mięśniach szczurów, gnieźdzących się w trupiarni szpitala Dzieciątka Jezus. Przycém nadmienił, że trychiny znajdowano już uprzednio w wielu miejscach w szczurach, jak np. w Dreźnie, Berlinie, Wiedniu, Peszcie i t. d.; że Rupprecht podczas znanéj epidemii trychinowéj w Hettstädt, daleko częściej postrzegał te pasożyty w szczurach pochodzących z domów, w których znajdowali się dotknięci chorobą trychinową niż w innych; że w ostatku każdy niemal dzień nowych dostarcza dowodów, iż szczury grają bardzo ważną rolę w przenoszeniu trychin z jednego organizmu na drugi, że zatem tępienie tych zwierząt jest jednym z najskuteczniejszych środków do wyniszczenia trychin.

Na ostatniem posiedzeniu tegoż samego oddziału Prof. Hoyer oświadczył, że ostatniemi czasy zajmował się sprawdzeniem podanéj przez Arnolda budowy komórek nerwowych. Podług Arnolda włókienko osiowe bierze początek w postaci guziczka z jąderka (*nucleolus*) komórki nerwowej; z obwodu zaś nadmienionego jąderka ma wybiegać dwie do pięciu nici, które się rozgałęziając i łącząc pomiędzy sobą tworzą tak wpośród jądra komórki jak jéj ciała (*protoplasma*) rodzaj siateczki; z téj ostatniéj ma brać początek włókienko tasiemeczkowate, które wije się wężykowato dokoła włókienka osiowego. Otóż Prof. Hoyer zgadza się z Arnoldem co do początku włókienka osiowego; co się zaś tyczy wzmiankowanéj siateczki i biorącego z niéj początek włókienka tasiemeczkowatego, mniema, że te należą do tworów sztucznych, gdyż postrzegał je tylko w komórkach nerwowych, traktowanych podczas pewnego dosyć ściśle określonego przeciągu czasu (4—6 godzin) słabym roztworem kwasu chromowego.

W poniedziałek, to jest d. 2 lipca oddział chirurgii, okulistyki i syfilografii odbył zwykłe miesięczne posiedzenie (20-te od czasu założenia). Przedmiotem rozpraw w dalszym ciągu z uprzedniego posiedzenia, była kwestya udzielania choroby syfilitycznéj nowonarodzonym dzieciom wznania Mojżeszowego w czasie obrzezania (*circumcisio*). Powód do dyskusyi dały dzieci zarażone tą chorobą w m. Piasecznie, a przedstawione oddziałowi przez Władzę do rozstrzygnięcia, przez kogo i w jaki mianowicie sposób dzieci te zostały zarażone? Choroba syfilityczna pokazała się u kilkoro dzieci; w 4 do 6 tygodni po urodzeniu na prąciu pod formą

wiewióra, a następnie pod formą przewlekłego zapalenia gruczołów limfatycznych w okolicy pachwinowej (adenitis inguinalis indolens), potem (w 4—6 miesięcy) pod formą wysypek skórnych (syphilides) i zajęcia błon śluzowych jamy ust i otworu stolcowego (pustula mucosa). Troje dzieci przedstawionych na posiedzeniu Towarzystwa miało te objawy chorobowe, dwoje zaś od kilku tygodni już umarło. Choroba syfilityczna u dzieci, bywa najczęściej jako spadek (haereditas) po zarażonych rodzicach w czasie poczęcia lub brzemienności; albo dostaje się w czasie porodu od matki, akuszerki lub mamek; lub też dzieci zarażone bywają potem przez szczepienie ospy, albo wreszcie (u żydów) dostają w czasie aktu obrzezania. Czynnikiem zarażającym przy obrzezaniu może być: 1) albo nieczyste narzędzie do wykonania tej operacji używane, albo też 2) sam rzezak, jeżeli ma tę chorobę na palcach, którymi się dotyka do ranionego miejsca u dzieci, lub też na ustach, dziąsłach, języku, które są w zetknięciu ze świeżą raną po obrzezaniu w czasie jej wysysania. Po zbadaniu towarzyszących okoliczności, oraz stanu zdrowia rodziców i rzezaka, okazało się, że ten ostatni był przyczyną zarażenia dzieci, miał bowiem ślady choroby syfilitycznej na dziąsłach, ustach i języku, i w czasie wysysania rany złożył na nią jad zaraźliwy już to przez krew sącząca się z dziąseł, już to przez ropę wydzielaną z powierzchni owrzodzenia. Przewodniczący w oddziale chirurgii prof. Girsztowt przytoczył kilka wypadków szczepienia choroby syfilitycznej i zwrócił uwagę na tożsamość rozwoju objawów tak co do czasu, jak i form choroby w danym wypadku, a uwzględniając smutną doniosłość faktu, wezwał kolegów do dalszej nad tym przedmiotem dyskusji; wyraził przytém nadzieję, że prace oddziału nie będą bez korzyści i dla nauki i dla postępu higieny publicznej w kraju.

Z pracowni anatomo-patologicznej. Prof. Brodowski zajmuje się obecnie poważnie sprawdzeniem zdania Thiersch'a o powstawaniu t. zw. rakowców s. kankroidów. Thiersch twierdzi, że nowotworowi temu zawsze dają początek komórki nabłonkowe, bądź t. zw. sieci Malpighi'ego, bądź też wchodzące w skład gruczołów łojowych, potowych i t. d.. Z przytoczonym zdaniem zgadzają się Rindfleisch, Ranvier et Cornil i inni. Dotychczasowe badania prof. Brodowskiego wypadają na korzyść zdania Virchowa, który utrzymuje, że kankroidy powstają z komórek tkanki łącznej.

Z dochodzeń na zwłokach poczynionych w ostatnim tygodniu przez Prof. Brodowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus najgodniejszemu uwagi było dokonane na kobiecie zmarłej skutkiem operacji przetoki pęcherzo-pochwowej. Powstała ztąd dosyć obszerna blizna zacisnęła prawie całkowicie ujście moczowodu lewego, wskutek czego tak moczowód jak miedniczka i kielichy odpowiedniej nerki uległy bardzo znacznemu rozszerzeniu oraz zapaleniu charakteru ropnego (pyelitis purulenta), które rozszerzyło się na samą nerkę (nephritis purulenta) i zniszczyło znaczną część tego narzędzia. Zapococzenie krwi (septicaemia) dokonało reszty.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.—Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolfa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 4'5.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —	Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TREŚĆ: Chroniczne zapalenie śledziony pochodzenia traumatycznego; zakrzep żyły wrotnej; śmierć z krwotoku kiszkiowego, Prof. Brodowski.—O guzie białym stawów. Prof. Girsztowt. Część statystyczna.—Wiadomości bieżące.

Chroniczne zapalenie śledziony pochodzenia traumatycznego. Zakrzep żyły wrotnej (thrombosis venae portae). Śmierć z krwotoku kiszkiowego.

Skreślił Prof. Brodowski.

16 października 1863 r., do oddziału mego w wojskowym szpitalu Ujazdowskim przybył żołnierz z Tauryckiego pułku piechoty nazwiskiem B. N. budowy ciała mocnej, lecz dosyć osłabiony, chudy, cery bladój. Skarżył się głównie na klucie w lewym boku, które go od kilku dni trapiło, a którego przyczyny wskazać nie umiał. Przy ściślejszym wybadywaniu chorego okazało się nadto, że tenże często cierpi na bóle brzucha, których przyczynę przypisuje przejechaniu. Przypadkowi temu uległ chory przed 15 laty, a to w taki sposób, że koło dosyć ciężkiego wozu miało przejść mu po brzuchu. Od daty nadmienionego wypadku N. dosyć często podpadał biegunkom, które się przeplatały niekiedy kilkodniowym zatrzymaniem stolców; słabszym zaczął się czuć dopiero w ostatnim roku.

Badanie fizykalne wykryło co następuje:

Odgłos tępy przy opukiwaniu pod lewą łopatką i od 6 żebra na linii pachowej lewej, drżenie klatki piersiowej w tych miejscach bardzo niewyraźne, szmer pęcherzykowy mocno osłabiony. Śledziona wystaje z pod żeber na trzy poprzeczne palce, znacznie stwardniała, dosyć bolesna przy naciśnięciu. Brzuch wzdęty, przy naciskaniu także bolesny, a szczególnie w dołku sercowym. Gorączka niewielka, tętno nieco przyspieszone, dosyć słabe. Język nieco obłożony, stolce leniwe.

Na mocy powyższych danych rozpoznanie nasze sformułowaliśmy w sposób następujący: Ostre zapalenie opłucnej wysiękowe (pleuritis exsudativa acuta) obok chronicznego zapalenia katarowego przewodu kiskowego i rozrostu śledziony (hyperplasia lienis s. tumor lienis chronicus).

Wyznajemy otwarcie, żeśmy nie przywiązywali wielkiej wagi do owego przejechania, które miało miejsce przed 15 laty, wiedząc z doświadczenia, że żołnierze radzi przypisywać najrozmaitsze swe cierpienia chociażby nawet błahym przyczynom traumatycznym, przede wszystkim zaś w takich razach, kiedy im chodzi o zatajenie przed lekarzem nałogu nadużywania napojów spirytusowych; a właśnie posądzaaliśmy naszego pacyenta o pomieniony nałóg. Nie bardzo więc wierząc jego zaprzeczeniom w tym względzie, mocnośmy podejrzewali, że przyczyną chronicznego zapalenia katarowego kiszki u naszego chorego było nadużywanie napojów spirytusowych. Co się zaś tyczy śledziony, to stan jej chorobny prędzej aniżeli innych narządzi mógłby zależeć w tym wypadku od owego traumatyzmu, a to tém bardziej, że chory stanowczo zaprzeczał, aby kiedy przebywał uporczywsze febry; mając jednak na względzie, że sprawy malaryjne nie tylko przez chorych im podpadających i to daleko światlejszych od naszego pacyenta, lecz nawet przez lekarzy mogą być zapoznawane, woleliśmy aż do pewniejszych danych wstrzymać się z wynurzeniem naszego zdania w tym względzie. O przeistoczeniu mączkowatém (degeneratio amyloidea) śledziony, ma się samo przez się rozumieć, że i mowy tu być nie mogło, a to dla najzupełniejszego braku każdego z tych stanów patologicznych, którym przeistoczenie to towarzyszyć zwykło.

Po przystawieniu 10 baniek nacinanych na lewy bok, kataplazmowaniu tegoż przez parę dni i przy używaniu zwyczajnej emulsyi do wewnątrz, ból z lewego boku ustąpił; lecz chory coraz więcej zaczął narzekać na swe cierpienia brzuszne. Stolce po większej części zaparte. Enemy nie skutkują.

30 października po zadaniu uncy olejku rycynowego, kilka obfitych, płynnych wypróżnień stolcowych żółtawo zabarwionych; poczem nazajutrz zastałem chorego w stanie rozpaczliwym: bladeść prawie trupia, wargi i kończyny sine, zimne, osłabienie w wysokim stopniu, tętno nadzwyczaj słabe, niespokojność wielka (anxietas), skarży się na mocny ból w dolku sercowym. Dowiaduję się przytém, że w nocy miał kilka razy obfite wymioty krwawe i kilka wypróż

dołem także krwawych i także dosyć obfitych. Tegoż samego dnia chory coraz bardziej słabnąc, umarł o godzinie 4 po południu.

Po tém wszystkiém co zaszło, zdawało się prawie nie ulegać wątpliwości, że przyczyną tego gwałtownego i obfitego krwotoku będzie tak zwany wrzód dziurawiący żołądka (ulc. ventriculi perforans); a jednak otwarcie zwłok pokazało, żeśmy się najzupełniej pomylili.

Przy wzmiankowaném otwarciu, które miało miejsce w 42 godzin po śmierci, znaleźliśmy co następuje:

W lewej opłucnej blisko funt mętnawego płynu surowiczego; płąt dolny odpowiedniego płuca od dołu nieco uciśnięty, przy naciskaniu słabo trzeszczy, w dolnej swój połowie okryty cienką warstwą świeżego wysięku włóknikowego. W sercu nic godnego uwagi.

W jamie otrzewnej także blisko funt płynu surowiczego, nieco krwią zabarwionego. Naczynia téj błony, a szczególnie wewnętrznej jej listka mocno krwią nastrzyknięte. W żołądku niewielka ilość cieczy do fusów kawy podobnej. Błona jego śluzowa w części odźwierniczej dość znaczną ilością śluzu mętnawego krwią zabarwionego pokryta, z lekka zgrubiała, pulchna, mocno zaczerwieniona skutkiem znacznego nastrzyknięcia jej naczyń. Kiszki cienkie rozdęte, zawierały znaczną ilość ciemno czerwonej krwi, słabo skrzepłej, galaretowatej. Ściany ich co najmniej we czwórnasób grubsze, oraz znacznie twardsze od prawidłowych. Największemu zgrubieniu uległa błona śluzowa, która nadto była mocno zaczerwieniona i pokryta grubą warstwą gęstego mętnawo-czerwonego śluzu. Nadmienione zmiany najmocniej były wyrażone w górnej części kiszek cienkich, w pobliżu dwunastnicy. Tu na przestrzeni kilkunastu centymetrów brunatno-czerwona błona śluzowa była już bardzo bliską zmartwienia (sphacelus); zmarszczki jej tak dalece uległy zgrubieniu, że się wzajemnie mocno uciskały. Co się zaś tyczy kiszek grubych, te też były nieco rozdęte, ściany ich także zgrubiałe, błona jednak śluzowa daleko mniej zaczerwieniona, natomiast mocno opuchnięta (oedematosa). Gruczołki samotne tak kiszek cienkich jak i grubych, niemniej kępki Pejera znacznie zwiększone.

Śledziona do przepony mocno przyrosła, blisko w czwórnasób zwiększona, twarda. Na powierzchni jej zewnętrznej kilka wklęsłości, z których jedno głębokie wpoprzek przez całą śledzionę przebiegające, inne płytsze gwiazdowate; powłoka znacznie zgrubiała, a szczególnie odpowiednio nadmienionym wklęsłościom. Jeszcze większemu

zgrubieniu uległa tkanka łączna we wnętrzu śledziony, a szczególnie towarzysząca większym gałęziom naczyń śledzionowych, skutkiem czego utworzyło się obszerne, nieregularne, gwiazdowato-gałęziste bliznowate ognisko, twarde jak chrząstka, którego pewne odnogi przebiegając przez całą grubość śledziony, docierały aż do wyżej nadmienionych wklęsłości, znajdujących się na powierzchni zewnętrznej tego narzędzia. Gałęzie zaś żyły śledzionowej rozkrzewiające się w pośród powyższego ogniska były mocno rozszerzone, niektóre do grubości palca małego; nadto wydłużone, miejscami zygawkowato powyginane, ściany ich zgrubiały. Wszystkie one były mocno wypełnione skrzepami krwi; bardziej rozszerzone wyblakłymi, biało-żółtawymi, kruchymi; mniej zaś rozszerzone czerwono-żółtawymi, a nawet i czerwonymi, twardszymi od poprzedzających. Miąższ śledziony ciemno-wiśniowy, dość zbity; ciałka Malpighiego znacznie zwiększone. Dokoła zatkanych naczyń, zaczynające płowić jasno czerwone, rozlane zawały krwawe (infarctus haemorrhagici). Rozszerzone i także zatkane były: żyła śledzionowa, obie żyły kręzkowe z ich gałęziami, pień żyły wrotnej i gałęzie jej wątrobowe aż do drobnych rozgałęzień. Z wyjątkiem naczyń wątrobowych, których skrzepy były dość blade, jasno-czerwone, zapewne skutkiem opadnięcia przed skrzepnieniem w zastałej krwi krążków do naczyń niżej położonych, reszta żył nadmienionych była mocno wypełniona ciemno-czerwonymi skrzepami, dosyć twardymi i dosyć mocno ze ścianami naczyń zespolonymi. Wątroba nieco zmniejszona, powierzchnia rozkroju jej blada. W pęcherzyku żółciowym niewielka ilość ciemno brunatnej dosyć gęstej żółci. Tętnica wątrobowa znacznie rozszerzona, ściany jej nieco cieńsze od prawidłowych. Nierki w stanie lekkiego zapalenia parenchymatycznego od niedawna trwającego. W moczu niewielka ilość białka.

Otwarcie zatem zwłok wykryło, że przyczyną krwotoku z przewodu pokarmowego, a więc i śmierci naszego pacjenta była bardzo obszerna sprawa zakrzepowa (thrombosis) w układzie żyły wrotnej. Najdalej posunięte przemiany wsteczne, jak to już z pierwszego rzutu oka łatwo się dostrzegało, znajdowały się w skrzepach niektórych gałęzi żyły śledzionowej; były to więc skrzepy najstarsze; późniejsze nieco od tych były skrzepy dosyć mocno jeszcze zabarwione, zatykające inne gałązki tej samej żyły; najpóźniejsze zaś w reszcie naczyń zatkanych. Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że punktem wyjścia zakrzepu w obecnym wypadku były gałęzie żyły śledzionowej. Ztamtąd sprawa ta chorobną rozszerzyła się na żyłę śledzionową,

a w dalszym ciągu i na inne gałęzie żyły wrotnej. Co się tyczy pierwotnego powstania zakrzepu, to to bardzo łatwo tłumaczy się zmianami jakie zaszły w obecnym wypadku w śledzionie. Narzędzie to, jakieśmy widzieli uległo w znacznej części zwyrodnieniu włóknistemu (degeneratio fibrosa) skutkiem bardzo przewlekłego zapalenia, spowodowanego najprawdopodobniej owym traumatyzmem, który miał miejsce przed kilkunastu laty. Nadmienione zwyrodnienie, jako ciągnące za sobą nietylko ucisk lecz i zupełny zanik znacznej ilości naczyń, przede wszystkim włosowatych, śledziony, musiało nieodzwrotnie stać się przyczyną utrudnienia krążenia krwi w odpowiedniej włóknistemu zwyrodnieniu części tego narzędzia. Ztąd podniesienie ciśnienia na ściany naczyń tej części, rozszerzenie niektórych gałęzi żyły śledzionowej, zwolnienie w nich biegu krwi, które w wielu naczyniach doszło w końcu do zupełnego zastoju; najlepszym tego dowodem obecność owych zawałów krwawych, o których wyżej była wzmianka. Że zaś nietylko zastój, lecz nawet znaczne zwolnienie biegu krwi, samo przez się starczy do spowodowania zakrzepu, to obecnie nie potrzebuje już dowodzenia. Również znanym jest powszechnie, jakkolwiek dostatecznie nie wytłumaczony jeszcze i ten fakt, że zakrzep, powstawszy pierwotnie w drobnych gałęziach żylnych, przechodzi częstokroć stopniowo na coraz większe i tym sposobem dociera nieraz aż do znaczniejszych pni tych naczyń (*). Powiedzieliśmy, że fakta podobne dostatecznie wytłumaczyć się nie dadzą; że obecność poprzednio skrzepłej krwi w naczyniach ułatwia dalsze jej krzepnięcie, to nie ulega wątpliwości; lecz, że sama przez się nie wystarcza w każdym przypadku do spowodowania szerzenia się zakrzepu, to także pewna; w przeciwnym bowiem razie każdy zakrzep docierałby aż do serca. Jakkolwiek zatem nieznanne są nam jeszcze warunki takiego szerzenia się wzmiankowanej sprawy chorobnej, nie możemy wszakże zaprzeczać samego faktu. I w naszym wypadku nie możemy inaczej pojmować zakrzepu żyły śledzionowej i pnia żyły wrotnej; co się zaś tyczy innych gałęzi tej żyły, to zakrzep w takowych bardzo łatwo się tłumaczy zastojem krwi, spowodowanym przez uprzednie zatkanie pnia wzmiankowanego.

Ścisły związek pomiędzy zmianami znalezionymi na błonie śluzowej przewodu pokarmowego a zakrzepem żyły wrotnej, tak jest wi-

(*) W ten sposób powstaje np. niekiedy podczas połogu tak zw. phlegmasia alba dolens, t. j. puchlina kończyny dolnej spowodowana zakrzepem żyły udowej, biorącym początek w drobnych gałązkach żył macicznych.

doczny, tak się łatwo pojmuje, że nie potrzebuje dłuższego zastanowienia się nad nim. Przeciwnie zaś, w bardzo trudnym znaleźlibyśmy się położeniu, gdyby nas kto zagadnął o to: czy zachodził jaki stosunek przyczynowy w obecnym wypadku pomiędzy zakrzepem i ostrym zapaleniem opłucnej? Zestawiając i porównywając objawy chorobne ze zmianami anatomicznymi, dochodzimy do tego wniosku, że zapalenie opłucnej było poprzedzone zakrzepem, ale tylko gałązek żyły śledzionowej, przeciwnie zaś samo poprzedziło zakrzep pnia żyły wrotnej. Kiedy więc mógł być jaki przyczynowy związek, to tylko między zapaleniem opłucnej a zakrzepem tej ostatniej części przyrządu naczyniowego. Właśnie być bardzo może, iż nadmienione zapalenie, a szczególnie towarzyszący mu ogólny stan gorączkowy, dostarczył warunków sprzyjających owemu wyżej wzmiankowanemu szerzeniu się zakrzepu istniejącego już poprzednio w drobnych gałązkach żyły śledzionowej. Na czemby zaś te warunki zależeć mogły? tego wcale nie wiemy.

W ostatku brak znaczniejszej wodnej puchliny jamy otrzewnej, tłumaczy się szybkością szerzenia się zakrzepu, oraz znaczną utratą krwi tak górną jak i dołem.

O guzie białym stawów (tumor albus).

Prelekcya Prof. Girsztowta.

Panowie!

Z porównawczego zestawienia chorób, które mieliśmy sposobność obserwować tak na salach chirurgicznych, jak i w ambulatoryum szpitalnym (*Szp. Ewangielicki*), przekonywamy się, że stosunkowo do ogólnej ilości chorych, liczba chorób kości, mianowicie stawów, jest przeważającą. Rzeczywiście, jeżeli zważymy, że z 36 łóżek przeznaczonych dla chorych z chorobami chirurgicznymi, połowa prawie zajęta jest przez cierpiących na chroniczne zapalenie kości w różnych jego okresach, to zaprzeczyć nie możemy, że albo sposób życia i warunki higieniczne biednej klasy mieszkańców naszego miasta są przyczynami uspasabiającymi do cierpień tego rodzaju, albo też, że zupełne zaniedbanie choroby, lub niestósowne leczenie w samym jej zarodzie jest tego powodem. Wiadomo bowiem, że nietylko pomiędzy ludem, ale i pomiędzy wielu lekarzami panuje stare, ale nieuzasadnione pojęcie, podług którego źródłem każdego prawie cierpienia kości mają być zołzy (*scrophulosis*), a choroby stawów wyrazem ogólnego cierpienia, i że stosownie do tego poglądu lekarze zalecając chorym ogólne lecze-

nie, w zupełności zaniedbują środki miejscowe, nie-lekarze zaś w nadziei, że czas i sama natura (jak się wyrażają) uleczą chorych, zostają spokojnymi widzami coraz groźniejszego rozwoju choroby. Nie potrzebujemy dodawać, ile podobne postępowanie szkodliwem jest dla chorych; bałanie bowiem każdego pojedynczego wypadku dostatecznie wykazało prawdę tego twierdzenia, częstokroć bowiem nie tylko kończyła ale i samo życie bywa straconem; w ciągu pięciu miesięcy w naszym np. szpitalu, trzy razy zmuszeni byliśmy zrobić odjęcie kości udowej w skutku zniszczenia na wielkiej przestrzeni końców stawowych kości kolana (*gonarthrocace*), uniemożliwiającego wypiłowanie ich (*resectio genu*). Chociaż wszystkie trzy wypadki, zbiegiem pomyślnych okoliczności skończyły się wyzdrowieniem chorych, jednakowoż utrata uda dotkliwie im się czuć daje; w dwóch zaś wypadkach wypiłowania główki kości udowej w tymże samym czasie, straciliśmy jednego chorego w następstwie długiego ropienia i gorączki trawiącej, a za doskonałą używalność członka drugiego chorego (*resectio colli femoris*) dzisiaj jeszcze ręczyć nie możemy. W braku dokładnej statystyki krajowej, przytoczymy wykazy śmiertelności od chorób stawów w Anglii, gdzie od r. 1850 do 1859 w skutku cierpienia końców stawowych kości umarło 33,958 osób; a zatem na 5,700 żyjących, umiera w Anglii jeden z powodu chorób stawów, w samym zaś Londynie jeden na 4,500 osób. Nie możemy też pominąć milczeniem, że w tymże czasie wykonaliśmy wypiłowania kości innych stawów, jako to kolana, szyjki kości ramieniowej, łokcia, stawu nogi (operacya Pirogowa), z powodu spróchnienia kości; obok tego, mając pod ręką wszystkie stopnie i odcienia zapaleń stawów, zaczynając od *synovitis traumatica*, a kończąc na *arthroxerosis* ze wszelkimi ich następstwami (*ankylosis e. luxatio consecutiva*), mieliśmy sposobność przekonać się o użyteczności praktycznej różnych sposobów leczenia, które, wsparci własnem doświadczeniem jesteśmy w stanie uświęcić lub odrzucić. Każdy z tych pojedynczych wypadków, stanowić mogący chociaż mały przyczynek do postępu krajowej chirurgii, rozbierzemy potem po szczególe; tymczasem zużytkowując je, celem uniknienia ciągłego powtarzania się, skróślimy ogólny obraz przewlekłego zapalenia stawów (*arthrophlogosis chronica*),—choroby powszechnie znanęj pod nazwą: białego guza stawów; wierni obecnemu kierunkowi naszej nauki, badając anatomiczne zmiany tkanek do składu stawów wchodzących, na nich opierać będziemy tak kliniczne objawy cierpienia, jak również z nich czerpać musimy podstawy chirurgicznego postępowania.

Pod słowem „guz biały stawów (tumor albus)“ w najobszerniejszym jego znaczeniu, rozumiemy przewlekłe zapalenie wszystkich tkanek do składu stawu wchodzących (arthrophlogosis chronica totalis), bez względu na to, czy one leżą wewnątrz stawu, lub po za obrębem jego, czy punktem wyjścia choroby jest błona maziowa (m. synovialis), chrząstki stawowe (cart. articulares), końce stawowe kości, lub też nawet tkanka łączna, ścięgna, mięśnie lub więzy po za obrębem torebki stawowej (capsula fibrosa) leżące, jeżeli zapalenie to w przebiegu swoim doprowadza torebkę maziową do przeistoczenia na tkankę brodawkującą (tela granulationis), obok utworzenia ropy w stawie, jeżeli spowoduje zniszczenie chrząstek, wywołuje próchnienie kości obok przeistoczenia więzów, ścięgien, powięzi; jeżeli wreszcie z jednej strony niszczy torebkę stawową (perforatio ligamenti capsularis), z drugiej zaś skórę (perforatio cutis), a przez to staje się powodem do utworzenia ropni napływowych (abscessus per congestionem) w różnych okolicach naszego ciała, lub tworzy przetoki (fistulae) w skórze bezpośrednio ropę prowadzące na zewnątrz; jeżeli zapalenie to w pomysłnych razach ogranicza się na zniszczeniu czynności członków przez wywołanie wykrzywień (contractura et curvatura) i sztywności w stawach (ankylosis), przyczem chociaż kończyna pozostaje jako integralna część naszego ustroju, ale niezdolna do odbywania swoich funkcji, jest ciężarem dla chorego; w nieszczęśliwych zaś razach zapalenie to w skutku zniszczenia końców stawowych kości i więzów staje się powodem do następnych zwichnień (luxatio consecutiva), a podtrzymując długie ropienie ostatecznie wycieńcza siły chorego (inanitio) i śmiercią kończy smutny obraz przewlekłego cierpienia przy objawach gorączki trawiącej (febris hectica), ropnicy (pyaemia) lub posocznicy (septicaemia).

Z określenia tego widzimy, że nazwa „tumor albus“ jest wyrazem zbiorowym cierpienia stawu i obejmuje w sobie choroby różnych tkanek, a nawet i następstwa chorób. Takie pojmowanie rzeczy prowadziło do zamętu i niewiedzano co jest w tém cierpieniu pierwotnym, a co następstwem, co jest właściwem cierpieniem, a co jego objawem? to było powodem, że np. ropnie napływowe, występujące jako objaw choroby, brano za główną chorobę i jako taką starano się leczyć, co naturalnie do grubszych jeszcze prowadziło błędów. Pierwszy krok do postępu w nauce o białym guzie stawów, zrobiono przez określenie siedliska i oznaczenie punktu wyjścia choroby, obok prób badania zmian anatomicznych w tkankach, tworząc różne teorie o istocie choroby stosownie do panujących czasowo w patologii naukowych poglą-

dów. Skoro przez umiejscowienie choroby w pewnych tkankach, pojęcie jęj zostało ścieśnioném, powstały nowe słowa zamieniające tumor albus, nazwę, która nie oznaczała istoty choroby, ale tylko jeden i to małego znaczenia objaw. Nazwania te były: fungus articulorum (Callisen, Reimarus), meningophyma, arthrosyndesmitis, arthromeningitis, arthrophyma, arthronia (Baumes.) arthropathia (Velpau, Piorry), arthropyosis (Cullen), morbus scrophulosus, lymphaticus, tuberculosus articulorum; kiedy jednak i tyle nowych słów nie uproszczało istoty rzeczy, angielski chirurg Ford (1794 r.) zatrzymując stare nazwanie „biały guz”, zaproponował rozróżnić go na miękki i twardy (tumor albus mollis et durus), pod pierwszym rozumiejąc zapalenie części miękkich do składu stawu wchodzących, pod drugim zaś cierpienie kości; dla określenia tego ostatniego stanu Rust (1817 r.) wprowadził do chirurgii nazwę *arthrocace*, pożyczwszy ją od Rhaześ'a, chcąc przez to wyrazić spróchnienie lub zgorzel kości stawowych; nazwę zaś *arthritis*, już u Galena napotykaną, użył dla oznaczenia zapalenia innych tkanek stawu prócz kości. Terminologia ta w Niemczech została przyjętą i zastosowaną do wszystkich stawów; tym sposobem powstały słowa: spondylitis i spondylarthrocace (dla oznaczenia cierpienia stosu pacierzowego), coxitis i coxarthrocace (staw biodrowy), gonitis i gonarthrocace (staw kolanowy), podarthritis i podarthrocace (stawy nogi), omitis i omarthrocace (staw barkowy), olenitis i olenarthrocace (staw łokciowy), chirarthritis i chirarthrocace (stawy ręki).

Wszystkie te jednak nazwy oznaczają tylko staw chory i okres cierpienia, a w części tylko jego siedlisko co do zajętej tkanki; prócz tego, tkanek tak zwanych miękkich do składu stawu wchodzących jest kilka, a zapalenie ich wszystkich nazwano jedném słowem: *arthritis*, co bynajmniej rzeczy nie upraszcza i nie rozjaśnia; jeżeli nadto zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że zapalenie tkanek w jamie stawowej znajdujących się, zdarza się często oddzielnie bez zajęcia tkanek po za obrębem torebki stawowej leżących i odwrotnie, to łatwo pojmujemy, że dla oznaczenia siedliska cierpienia samém mianem jego, konieczne były jeszcze pewne zmiany w terminologii choroby. Jakoż w ostatnich czasach francuzcy chirurgowie (Velpau) zaradzając temu, torebkę stawową przyjęli za zasadę do podziału i „biały guz“ rozdzielili na tumor albus intracapsularis v. intraarticularis i extracapsularis v. periarticularis; do pierwszego zaliczali i zapalenie capsulae articularis, albo tworzyli z niego osobny gatunek pod nazwą *arthritis capsularis*. Niemcy (Volkmann) uświęcili tę zasadę, wprowadzili tylko nowe nazwy, mianowicie tumor albus intracapsularis nazwali *endoarthr.*,

tumor zaś *extracapsularis* ochrzeli słowem *periarthritus* v. *panarthritus*, naśladowując w tym razie terminologią wprowadzoną przez Virchowa dla nazwania zapalenia żył i tętnic; ale obok tego, dla oznaczenia przewlekłego charakteru cierpienia i uwydatnienia wybitniejszych zmian anatomicznych do nazw *endoarthritis*, *periarthritus*, dodali *fungosa* (Billroth). Podział ten pod względem klinicznym ma wielkie praktyczne znaczenie; ale na tém się nie ograniczyli; badając zmiany patologiczne w każdej tkance stawu, nazwali choroby ich odpowiednimi słowami; ztąd wzięły początek: *synovitis*, *arthrochondritis*, *syndesmitis*, *osteitis articularis*; a nadto rozróżnili co jest w téj chorobie pierwotném, a co następstwém, to ostatnie wyłączyli z określenia zapalenia stawu i opisywać zaczęli już to jako objawy choroby (n. p. ropnie napływowe), już to jako następstwa cierpienia (*contractura*, *curvatura*, *ankylosis*, *luxatio pathologica*). Tym sposobem zbiorowe pierwotne słowo „*tumor albus*,” a późniejsze „*arthrophlogosis chronica totalis*“ rozpadło się na 1) *endoarthritis fungosa* i 2) *periarthritus fungosa*; pierwsze cierpienie co do punktu wyjścia choroby lub dalszego jej szerzenia się stanowią: a) *synovitis* v. *arthromeningitis*; b) *arthrochondritis*, c) *arthrosyndesmitis*, d) *arthrostitis*, i jako najczęstsze zawiązania ich włączyli tutaj *arthropysis* v. *pyarthrosis* i *abscessus per congestionem*; drugie zaś, to jest *periarthritus fungosa* składają: a) *tenositis*, b) *myositis*, c) *syndesmitis*, d) *bursitis*, e) *pinelitis chronica*, a jako zawiązania: *infiltratio purulenta* v. *abscessus periarticulares*, *infiltratio plastica*. Następstwami zaś przewlekłego zapalenia stawów są: a) *contracturae* i *curvaturae*, b) *arthrochondrion vagans*, c) *ankylosis*, d) *arthroxerosis*, e) *luxatio consecutiva*, f) *atrophia* i *degeneratio adiposa musculorum*. *Endoarthritis* i *periarthritus* częstokroć bywają współcześnie.

Podział ten w zupełności wyczerpuje przedmiot i odpowiada wymaganiom klinicznym, a obejmując w sobie zmiany anatomiczne, jest podstawą do stworzenia racjonalnej symptomatologii i odpowiedniego leczenia.

Tego porządku przy wykładzie naszym trzymać się będziemy. Zróbmy jednak przedtem choć najbardziej pobieżny rzut oka na historią téj choroby.

Słowo „biały guz” *white swelling*, pierwszy raz wprowadził do nauki w r. 1675 Richard Wiseman, leib-chirurg Karola II, nestor angielskiej chirurgii, określając tem słowem zapalenie tkanek stawów po za obrębem torebki stawowej leżących (*Panarthritus*), i stawy okrą-

zających (1). Nienależy jednakże sądzić, żeby dzieje tej choroby zaczęły się tylko na schyłku XVII wieku; przeciwnie znajdujemy ją opisaną u pisarzy starożytnych, chociaż wiadomości ich, tak co do istoty choroby, jak i leczenia były nader niedokładne, ograniczające się kilku ogólnymi zarysami, dotyczącymi symptomatologii i leczenia cierpienia o którym mowa. Hippocrates (de articulis, 41, 47, 53, 57; i Aphorism: III. 22, 26; VI. 45, 46, 59, 60, 61; VII. 64, 65.) więcej mówi o następstwach tej choroby, jako o ropniach napływowych, o wydłużaniu się i skracaniu członków, o zwichnieniach w skutku próchnienia kości, wykrzywieniach kręgosłupa (*deviationes columnae vertebralis*), zaniku mięśni, i objawy ich kliniczne malując żywymi barwami, zupełnie zamilcza o naturze choroby, którą nazywa *phyma*, *kynanche*, *angina*, leczenie zaś zasadza na użyciu żegadła (*ferrum candens*) i nacisku (*compressio*). Celsus (*De re medica*: IV. 22. VII. 2) i Galenus, który chorobę w mowie będącą nazywa „*Struma*“ wyznają naukę Hippokratesa, rozróżniają próchnienie od zgorzeli kości (*caries* i *necrosis*) i mówią o trepanacyi i wypłowaniu kości przy ich próchnieniu. Późniejsi pisarze greccy i rzymscy (*Oribasius*, *Archigenes*, *Aetius*, *Paulus Aegineta*) niewolniczo powtarzają zdania swoich poprzedników. Lekarze arabscy (*Rhazes*, *Abulcasis*, *Avicenna*), którzy pierwsi zaczęli mówić o odejmowaniu członków (*amputatio*) i wyłuszczeniu ich ze stawów (*exarticulatio*) w skutku chorób kości, wprowadzili do patologii kości trzy nowe słowa: *spina ventosa*, *nodus*, *paedarthrocace*, słowa, które rzeczy samej bynajmniej nie rozjaśniły. Pisarze średniowieczni (Włosi i Francuzi) nie wyjmując najznakomitszych pomiędzy niemi (*Lanfranc*, *Guy de Chauliac*) aż do Ambrożego Paré zajmują się tylko kompilacyami; zamilczmy o nich. Twórca ten francuzkiej chirurgii, który badał anatomiczne zmiany w chorobach stawów, mówi już o „*fungositates*“ w jamie stawowej, zaleca nacisk przy leczeniu chorób stawów, oraz trepanacye i rezekeye końców stawowych kości. *Marcus Aurelius Severinus* mówiąc o ropieniu w stawach, wyprowadza źródło jego z części miękkich i twardych staw składających; jest to zatem pierwsza wzmianka „*de tumore albo molli et duro*“ pisarzy późniejszych. Wiek XVII wydał kilka rozpraw: *de spina ventosa* (*Moebius*, *Olizsch*, *Portzius*, *Wedelius*, *Schelhammer*) i podniósł głośny spór co do środków używanych w chorobach stawów; następstwem jego było odrzucenie *ferri can-*

(1) *Richard Wiseman*, *Several Chirurgical Treatises*, Lond. 1676; i *Eight chirurgical Treatises*, Lond. 1734.

dentis, (Jan van Hoorne (1651), Dionis, Verduin), którego sława sięgała jeszcze czasów Hipokratesa.

W połowie XVIII wieku otwiera się nowa era w nauce o chorobach kości i stawów. W roku 1743 znamienity John Hunter ogłosił badania swoje nad chorobami chrząstek stawowych: *Diseases of articulating cartilages*, pracą swoją nadając zupełnie nowy kierunek naukowym poszukiwaniom. Kiedy w ciągu tylu wieków wszyscy lekarze zajmowali się tylko symptomatologią tych chorób, opisywali tylko następcze zwichnięcia, mówili o skracaniu się i wydłużaniu się członków, tworzyli czeze poglądy na przyczyny ich, głównie zwracając uwagę na leczenie, genialny ten badacz pierwszy zwrócił uwagę na siedlisko choroby i na anatomiczne zmiany. Znalazł on licznych naśladowców; tak w r. 1757 Reimarus wydał: *Dissertatio de tumore ligamentorum* (Leyden), Mauchart: *De capite obstipo* (1737), Maeckel: *De morbis ligamentorum* (1796), Doerner: *De gravioribus quibusdam cartilaginum mutationibus* (1798), Percival Pott: *Farther remarks on the useless States of the lower limbs, in consequence of a curvature of the spine* (1782).

Kiedy tym sposobem klinika anatomiczna chorób kości tworzyła się, strona ich czysto lecznicza otrzymywała podstawy stalsze: francuzcy uczeni Jean Louis Petit, Duverney, Sabatier i w ogóle członkowie Akademii chirurgicznej Paryzkiej wiele wprowadzili ulepszeń w leczeniu chorób stawów; od r. zaś 1760, kiedy Filkin, White, Park, Thomas, David, Vigaroux, wypiłowania końców stawowych kości (wspominane przez Galena i Pawła z Eginy) szczęśliwie zastosowali przy białym guzie stawów, reforma terapii tych chorób była stanowczą. Dalsze jednakże postępy tej ważnej części chirurgii zostawione były naszemu wiekowi; uczeni Anglii, Francyi i Niemiec do wydoskonalenia jej najwięcej się przyczynili. Skoro anatomia patologiczna wskazała udział i znaczenie każdej tkanki w chorobie o której mówimy, symptomatologia choroby rozjaśniona na drodze experimentów (Boyer, Dittel) dała się wytłumaczyć na drodze fizjologii patologicznej, a leczenie wzbogacone zostało wprowadzeniem nowych operacyj, jak myotenotomia, *extensio violenta*, użycie przyrządów unieruchamiających i wywołujących odpowiednie celowi ruchy (ortopedia, gimnastyka); w skutku tego nie tylko kończyny zachowane zostają, ale nadto prawidłowe ich położenie i normalne czynności im przywrócone bywają. Te właśnie postępy wysoko postawiły chirurgię naszych czasów.

(Dalszy ciąg nastąpi).

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Znaczenie wykazów statystycznych powszechnie dziś uznane i słusznie ocenione zostało. Zastosowanie ich do nauki lekarskiej wskazał pierwszy *Louis*, znakomity i wielce medycynie zasłużony lekarz francuski naszych czasów. A jakkolwiek każdemu wiadomo, że metoda numeryczna nie jest bezwzględnie i wyłącznie prawdziwą, że ona w ręku nieświadomych może stać się bronią obosieczną; toć przecież nikt zaprzeczyć nie może, że cyfry porównawcze dokładnie zebrane, rozumnie zestawione są jedyną zasadą do wyprowadzenia stanowczych i niewątpliwie prawdziwych wniosków. Na zestawieniu i porównaniu cyfr opiera się prawie wyłącznie jedna z najpożyteczniejszych gałęzi wiedzy ludzkiej, jaką jest ekonomia polityczna. Czém są cyfry dla medycyny, wie o tém każdy lekarz praktyczny, a mianowicie lekarz w szpitalu ordynujący. Z drugiej strony wiemy wszyscy, że najważniejszym niedostatkiem w medycynie kraju naszego, każdemu lekarzowi tak naukowemu jak i praktycznemu najdotkliwiej czuć się dającym, jest brak *wykazów statystycznych* wszelkiego rodzaju. Każdy pojmuje, że higiena prywatna i publiczna, statystyka, geografia lek., patogenia i terapia, nie może rozwijać się w sposób pożądaný, dla braku dokładnych wykazów statystyczno-lekarskich kraju naszego. Czując ten niedostatek Redakcyja Gaz. lek. zamierzyła wedle sił swoich i możności pokonać nasuwające się pod tym względem przeszkody. Jakoż osiągnięty nareszcie zamiar uwieńczył usiłowania nasze, albowiem na mocy udzielonego nam łaskawie pozwolenia ze strony wyższej władzy, mianowicie: Rady Głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych w Królestwie i Jaśnie Wielmożnego Inspektora Głównego Służby Cywilno-lekarskiej, jesteśmy w możności korzystania z raportów i sprawozdań urzędowych, dla ogłaszania tychże w piśmie naszym na korzyść nauki i czytelników naszych. W każdym przeto numerze Gaz. lek. znajdzie czytelnik sprawozdanie o ruchu chorych we wszystkich szpitalach Warszawskich i czynnościach sądowno-i policyjno-lekarskich z ostatniego tygodnia, jakoteż o ruchu chorych w całym kraju, zaraz po przesłaniu raportów urzędowych przez lekarzy prowincjonalnych.

Doniesienia takie połączą także statystykę lekarską kraju naszego z krajami zagranicznymi, na czém nam dotąd najzupełniej zbywało.

Dr. L.

STAN CHORYCH W SZPITALACH WARSZAWSKICH

w dniu 2 Lipca 1866 r.

W szpitalu Dzieciątka Jezus.

Wyszczególnienie Oddziałów:	Mężcz.	Kobiet	Razem
Chorych wewnętrznych	81	131	212
„ chirurgicznych	59	103	162
„ oftalmicznych	24	31	55
„ obłąkanych	—	97	97
„ epileptycznych	—	23	23
„ dzieci	10	8	18
„ rekonwalescentów	—	—	—
„ położnic	—	6	6
„ kalek	—	14	14
	174	413	587

<i>W szpitalu Śgo Ducha.</i>	Mężcz.	Kobiet	Dzieci		Razem
			męzk.	żeńsk.	
Chorych wewnętrznych	20	11	1	1	33
„ zewnętrznych	2	9	—	—	11
<i>W Klinice:</i>					
Chorych terapeutycznych	11	13	—	—	24
„ chirurgicznych	18	7	—	2	27
	51	40	1	3	95

<i>W szpitalu Śgo Rocha.</i>	Mężcz.	Kobiet	Dzieci		Razem
			męzk.	żeńsk.	
Chorych wewnętrznych	27	16	—	—	43
„ zewnętrznych	20	9	—	—	29
	47	25	—	—	72

<i>W szpitalu Śgo Łazarza.</i>					
Chorych wenerycznych	63	229	7	7	306
„ świerzbawatych	3	3	—	9	15
„ z innymi chorobami skóry	3	10	1	1	15
„ parchawatych	—	1	2	2	5
„ rakowatych	—	6	—	—	6
	69	249	10	19	347

<i>W szpitalu Śgo Jana Bożego.</i>					
Chorych obłąkanych	103	—	1	—	104
„ epileptyków	36	—	1	—	37
	139	—	2	—	141

<i>Szpital Ewangelicki.</i>	29	23			52
-----------------------------	----	----	--	--	----

<i>Szpital Starozakonnych.</i>					
Chorych zewnętrznych	53	21	6	2	82
„ oftalmicznych	8	6	1	—	15
„ wenerycznych	16	22	5	5	48
„ wyrzutowych	18	10	4	3	35
„ rakowatych	1	11	—	—	12
„ wewnętrznych	53	61	4	6	124
„ obłąkanych	23	39	—	—	62
„ położnic	—	5	—	—	5
	172	175	20	16	383

Zebranie ogólne.

1)	W szpitalu Dzieciątka Jezus	587
2)	„ Śgo Ducha	95
3)	„ Śgo Rocha	72
4)	„ Śgo Łazarza	347
5)	„ Jana Bożego	141
6)	„ Ewangelickim	52
7)	„ Starozakonnych	383
8)	szpital Oftalmiczny nie czynny	—
	Ogółem chorych	1677

Wiadomości bieżące.

Na przedostatniem posiedzeniu oddziału „anatomii, fizyologii i nauk przyrodzonych Towarzystwa lekarskiego“, Pr. Fudakowski udzielił wiadomość o nowym pierwiastku chemicznym, wykrytym przez Oskara Liebreicha w mózgowiu i nazwanym przezeń: *protogonem*. Chemiczny wzór tego pierwiastku jest bardzo złożony. Z badań Liebreicha wynika, że ciała znane pod nazwą myeliny, cerebriny i t. p. niczém inném nie są jak tylko produktami rozkładu protogonu. Liebreichowi udało się otrzymać pierwiastek ten w kryształkach, w postaci igiełek gwiazdkowato ułożonych. Dr. Fudakowski zgromadzonym na posiedzeniu członkom kryształki te okazał. Są one na pierwszy rzut oka podobne do kryształków tyrozyny; różnią się wszakże tém od nich, że nadmienione igielki są daleko grubsze niż w kryształkach tyrozyny i z lekka pokrzywione. Najnowsze badania wykryły, że protogon należy do pierwiastków chemicznych, tak w państwie zwierzęcém jak i roślinném bardzo rozpowszechnionych; nie brak nawet wskazówek, że protogon gra ważną rolę w ogóle przy powstawaniu pierwiastków anatomicznych.

Na témże samém posiedzeniu Prof. Brodowski okazał trychiny znalezione przez siebie w mięśniach szczurów, gnieźdzących się w trupiarni szpitala Dzieciątka Jezus. Przycém nadmienił, że trychiny znajdowano już uprzednio w wielu miejscach w szczurach, jak np. w Dreźnie, Berlinie, Wiedniu, Peszcie i t. d.; że Rupprecht podczas znanéj epidemii trychinowéj w Hettstädt, daleko częściej postrzegał te pasożyty w szczurach pochodzących z domów, w których znajdowali się dotknięci chorobą trychinową niż w innych; że w ostatku każdy niemal dzień nowych dostarcza dowodów, iż szczury grają bardzo ważną rolę w przenoszeniu trychin z jednego organizmu na drugi, że zatem tępienie tych zwierząt jest jednym z najskuteczniejszych środków do wyniszczenia trychin.

Na ostatniem posiedzeniu tegoż samego oddziału Prof. Hoyer oświadczył, że ostatniemi czasy zajmował się sprawdzeniem podanéj przez Arnolda budowy komórek nerwowych. Podług Arnolda włókienko osiowe bierze początek w postaci guziczka z jąderka (*nucleolus*) komórki nerwowéj; z obwodu zaś nadmienionego jąderka ma wybiegać dwie do pięciu nici, które się rozgałęziając i łącząc pomiędzy sobą tworzą tak wpośród jądra komórki jak jéj ciała (*protoplasma*) rodzaj siateczki; z téj ostatniéj ma brać początek włókienko tasiemeczkowate, które wije się wężykowato dokoła włókienka osiowego. Otóż Prof. Hoyer zgadza się z Arnoldem co do początku włókienka osiowego; co się zaś tyczy wzmiankowanéj siateczki i biorącego z niéj początek włókienka tasiemeczkowatego, mniema, że te należą do tworów sztucznych, gdyż postrzegał je tylko w komórkach nerwowych, traktowanych podczas pewnego dosyć ściśle określonego przeciągu czasu (4—6 godzin) słabym roztworem kwasu chromowego.

W poniedziałek, to jest d. 2 lipca oddział chirurgii, okulistyki i syfilografii odbył zwykłe miesięczne posiedzenie (20-te od czasu założenia). Przedmiotem rozpraw w dalszym ciągu z uprzedniego posiedzenia, była kwestya udzielania choroby syfilitycznéj nowonarodzonym dzieciom wznania Mojżeszowego w czasie obrzezania (*circumcisio*). Powód do dyskusyi dały dzieci zarażone tą chorobą w m. Piasecznie, a przedstawione oddziałowi przez Władzę do rozstrzygnięcia, przez kogo i w jaki mianowicie sposób dzieci te zostały zarażone? Choroba syfilityczna pokazała się u kilkoro dzieci; w 4 do 6 tygodni po urodzeniu na prąciu pod formą

wiewióra, a następnie pod formą przewlekłego zapalenia gruczołów limfatycznych w okolicy pachwinowej (adenitis inguinalis indolens), potem (w 4—6 miesięcy) pod formą wysypek skórnych (syphilides) i zajęcia błon śluzowych jamy ust i otworu stolcowego (pustula mucosa). Troje dzieci przedstawionych na posiedzeniu Towarzystwa miało te objawy chorobowe, dwoje zaś od kilku tygodni już umarło. Choroba syfilityczna u dzieci, bywa najczęściej jako spadek (haereditas) po zarażonych rodzicach w czasie poczęcia lub brzemienności; albo dostaje się w czasie porodu od matki, akuszerki lub mamek; lub też dzieci zarażone bywają potem przez szczepienie ospy, albo wreszcie (u żydów) dostają w czasie aktu obrzezania. Czynnikiem zarażającym przy obrzezaniu może być: 1) albo nieczyste narzędzie do wykonania tej operacji używane, albo też 2) sam rzezak, jeżeli ma tę chorobę na palcach, którymi się dotyka do ranionego miejsca u dzieci, lub też na ustach, dziąsłach, języku, które są w zetknięciu ze świeżą raną po obrzezaniu w czasie jej wysysania. Po zbadaniu towarzyszących okoliczności, oraz stanu zdrowia rodziców i rzezaka, okazało się, że ten ostatni był przyczyną zarażenia dzieci, miał bowiem ślady choroby syfilitycznej na dziąsłach, ustach i języku, i w czasie wysysania rany złożył na nią jad zaraźliwy już to przez krew sącząca się z dziąseł, już to przez ropę wydzielaną z powierzchni owrzodzenia. Przewodniczący w oddziale chirurgii prof. Girsztowt przytoczył kilka wypadków szczepienia choroby syfilitycznej i zwrócił uwagę na tożsamość rozwoju objawów tak co do czasu, jak i form choroby w danym wypadku, a uwzględniając smutną doniosłość faktu, wezwał kolegów do dalszej nad tym przedmiotem dyskusji; wyraził przytém nadzieję, że prace oddziału nie będą bez korzyści i dla nauki i dla postępu higieny publicznej w kraju.

Z pracowni anatomo-patologicznej. Prof. Brodowski zajmuje się obecnie poważnie sprawdzeniem zdania Thiersch'a o powstawaniu t. zw. rakowców s. kankroidów. Thiersch twierdzi, że nowotworowi temu zawsze dają początek komórki nabłonkowe, bądź t. zw. sieci Malpighi'ego, bądź też wchodzące w skład gruczołów łojowych, potowych i t. d.. Z przytoczonym zdaniem zgadzają się Rindfleisch, Ranvier et Cornil i inni. Dotychczasowe badania prof. Brodowskiego wypadają na korzyść zdania Virchowa, który utrzymuje, że kankroidy powstają z komórek tkanki łącznej.

Z dochodzeń na zwłokach poczynionych w ostatnim tygodniu przez Prof. Brodowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus najgodniejszą uwagi było dokonane na kobiecie zmarłej skutkiem operacji przetoki pęcherzo-pochwowej. Powstała ztąd dosyć obszerna blizna zaciśnęła prawie całkowicie ujście moczowodu lewego, wskutek czego tak moczowód jak miedniczka i kielichy odpowiedniej nerki uległy bardzo znacznemu rozszerzeniu oraz zapaleniu charakteru ropnego (pyelitis purulenta), które rozszerzyło się na samą nerkę (nephritis purulenta) i zniszczyło znaczną część tego narzędzia. Zapococzenie krwi (septicaemia) dokonało reszty.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.—Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolfa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 4'5.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
