

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —  
"            "    polrocznie   "   2   "   50  
"            "    kwartalnie   "   1   "   25

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:  
"            "    rocznie . . . Rs. 6.  
"            "    polrocznie   "   3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

PRESC: O guzie białym stawów (Ciąg dalszy) Prof. Girsztowt. — Kazuistyka. Postrzeżenia dotyczące nauki o zarosnięciu pochwy macicznej. Dr. Neugebauer. — Zapalenie okostnej wędzidłowej i okostnej szczęki dolnej; zapalenie opon mózgu; exophthalmus; śmierć. I. F. Nowakowski. — Kronika Zagraniczna. O Patologii żółtaczki. S. Portner. — Wiadomości bieżące. Dr. Lubelski.

## O guzie białym stawów (tumor albus).

Prelekcyja Prof. Girsztowta.

(Ciąg dalszy).

Chroniczne zapalenie stawów jest chorobą przeważnie dziecinnemu wiekowi właściwą, bywa ono jednak i u ludzi dorosłych, u starców zaś zdarza się nader rzadko, prawie wyjątkowo; nie szczędzi żadnej płci. Trwanie téj choroby jest przewlekłe; przebieg jój nieprawidłowy; charakteryzują go częste, w różnych odstępach czasu zdarzające się pogarszania się (*exacerbatio*), jednak w jój rozwoju występują wybitne, typiczne prawie, objawy (*sympptomata*) kliniczne, uwydatniające pewne anatomiczne zmiany, pozwalające przebieg cierpienia rozdzielić na okresy, które chociaż w każdym stawie są nieco odmienne, od budowy i czynności jego zależące, mają jednak one pewne wspólne cechy, które razem wzięte tworzą odrębną fizyognomię choroby, wyróżniającą guz biały stawów od innych podobnych doń cierpień. Przy opisie patologicznych zmian tkanek, uwzględniając porządek ich wystąpienia i wzajemny stosunek, chorobę w mowie będącą, biorąc za podstawę torebkę stawową, rozdzieliłiśmy na dwa rodzaje: 1) na zapalenie tkanek wewnątrz stawu leżących (*endoarthritis*) i 2) poza obrębem jego znajdujących się (*periarthritis*, v. *panarthritis*); zapalenia zaś samój torebki (*mesoarthritis*), nie mogąc w oderwaniu przedstawić, odnosimy do pierwszego lub drugiego rodzaju stosownie do punktu wyjścia choroby. Podział ten anatomiczny jest zarazem i klinicznym i ma niepodrzedne znaczenie pod względem czysto leczniczym. Prawda, dwie te formy chorobne częstokroć bywają współcześnie, rozwijając się razem, lub jedna po drugiej, ale są przypadki pojedynczego, zupełnie oddzielnego ich istnienia niepociągające za sobą cierpienia drugiego rodzaju i cechujące się właściwemi sobie objawami.

Chroniczne zapalenie gąbczaste wnętrza stawu (*endoarthritis fungosa, tumor albus intracapsularis, v. internus*), które stosownie do pierwotnego zajęcia chorobą części miękkich (*blona maziowa*) lub stałych (*chrząstki i końce stawowe kości*) dzielono na miękkie (*tumor albus mollis*), i twarde (*tumor albus durus, arthrocaecae*), w przebiegu swoim przedstawia szereg objawów, które w następstwie swojego rozwoju zachowując stale prawie tenże porządek, pozwalają chorobę o której mowa, podzielić na okresy i w każdym z nich wykazać charakterystyczne przypadłości. Okresów takich w zapaleniu stawów wewnętrznym rozróżniamy trzy: 1) okres tworzenia się ziarniny (*stadium granulationis*), 2) okres rozpadu tej tkanki, czyli okres rozwoju ropienia i owrzodzenia (*stadium destructivum*), 3) okres możebnych zejść i następstw (*ex tus, sequelae*).

Punktem wyjścia choroby najczęściej są miękkie ściany stawów (*blona maziowa, torebka stawowa*), nierównie rzadziej końce stawowe kości. Objawy towarzyszące chronicznemu ich zapaleniu w początku choroby nader mało są uwydatnione, i tak się rozwijają zwolna, że chorzy nie zwracają prawie na nie uwagi i wtedy, kiedy sądzą się być zupełnie jeszcze zdrowymi, zmiany anatomiczne w tkankach stawowych dosięgają już nieraz znacznych rozmiarów. W ciągu tak powolnego rozwoju choroby, pierwszym chorobowym objawem, na który chorzy zaczynają skarżyć się jest uczucie zmęczenia (*lassitudo*), osłabienia, lekkiej sztywności w chorąg kończynie, które najbardziej czuć się dają choremu po pewnym odpoczynku, tak naprzykład chory z rana przy wstawaniu z łóżka czuje, że ruchy w tej kończynie są utrudnione, stąpanie niepewne, staw jakby związany, i dla odzyskania siły i śmiałości w użyciu członka, chory nim zacznie chodzić wykonać musi, jakby na próbę, powolne, umiarkowane, obliczone prawie ruchy. Stan taki trwa całe tygodnie, a czasem i miesiące; powoli jednak przybiera groźniejsze rozmiary, chory nie może długo używać kończyny, i po dłuższem nieco chodzeniu, obok zmęczenia w stawie skarży się na uczucie małego bólu, który przy nacisku od zewnątrz (*palpatio*) staje się dotkliwszym, mianowicie w niektórych miejscach (*puncta do'orosa*), jak: w stawie łokciowym na główce kości sprychowej, w kolanie z boków rzepki, w stawie biodrowym z tyłu skrzętu wielkiego, in *plica inguinali* w miejscu odpowiadającym stawowi, jak również na miednicy, w miejscu przyczepów mięśni przywodzących udo. Chory pomimo tego używa swojej kończyny, częściej jednak zmaszony będąc zwracać na nią uwagę, postrzega w okolicy chorego stawu nieznaczne obrzmienie, a utrudnione wciąż i nieco bolesne ruchy zamieniają się na małe kulanie. Te pierwsze objawy, na wytworzenie się których składają się miesiące, powstają czasem w sposób ostry, wtedy mianowicie, jeżeli zapalenie ostre błony maziowej (*synovitis acuta*), lub też zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*) zamiast być uwięzionemi zupełnym rozejściem się, przechodzą w stan chroniczny i wywołują z jednej strony zgrubienie i gąbczaste przeistoczenie błony maziowej, z drugiej zaś zapalenie i owrzodzenie chrząstek stawowych. W kilka tygodni po złagodzeniu wybitniejszych objawów\* tym dwom chorobom właściwych, czyli po pozornym ich uleczeniu, zaczynają rozwijać się dopiero co wyliczone przypadłości, charakteryzujące zapalenie chroniczne, jako pozostałość (*residuum*) lub następstwo (*sequella*) zapalenia

ostrego. Pierwotne te cztery objawy (*utrudnione ruchy, uczucie małego bólu, nieznaczne obrzmienie, kulanie*), zaczynającego się guza białego stawów, na które ani chory, ani otaczający go nie zwracają uwagi, jeżeli chory zmuszony inném przypadkowym cierpieniem czas pewien pozostanie w łóżku, zostają znakomicie złagodzone i pozwalają mu zapomnieć nawet o małej napozór dolegliwości, której on dotąd za chorobę nawet nie uważał. Tymczasem małe przypadkowe uderzenie, przydłuższe nieco chodzenie, nieznaczne zaziębnienie chorego stawu, zupełnie niespodzianie rozbudzają uprzedni szereg chorobowych objawów, do których przyłącza się jeszcze gorączka, zaczerwienienie różowe skóry w okolicy chorego stawu, większa obrzmiałość, oraz niemożliwe bez wywołania znacznego bólu ruchy kończyny. Kilkodniowy spoczynek znowu usuwa te cierpienia, najmniejszy jednakże powód cały obraz choroby napowrót wyzywa na scenę. Kolejne te pogarszania się i polepszania (*exacerbatio et remissio*) są coraz częstszymi, i w końcu stają się powodem wystąpienia nowych objawów tak w stanie miejscowym jak i ogólnym obok znacznego powiększenia się dawniejszych. Do objawów takich, które za charakterystyczne uważamy w tym okresie guza białego stawów, zaliczamy:

1) Obrzmienie (*intumescencia*) w okolicy chorego stawu. Obrzmiałość stawu w pierwszym okresie guza białego ma swoje źródło w gąbczastém przeistoczeniu tkanek nadstawowych i we wnętrzu stawu leżących, oraz w powiększonej nieco ilości mazi stawowej i zależy nadto od tworzącego się wysięku. Obrzmienie to jest wyraźniejsze i wystąpienie jej wcześniejsze przy zapaleniu tkanek nadstawowych (*panarthriti*), jak niemniej na stawach powierzchowne położenie mających, czyli niepokrytych grubemi warstwami mięśni. W skutku tego normalne zarysy stawu zostają wygładzone, kształt ich robi się okrągłym lub wrzecionowatym, konsystencya obrzmiałości (przy *endoarthriti*) jest miękka, ciastowata (*postosa*), gąbczasta, sprężysta, czasem nawet dająca uczucie jakby przelewania się (*pseud fluctuatio*); przy zapaleniu zaś tkanek nadstawowych jest twarda, chrząstkowata, kostna. Objętość obrzmienia jest rozmaita, 2 lub 3 razy nawet od stawu zdrowego większa; skóra na niem napięta, połyskująca, blada, jakby woskowa; ta charakterystyczna bladość obrzmienia, od utrudnionego obiegu krwi zależąca, była powodem nazwania samej choroby „guzem białym” stawów, którego chociaż bynajmniej nie określa istoty rzeczy, ale jako powszechnie uświęcone w nauce, użyliśmy.

2) Drugim objawem chronicznego zapalenia stawów jest zmieniony kierunek kończyny (*directio anomala*), nieprawidłowe jej położenie (*positio perversa*) i unieruchomienie (*immobilisatio*) w tém położeniu, a w skutku tego pozornie zmieniona jej długość, oraz zmieniony stosunek do tułowia. Zbyt zawikłany i pod względem naukowego objaśnienia wiele zostawiający do życzenia, objaw ten zaczyna się od utrudnionych ruchów i kulania (*claudicatio*). Następnie w dalszym rozwoju choroby wytwarza się nieprawidłowy kierunek i położenie kończyny, które dla każdego stawu zawsze jest jednakowe. Zmiany te położenia zaczynają się zwykle od zgięcia (*flexio*), które powoli i stopniowo powiększając się znacznych dosięga rozmiarów, tak kolano staje pod kątem tępym, który zbliża się

powoli do prostego, z czasem ustawia się pod kątem ostrym, udo przytém jest *in abductione* i zarazem *in rotatione externa*, i chora kończyna dotyka się łożka zewnętrzną swoją stroną; staw biodrowy staje *in flexione, abductione et rotatione externa*; staw stopowy otrzymuje położenie *pedis equini* (*flexio plantaris*); staw łokciowy ustawia się w średnim położeniu pomiędzy zgięciem i wyprostowaniem. W początkach kończyny dają się jeszcze odprowadzić do normalnego ich położenia, ale nie bez uczucia bólu, przytém mięśnie na stronie zgięcia mocno są naprężone; następnie jednak stawy w tém położeniu zostają ustalone, ruchy tak bierne, jak i czynne stają się niemożliwe i wszelka próba wyprostowania (*correctio*) przykre wywołuje bóleści.

Co jest powodem zmienionego położenia kończyny, które w każdym pojedynczym przypadku zawsze jest jednakowe (*positio typica*), i co ją utrzymuje w tém stałym położeniu? Nad rozstrzygnięciem tego pytania długie już pracują lata, stworzono już mnóstwo teoryj, ale ostatniego słowa nauka jeszcze nie wypowiedziała. Rozbierzmy główne przynajmniej poglądy i przyjrzyjmy się ich zasadom. Jedni przyjmując za podstawę kliniczne postrzeżenia, że przy ostrym ropiastym zapaleniu błony maziowej (*synovitis purulenta acuta*) nader prędko rozwija się kątowne położenie kończyny, i sądząc że prędkość ta, oraz stopień zgięcia zależy od gwałtowności objawów zapalenia (ból), utrzymują, że przyczyną wywołującą to zбочzenie jest *contractura musculorum reflectoria*, będąca następstwem ciągłego drażnienia błony maziowej w stanie zapalnej znajdującej się. Na potwierdzenie swojej teoryi przytaczają znany fakt bolesnego drgania mięśni nocną porą (*subsultus tendinum nocturnus*) przy świeżych złamaniach kości rozwijającego się; niemniej też użytkują na korzyść swój nauki wypadki, nader wprawdzie rzadkie, chronicznego zapalenia gąbczastego stawów, w których w pierwszym okresie choroby (*stadium granulationis*) nie rozwija się zgięcie kończyny, a dopiero występuje w drugim okresie, przy tworzącym się ropieniu i owrzodzeniu końców stawowych kości, pod formą *spasmi clonici dolorosi*. Przytaczają również przypadki, w których pomimo znacznego ropienia w stawie, jeżeli objawy miejscowe przebiegały bez bóleści, także zmiana w położeniu kończyny nie następuje. Według tego poglądu zatém jedynym powodem charakterystycznych zmian w położeniu kończyn przy guzie białym stawów, ma być silne zadrażnienie błony maziowej i w skutku odruchów rozwijające się ściąganie się (*contractura*) mięśni (*theoria reflectoria*). Zauważyć jednakże winniśmy, że wypadki, na których teoryja ta spoczywa, są tak rzadkie, że je wyjątkowymi nazwać możemy, a powtóre każdemu wiadomo, że częstokroć przy największych obrażeniach błony maziowej (rany, *contractura reflectoria* kończyn nie daje się spostrzeżeć. Druga teoryja, według której objaśniano zmiany w położeniu kończyn jest instynktywna: sądzą, że chorzy trapieni bólami, celem ulżenia sobie, instynktywnie starają się nadać takie położenie kończynie, przy którym więzy i mięśnie byłyby w najmniejszym naprężeniu (*relaxatio*). Z tą teoryją stoi jednakże w sprzeczności prosta obserwacja, mianowicie, że przy gwałtownym wyprostowaniu kończyny (*extensio, correctio violenta*), przez które stawiamy kończynę w dawnych jej warunkach położenia, od razu znosimy bóleści, przyczém przekonywamy się jeszcze, że przy in-

stynktywném położeniu kończyny, pewne więzy i mięśnie były najbardziej wyprężone i w skutku tego końce stawowe kości w nieprawidłowém wzajemném zetknięciu silnemu ulegając naciskowi, przeszły w owrzodzenie, w zużycie (*usura*). Podług téj teoryi jednakże podziśdzień objaśniają jeszcze rozwój zmian w położeniu miednicy i kregostupa (*positio compensatoria*) przy guzie białym stawu biodrowego, jak to zaraz zobaczymy. Trzecia teorya, której wywodami posługujemy się dla objaśnienia zmian w położeniu kończyn, jest mechaniczna. Polega ona na znanym fackie, że pojemność (*capacitas*) próżni stawu w różnych jego położeniach t. j. przy zmieniających się stosunkach jednego końca stawowego kości odnośnie do przeciwległego drugiej jest rozmaita, czyli innemi słowy, że próżnia stawu w jedném jego położeniu pomieścić może w sobie więcej płynu (zawartości), aniżeli w drugim; prócz tego ilość płynu w miarę swego powiększania się w stawie, większy wywiera nacisk od wewnątrz na więzy, torebkę włóknistą, ścięgna, mięśnie, w skutku czego kończyna ulega zmianom w położeniu, przechodząc kolejno rozmaite stopnie zgięcia. Płynem takim zbierającym się w większej ilości przy chroniczném zapaleniu stawu jest wysięk, ropa, oraz massa miękka, przez bujanie (*luxuries*) ziarniny powstała. Przez nagromadzenie płynu w stawie biodrowym, przy jego zapaleniu, w ciągu długich wieków (bo jeszcze od czasów Hipokratesa) objaśniali także wydłużenia kończyn (*prolongatio*) w skutku niby zwiechnienia powiększoną ilością płynu wywołanego, biorąc, jak się wnet przekonamy, pozor za rzeczywistość. Przed 20 laty dwaj francuzcy uczeni: B o n n e t (w roku 1840) i P a r i s e (w 1842) zrobili liczny szereg doświadczeń, nastrzykując (na trupach) do próżni stawów pewną ilość płynu i przekonali się, że w miarę nastrzykiwania większej ilości płynu, kończyny ulegały zmianom w położeniu i przybierały różne stopnie zgięcia zupełnie takie same, jak przy białym guzie stawów. Wszyscy przykiasnęli tym doświadczeniom i uważali rzecz tę na drodze naukowo doświadczalnej za dostatecznie skończoną. Tymczasem obserwacya kliniczna poddała teoryę tę w wątpliwość: nikt nie potrafił objaśnić sobie, dlaczego przy ostrém surowiczém zapaleniu błony maziowej (*synovitis serosa acuta*), gdzie w próżni stawu w krótkim bardzo czasie nagromadza się ogromna ilość wysięku, kończyny nie przyjmują położenia zgiętego, a zachowują zwykle wyprostowane (*extensio*). Prócz tego nie zdołano podług teoryi mechanicznej wytłumaczyć kolejnej zmiany kończyny przy *coxitis*. Przy położeniu kończyny *in flexione, abductione, et rotatione externa* z pozorném jój przedłużeniem się, pojemność stawu rzeczywiście jest największą i te położenia typiczne możemy sztucznie wywołać robiąc nastrzykiwania do próżni stawu biodrowego, ale w jaki sposób podług tychże zasad wytłumaczyć następne położenie kończyny *in flexione, ad luctione et rotatione interna* z pozorném jój skróceniem się? Wielu zatém nie mogąc zadowolnić siebie wyżej przytoczonymi teoryami, które jakkolwiek wiele mają w sobie prawdy, nie są jednak w zupełności wystarczającami w każdej ewentualności. twórczyli jeszcze nowe, (dowodzili np., że samo leżenie chorego w łóżku, jest powodem szczególnych zmian kończyn), które jednakowoż nie zbogaciły nauki żadnym rzeczywistym nabytkiem.

Jeżeli trudnym jest rzeczywiście objaśnienie zmian w położeniu kończyn, zato nieco łatwiejszym jest wytłumaczenie ostatecznego unieruchomienia ich w wadliwym położeniu. Po pewnym przeciągu czasu, ruchy tak czynne jak i bierne w chorąg kończynie stają się coraz trudniejszymi, w końcu i zupełnie niemożliwymi, przyczem postrzegamy, że mięśnie na stronie zgięcia (*flexio*) są mocno naprężonymi. Powodem niemożności ruchów są mięśnie, ścięgna, więzy, torebka stawowa, powięzie, które przy chronicznym zapaleniu zlewają się w jedną masę, kurczą się, a w końcu powoli przechodzą w *retractio permanens*, następnie w części rozwija się ich stłuszczenie, zanika substancya sprężysta, a z nią traci się elastyczność i mięśnie przedstawiają się pod formą nierozciągliwych sznurków, utrzymujących kończynę w danym położeniu w stanie zupełnej prawie nieruchomości.

W miarę tego, jak przyrozwijającym się położeniu wadliwym kończyny i jej unieruchomieniu, staw chory traci zdolność swoich fizyologicznych czynności, w stawach sąsiednich rozwijają się powoli ruchy i odpowiednie położenia (*positio compensatoria*), które jakkolwiek same są patologiczne, mniej jednak dotkliwą czynią utratę pierwszych, a czasem w zupełności prawie wynagradzają. Najjaśniej widzimy to przy zapaleniu stawu biodrowego, gdzie zniszczone ruchy stawu zostają zastąpione ruchami miednicy i zmienionym położeniem kręgosłupa, przy czem kończyna chora przy charakterystycznym położeniu przedstawia się z początku pozornie przedłużoną, a następnie pozornie, lub też rzeczywiście (w 2im okresie) skróconą. Kwestya ta przedłużania się i skracania kończyny, od najdawniejszych czasów miała wielki rozgłos w nauce i praktyce, i najrozmaiciiej była rozstrzyganą. Jedni, przedłużenie kończyny biorąc za rzeczywiste, przyczynę takowego zboczenia upatrywali w zwichnieniu (*luxatio*); drudzy zaś dowodząc, że ono jest pozorne tylko, twierdzenie swe popierali zmienionymi stosunkami miednicy i kręgosłupa do chorąg kończyny.

Zwolennicy pierwszego poglądu, przedłużenie kończyny tłumacząc zwichnieniem, przyczynę takowego upatrywali jużto (*Salzmann*) w wadach pierwotnego utworu panewki (zbyt mała, lub zbyt wielka od urodzenia, niedostatek jednego z jej brzegów), jużto (*Gorter*, *Morgagni*, *Andry*) wyprowadzali źródło jego z chorób nabytych, mianowicie z przerostu dołka panewki, lub jej ścianek, a przeto zwiężenia jej próżni, do czego jeszcze dopomagać miały wyrosłe kostne (*exostosis*) tworzące się na dnie panewki w skutku zapalenia. Drudzy znowu wyprowadzali zwichnienie z przerostu głowy kości udowej (*ostitis centralis*, *Rust*), z obrzmienia chrząstek (*Palletta*, *Bichat*, *Lobstein*), błony maziowej (*Valsalva*, *Morgagni*, *Cruveilhier*), z osłabienia (*relaxatio*) więzu okrągłego (*Galenus*), torebki stawowej (*Fabricius ab Aquapendente*, *Platner*). Inni zaś zwichnienie zależnym czynili od chorób mięśni i ścięgien, i to albo od bezwładu (*paralysis*), albo też od kurczów (*spasmus*); sądzono wreszcie (*Vidal de Cassis*), że samo zbyt długie zostawanie chorego w łóżku, sprowadzając ogólne jego wycieńczenie, może stać się powodem do zwichnienia w ten mianowicie sposób, że kończyna własnym swoim ciężarem samodzielnie wysuwa się z próżni

stawu. Ale pomiędzy tylu teoryami najslawniejszą była teoria znana powszechnie pod imieniem J. L. Petit'a. Właściwie mówiąc nie J. L. Petit ją stworzył, podają już ją Hipocrates, Galenus, Albucasis, Guido Cauliacus, Camper i w. i., tylko znakomity chirurg francuzki podniósł ją do szczytu i powagą swego imienia uzyskał jęj prawo obywatelstwa w nauce. Podług tęj teoryi przyczyną zwichnienia jest płyn wypełniający pod wpływem zapalenia próżnię stawu (biodrowego) i wypychający (*expulsio*), z nięj głowę uda. Nauka ta trafiała do przekonania wszystkich; Bonnet (de Lyon) i Paarrise, jak wyżej już nadmieniliśmy, na podstawie tęj teoryi, doświadczeniami ich popartęj, objaśniwszy zmienione położenie kończyny co do kierunku (*flexio, abductio, rotatio*), zasady jęj uznali za stałe i niewzruszone i dla objaśnienia zmian kończyny i co do długości (*luxatio, prolongatio*). Tym czasem bracia Weber badaniami swemi (1836 r.) dowiedli, że głowa uda utrzymuje się w panewce jedynie parciem powietrza od zewnątrz na staw, dla zrównowazenia którego bynajmniej nie wystarcza siła płynu w stawie zawartego, a że przeciwnie sprzeciwia się nawet ten płyn wypadnięciu głowy z panewki.

Kiedy tym sposobem przedłużenie kończyny za pomocą zwichnienia nie mogło być objaśnionęm, i kiedy sam fakt zwichnienia został (przy tych przynajmniej okolicznościach) zaprzeczonym, przedłużenie uznano za pozorne, a wytłumaczenie jego znaleziono w zmienionych stosunkach miednicy, tak odnośnie do kończyny jak i do kręgosłupa. Stosunki te są następujące: po pewnym przeciągu czasu trwania choroby (*coritis*), badając chorego (w stojacęm położeniu) postrzegamy, że chora kończyna znajduje się *in flexione, abductione et rotatione externa*, to jest, chory trzyma kończynę w stawie biodrowym i kolanowym nieco zgięta, koniec stopy wywrócony jest na zewnątrz, chory jeżeli jeszcze dotyka ziemi, to tylko palcami, tułów przechylony jest ku przodowi i ku stronie choręj (*inclinatio*). Jeżeli teraz każemy choremu przejść się, to dostrzeżemy, że on oszczędza staw chory, czyli ruchów w nim nie odbywa, i kiedy kończyna względem miednicy wciąż to samo zachowuje stałe położenie (*immobilisatio*), chory porusza całą miednicę w powiazaniu jęj z kręgosłupem, kończyna przy tęp zdaje się być przedłużoną. Chcąc dotykalnie przekonać się o rzeczywistości tych nowych stosunków, dosyć jest położyć chorego na grzbiecie na twardym stole i wykonywając zgięcie obydwóch kończyn zarazem starać się, ażeby wyrostki kolcowe (*pr. spinosus*) kręgow i kość krzyżowa dotykały się do stołu, i prócz tego tak ustawić miednicę, żeby kolce przednie górne kości biodrowęj, (*sp. ant. sup. os. il.*) na jednęj leżały płaszczynie. W tęp położeniu trzeba umocować i unieruchomić miednicę, polecając jednęj z otaczających osób, żeby ująwszy miednicę za szerokie grzebienie (*rista*) kości biodrowęj, palcami obydwóch rąk mocno ją trzymały. W tymże czasie drugi pomocnik kładzie płasko rękę pod kręgi lędźwiowe, celem wybadania, ażali kręgosłup utrzymuje się w danęm położeniu. Choremu teraz polecając wyprostować chorą kończynę dostrzegamy, że miednica razem się z nią rusza i ręką pomocnika trzymana pod kręgi lędźwiowymi czuje unoszenie się w górę wyrostków kolcowych, przy zginaniu zaś ciśnienia tychże doświadcza: drugi pomocnik utrzymujący miednicę w statęm położeniu czuje w tym-

że czasie pod rękami, że każdy ruch kończyny przenosi się na miednicę, którą jeżeli z siłą chce unieruchomić, chory przy wykonywaniu tych ruchów, skarży się zaraz na uczucie mocnego bólu. Patrząc w czasie tych ruchów z boku na miednicę, przekonywamy się, że ruchu w stawie biodrowym nie ma żadnego, lub nader mały, a one się odbywają kosztem miednicy. Te nieprawidłowe ruchy miednicy i zmieniony wzajemny stosunek (*inclinatio*) 2ch jej połów (miednica przechylona ku choréj stronie i obrócona ku przodowi), w następstwie wywołują zmiany i w kręgosłupie, mianowicie: kręgi lędźwiowe tworzą większą wypukłość ku przodowi (*lordosis lumbalis*) i obrócone są (*rotatio*) ku stronie choréj, kręgi zaś grzbietowe tworzą *kyphosin scolioticam* (*curvatura compensatoria v. equilibrii*).

Jakkolwiek, polegając na anatomicznój budowie stawu biodrowego i uwzględniając jego czynności (mechanika), staraliśmy się wykazać, że w pierwszym okresie chronicznego zapalenia nie mamy zwichnienia uda w skutku powiększonej zawartości próżni stawu biodrowego (*fungositatis*), i że kątowe położenie kończyny, oraz jéj pozorne przedłużenie nie od zwichnienia, ale od innych zupełnie przyczyn wyprowadzaliśmy, jednakowoż nie przeczymy bynajmniej, żeby zwichnienia takowe nigdy nie mogły mieć miejsca, owszem spotykamy je nieraz przy wodnój puchlinie stawów ostréj, lub chronicznój (*hydarthros*), i ropieniu (*arthropyosis*), skutkiem rozciągnięcia więzów i torebki stawowój, (*luxatio per distensionem*: *Lesauvage, Brodie, Stanley i w. i.*), np. w stawie kolanowym biodrowym i innych.

3) Ból (*dolor*) jest trzecim stałym objawem przy guzie białym stawów: częstokroć występuje on z samego początku choroby pod formą uczucia nateżenia (*tensio*), niedozwalającego swobodnego używania kończyny. Stosownie do miejsca uczucia bólu dzielimy go na stały, czyli w miejscu chorym wyczuwany (*dolor fixus, topicus*) i ból rozpromieniający się (*dolor irradians, v. per irradiationem*), który się objawia w jednym lub kilku stawach poniżej chorego leżących, np. przy zapaleniu stawu biodrowego, chory skarży się na bole w kolanie, a czasem nawet i w stawie golenio-śródkowym. Ból miejscowy od nacisku na staw chory, jak niemniej przy położeniu kończyny, w którym torebka stawowa jest napięta, lub téż końce kości trą się wzajemnie, przybiera większe rozmiary. Pochodzenie bólu promienistego po dziś dzień najrozmaiciéj jest objaśniane: podług jednych (*Richest*) ból ten jest następstwem zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis*), zatém szerzy się przez jednociągłość tkanki (*continuitas*); podług *Crueilhiera* czuć się on daje w przebiegu n. obturatorii; *Stromeyer* długi czas utrzymywał, że źródłem tego bólu jest nacisk wywołany na *nervus saphenus* przez mięsień biodro-połędźwiowy (*m. ilio psas*); porównywano go wreszcie do bólu doznawanego przez chorych w cewce moczowój przy obecności kamienia w pęcherzu; dowiedzono mianowicie, że przy zapaleniu stawu biodrowego nerwy czucia błony maziowój mocno są podrażnione, z kąd refleks odbywa się na nerwy ruchu mięśni biodro-połędźwiowego, ukośnego uda, grzebieniowego, a w skutek ich skracania się (*contractio spasmodica*) występuje podbudzenie nerwów czucia pod formą bólów kolana. Jakkolwiek źródło tych bólów nie jest jeszcze naukowo dokładnie wyjaśnione, lekarz powinien je zawsze mieć na uwadze,



żeby objaw choroby nie brać za samą chorobę, co pod względem leczenia niemałego jest znaczenia.

4) Skutkiem zmienionego położenia kończyny, tak co do kierunku, jak i długości, oraz ciągłych bólów w stawach. czynności kończyny, mianowicie chodzenie zostaje zupełnie prawie zniesione (*unctio laese*), a następstwem nieużywania kończyny bywa jęj chudnienie (*emaciatio*), zanik (*atrophia per inactivitatem*) nie tylko części miękkich, ale nawet i kości, co przy powiększonej objętości okolicy stawowej, rażący przyjmuje wygląd. Tkanka łączno - tłuszczowa i mięśnie najprzód ulegają zanikowi, kości zdają się być pokryte skórą tylko, członek przy próbie uniesienia go w górę drgać zaczyna, i chory w końcu bez pomocy podpory kończyny swojej z miejsca nawet poruszyć nie jest zdolny. (d. c. n).

## K A Z U I S T Y K A.

Postrzeżenia dotyczące nauki o zarośnięciu pochwy macicznej.

Napisał Dr. Ludwik Adolf Neugebauer,

Docent akuszerji i ginekologii w Szkole Głównej Warszawskiej.

### IV. 1)

*Rywka P.*... , córka wyrobnika starozakonnego. lat wieku 15 licząca, w miesiącu marcu 1864 roku dotknięta została bolesnym parciem na stolec, utrudnionym puszczeniem moczu i bólem w okolicy krzyżowej. Objawy te trwały trzy do czterech dni i ustały, ale powtarzały się dotąd co cztery tygodnie. Odchodu miesięcznego chora nie miała; w samym zaś otworze sromowym wystąpił guz okrągławy, sprawiający jęj uczucie osobliwego, nieprzyjemnego parcia w tymże otworze.

Po czteromiesięcznym trwaniu tego cierpienia chora udała się do tutejszego szpitala starozakonnych, gdzie dostała się do oddziału p. Dr. K i n d e r f r e u n d a. Krótko po jęj przybyciu, gdy przypadkiem raz byłem w rzeczonym szpitalu, pokazano mi ją w następującym stanie: blondynka, wątłej budowy ciała, wejrzenia bezkrwistego, piersi i srom słabo rozwinięte. Na sromie i na pagórku łonowym pierwsze dopiero początki porostu. Przy zwyczajnym już położeniu części sromowych objawiał się pomiędzy wargami sromowymi wielkiemi, nieco ku tyłowi, guz postaci pół jaja, który przy dotykaniu okazał się tyle podatnym, iż można go było palcem zniżyć i odeprzeć do ujścia pochwy, a który się składał z zarosłej błony dziewiczej, wypukłonej przez płyn po za nią w pochwie nagromadzony. Guz ten był w kierunku od ujścia cewki moczowej ku wędzidełku warg sromowych na cał długi i w miejscu odpowiedniem położeniu gruczołów Bartholina a zarazem największej jego szerokości siedm linii szeroki. Sama zarosła błona dziewicza w dwóch określonych nieznacznej wielkości miejscach, leżących w bocznych jęj częściach, na przeciwko ujść przewodów odchodowych gruczołów wspomnianych była tak cienka, iż przez nią znajdujący się po za nią płyn błękitnawo przeświecał, w częściach pozostałych zaś była grubsza, nieprzezroczysta i barwy różowej. Palec wprowadzony w kieszkę stołcową spotykał jamę miednicy wypełnioną wielkim, lekko natężonym, sprężystym gazem; jeśli zaś przystawiłem do tego guza palec jednej ręki, a do guza utworzonego przez zarosłą błonę

(<sup>1</sup> Patrz Nr. 7, 8, 11.

dziewiczą przyłożyłem palce drugiej ręki, wówczas, naciskając raz na pierwszy, raz na drugi guz, wyczuwałem tak tam, jak i tu wyraźne chębotanie: zatem guz czuć się dający przez kışkę stolcową była to pochwa napełniona płynem. W końcu czuć można było także i przez ścianę brzusznią w dole brzucha guz twardy kulisty wielkości pięści, wznoszący się z jamy miednicy do wysokości dwóch cali ponad kości łonowe. Jeśli naciskałem na ten ostatni guz ręką przyłożoną do ściany brzuszniej, czuć mogłem drugą ręką chębotanie tak w guzie znajdującym się w otworze sromowym, jak i w guzie czuć się dającym przez kışkę stolcową. Ztąd więc wynikało, iż ciało czuć się dające przez ścianę brzusznią było macicą również płynem rozdętą.

Co zaś do samego płynu, było jawném, iż on składać się mógł jedynie z krwi miesięczkowej wydzielonej podczas doświadczanych czterema powrotami dolegliwości miesięczkowych, a w jamie macicy i pochwy przez błonę dziewiczą wstrzymanej.

Chora miała brzuch miękki i w czasie wolnym od dolegliwości miesięczkowych najmniejszego w nim nie czuła bólu, ale za to skarżyła się na utrudnione oddawanie moczu i stolca, i na brak apetytu, obok ogólnego upadku sił.

*W takim stanie rzeczy pomoc lekarska polegała na otworzeniu błony dziewiczej zarostej i wypuszczeniu tym sposobem krwi miesięczkowej, w macicy i pochwie nagromadzonej.*

Kolega *K i n d e r f r e u n d* był tyle uprzejmym, iż zezwolił, aby potrzebna w tym celu operacya przezemnie była wykonaną. Niebawem więc przystąpiłem do niej, przy jego, oraz pp. *D r ó w C h w a t a i R o s e n t h a l a* asystencyi, w sposób następujący:

Udzieliłem chorój położenie jak do litotomii. Dwaj z asystujących kolegów odciągali wargi sromowe od guza utworzonego przez wypukloną na zewnątrz a zarostłą błonę dziewiczą, którą zarazem jeden z nich mocniej przez to nateżał, że ręką swoją wolną przyłożoną do ściany brzucha wykonywał nacisk na macicę. Ja zaś, wzięwszy w rękę ostro kończate nożyczki, wkłułem jedno z ramion tychże w sam środek zarostej błony dziewiczej i bezpośrednio potem temiż nożyczkami rozciąłem ją tak ku tyłowi jak i ku przodowi na całą jej długość. Przy tej sposobności przekonać się mogłem, iż sama błona była dosyć twarda i przeszło linie gruba.

Przez zrobione cięcie zrazu rzuciła się na zewnątrz grubym strumieniem krew ciemno brunatnawo-czerwona, nieco mazista, gęstości syropu, a zapachu jakby słodkawego, mdlącego. Wyptyw tej krwi utrzymywany był przedłużoném naciskaniem przez ścianę brzusznią na macicę dopóty, dopóki krew sama wyciekać nie przestała. Wszelkie zaś przestrzykiwanie jamy macicy i pochwy wodą lub jakimbądź innym płynem, zaniechaliśmy zupełnie.

Chora po operacyi czuła się wyraźnie ulżoną, i w kilka dni zdrową ze szpitala wyszła.

*Wypuszczony płyn miesięczkowy ważył trzynaście uncyi i dwie drachmy.* Pan professor *B r o d o w s k i* i pan doktor *M i k o ł a j B r ü n n e r* zbadali go bliżej — pierwszy za pomocą mikroskopu, drugi w drodze rozbioru chemicznego. Wypadek tego badania był następujący:

Pod *mikroskopem*, według poszukiwań pana *professora Brodowskiego*, widać w tym płynie było dużo krążków krwi na rozmaitym stopniu zaniku znajdujących się, zaniku tegoż samego rodzaju, jaki zwykł miewać miejsce w krążkach krwi ognisk zalewowych, czyli apoplektycznych. W niewielkiej liczbie były także i krążki krwi mało albo nie zmienione. W mniejszej nieco ilości, niż krążki krwi, dawały się spostrzegać komórki kuliste rozmaitej wielkości zaczawszy od objętości komórek ropnych do podwójnej wielkości kulek śluzowych.

Komórki te przedstawiały różne stopnie stłuszczenia od niewielkiej ilości kropelek tłuszczowych pośród ciała ich znajdujących się, aż do tego stopnia, na którym przyjmują nazwę ciałek ziarnkowatych (*Körnchenzellen*). Za dodaniem kwasu octowego do cieczy między-komórkowej, która dotąd przedstawiała się jako płyn zawierający dosyć znaczną ilość grudek i ziarneczek barwnikowych (*Pigment-Klumpchen und Körnchen*), jak i rozpadu tłuszczowego, — zjawiała się znaczna ilość włókien téj samej natury, jakie się wytwarzają w śluzie po dodaniu doń kwasu octowego.

Z tego badania wynika :

- 1) że płyn ten składał się z krwi i ze śluzu,
- 2) że krew ulana była z naczyń w różnych czasach, jak o tém przekonywa stan krążków krwi na rozmaitym stopniu zaniku zostających, — i
- 3) że także i śluz nie był od razu wydzielony, ale raczej różnemi czasy do krwi przymieszany, jak to udowadnia rozmaitego stopnia stłuszczenie komórek śluzowych.

Wypadek zaś poszukiwań pana *Brünnera* był następujący:

Stojąc przez kilka godzin w naczyniu szklanném, krew będąca przedmiotem poszukiwania dzieliła się na *dwie warstwy*, a mianowicie warstwę gęstszą, cięższą, na dnie naczynia pozostającą i warstwę rzadszą, lżejszą, na warstwie gęstszej spoczywającą.

Pręcik szklanny w krew aż do dna naczynia zanurzony powlekał się warstwą dość grubą, substancji brunatno-czerwonawej, o z ponad dna naczynia końcem tego pręcika wyciągnąć się dały długie nitki wejrzenia smołowatego. Trzepanie krwi pręcikiem szklannym lub różeczką nie powodowało wydzielania się nitek włóknikowych.

Krew przez dłuższy czas w naczyniu zamkniętém lub otwartém pozostawiona, więcej już nie gęstniała, ale po upływie pewnego czasu (2—5 dni) stawała się w górnej części rzadką, z wejrzenia do rzadkiej smoły podobną. Wejrzenie to jednak przedstawiała tylko w większej ilości, w cieńkich zaś warstwach zachowywała kolor brunatnawo-czerwony.

Pozostawiona w naczyniu zamkniętém przez dni dwadzieścia i kilka gnić jeszcze nie zaczęła, w otwartém jednak już po dniach ośmiu ulegać zaczęła psuciu, wydając woń mdłą i nader nieprzyjemną, do woni psującego się mięsa zbliżoną. Przytém zauważano, że krew ta z każdym dniem stawała się płynniejszą i że w cieńkich warstwach barwę coraz brudniejszą przyjmowała.

Oddziaływanie téj krwi za świeża okazało się zupełnie obojętne, w miarę zaś postępującego procesu gnicia z każdym dniem stawało się coraz silniej alkalicznem.

*Ciężar właściwy* badanej krwi, starannie za pomocą pyknometru zbadany, wynosił 1,042.

Krew ta z wodą kłuciona burzyła się, a raczej mocno pieniała, i po pewnym czasie opuszczała na dno naczynia swe części morfologiczne, tworząc przez to warstwę ceglasto-brunatną, nad którą znajdujący się płyn posiadał barwę brudno-czerwonawą.

Roztwór wodny téj krwi za ogrzaniem gęstniał, a przy temperaturze około 45ciu stopni C e l s i u s z a krzepnął na masę szaro-brunatną, skutkiem ściągającego się białka, wydając przy tém woń bardzo nieprzyjemną, podobną do zapachu świeżo wyskubanych pierzy gęsich. Dodany do krwi téj rozbiór potażu gryzącego czynił ją bardzo płynną i nadawał jój piękny kolor szkarłatno-czerwony, w cieńkich warstwach i po brzegach w odcień smaragdowo-zielony wpadający.

*Wszelkie poszukiwania na włóknik* przedsiębrane, dały wypadek *ujemny*. Inne części składowe krwi wykryte zostały sposobem następującym: *woda*, *materye stałe* i *sól* zwykłym sposobem przez parowanie, suszenie w temperaturze 100 stopni C e l s i u s z a i wypalanie, — *białko* przez ścinanie pewnych części krwi w wodzie wrzącej, — *śluz* przez ścinanie za pomocą stężonego kwasu octowego i ciągłego tymże kwasem mycia osadu i dekantacyi stojącej nad nim cieczy. —

Ilość *tluszczu*, *materyi wyciągowych* i *soli* oznaczoną została w części krwi przeznaczonej do oznaczenia ilości białka. *Ciałka krwi* oznaczone zostały za pomocą metody *Figuiera* i *Dumas'a*, to jest za pomocą siarkanu sody, unikając o ile możności przystępu powietrza.

Wypadek tego oznaczenia ilościowego i części składowych wspomnionéj krwi, na 1000 części obliczony, okazał się następujący:

*Części stałych*, a mianowicie:

<i>Ciałek krwi</i> było . . . . .	90,45, —
<i>Białka</i> . . . . .	73,27, —
<i>Śluzu</i> . . . . .	88,92, —
<i>Tłuszczu</i> . . . . .	2,13, —
<i>Materyi wyciągowych</i> . . . . .	3,04, —
<i>Soli</i> . . . . .	9,65, —
<hr/>	
Razem . . . . .	267,46, —
<i>Wody</i> . . . . .	732,54, —
<hr/>	
Łącznie . . . . .	1000,00.

Zapalenie okostnej zębodołowej i okostnej szczęki dolnej. — zapalenie opon mózgu; exophtalmus; śmierć.

*Postrzeżenie I. F. Nowakowskiego Asystenta Kliniki chirurgicznój Wars:awskiej.*

*Ptaszyński Piotr*, lat 27 liczący, silnej budowy ciała mężczyzna, we wsi Jabłonny za stangreta zostający, cierpiąc ból ostatniego zęba trzonowego w dolnej szczęce po stronie prawej, kazał go wyjąć jakiemuś człowiekowi z Jabłonny, którego niemcem nazywał. Ów niemiec zwykłemi kowalskiemi obcęgami, urwał koronę zęba o którym mowa. Ból potém się powiększył a jednocześnie nastąpiło obrzmienie policzka, które w ciągu tygodnia doszło kolosalnych rozmiarów. Bezsenne noce będące następstwem rozwiniętego cierpienia i obawa o swe

zdrowie zniewoliły Ptaszyńskiego szukać pomocy w szpitalu. Jakoż w d. 2 września 1866 r. przybył on do oddziału chirurgicznego szpitala Śgo Ducha, przedstawiając co następuje:

Puls 88, — prawa połowa twarzy bardzo obrzmiała, — zacząwszy od ucha aż do szyi i podbrodźca, które jest zupełnie twarde. Miejsce odpowiadające kąтови szczęki dolnej, daje ślady niewyraźne głębokiego chelbotania (fluctuatio). Wnętrze jamy ust od strony cierpiącej również bardzo obrzmiałe i twarde. Chory skarży się na wielki ból w miejscu cierpiącym, brak snu, dreszcze, zatrzymanie wypróżnień. Zalecono wcierać masę z dr. Argenti nitrici na unc. tłuszczu, kataplazm i olejek rycynowy.

3 Września — dreszcze ponowiły się o godzinie 11 rano. Chory po długiej bezsenności pierwszą noc dopiero spał. Pod kataplazmem czuje ulgę, ból się zmniejszył, chelbotanie wyraźniejsze jak dnia poprzedniego. Od zewnątrz wykonano cięcie w miejscu odpowiadającym przyczepowi żwacza do szczęki dolnej, lecz na ognisko ropne nie trafiono.

4 Września — wykonano cięcie drugie nieco powyżej pierwszego, głębokie, bo aż do kości dochodzące; lecz wypłynęła tylko krew z baruzo małą ilością ropy: — dopiero cięciem od wnętrza jamy ust, głębokiem, odpowiadającym ostatniemu trzonowemu zębowi, — zdołano dojść do ropiejącego ogniska, z którego wypłynęła znaczna ilość posoki z cuchnącym zapachem.

Zalecono staranne przestrzykiwanie odwarem kory chinowej.

5 Września — chory ma się nie źle; obrzmienie twarzy znika, posoka wypływa do jamy ust swobodnie, dreszcze ustały — sen powrócił.

6 Września — chory gorączkuje, w nocy nie spał, ciepło ciała podwyższone, od 2ch dni nie było wypróżnień. Odływ posoki bardzo cuchnącej powiększa się, obrzmienie się pomniejsza, podbrodzie miękkie i do prawidłowej objętości wraca.

Zalecono Rp. Magnesiae Sulphur. un. 1 — un. 6 wody. Co 2 godz. łyżkę.

7 Września — Puls 80, ciepło ciała nieco niższe jak dnia poprzedniego, — były dwa wypróżnienia — osłabienie ogólne. — Wypływ posoki się nie zmniejsza. Oko lewe ku przodowi wypchnięte, łącznica (conjunctiva) zgrubiała, przynajmniej na 1 cent.

Zalecono: Mixtura febrifuga — Ph. Nos.

8 Września — Puls 100 — chory całą noc majaczył, — skarży się na ból głowy, — odpowiedzi daje niechętnie, przerywane, — osłabienie znaczne, ciepło bardzo podwyższone.

Oddechanie krótkie, a pod prawym obojczykiem słyszeć się daje oddech bardzo zaostrozony w oskrzelowy przechodzący. Z rany wypływa do jamy ust znaczna ilość posoki śmierdzącej.

Zalecono proszki z siarczanu chininy dwu-granowe — i 12 baniek między łopatkami.

9 Września — Puls 88 — ciało gorące, język suchy, chory pogrążony jest w śpiączce, mało przytomny, w nocy zrywał się z łóżka. Powieki obrzmiałe, a oba oczy ku przodowi bardzo wysunięte, łącznica zgrubiała, — ilość wypływającej posoki zwiększona. Palcem wprowadzonym przez jamę ust do ogniska ropiejącego wyczuć dobrze można całą gałąź wstępującą szczęki dolnej obnażoną z okostnej.

10 Września — stan takż sam z zupełną nieprzytomnością chorego połączony.

11 Września — o godzinie 10 rano chory zmarł.

We 24 godzin wykonana sekcya w obec prof. Girsztowta, który w ciągu choroby kilkakroć chorego widział, dała następujący wypadek:

1. Co do miejsca cierpiącego: — Po odcięciu i odłożeniu płata policzkowego do gory, przedstawiło się wielkie ognisko zaposoczone, zajmujące przestrzeń od podbrodźca aż do oka i stawu skronio-żuchwowego, przechodzące do jamy ust, mianowicie do połowy podniebienia miękkiego i sięgające aż do podstawy czaszki.

Wypilowana połowa żuchwy, okazała gałąź wstępującą obustronnie z okostnej obnażoną, chrząstkę stawu skronio-żuchwowego zniszczoną, — brak korony ostatniego zęba trzonowego, które to miejsce było punktem wyjścia całego processu chorobowego. W skutek bowiem gwałtownego urwania korony ostatniego zęba trzonowego, powstało najprzód zapalenie okostnej zębodołowej, które potem przeniosło się na okostną samęj szczęki a szerząc się ku górze zajęła staw żuchwo-skroniowy i całą podstawę czaszki, — powodując zapalenie opon mózgowych i śmierć.

II. Otwarcie czaszki okazało naczynia na błonie twardej mózgu bardzo nastrzyknięte, a po odjęciu tejże całą prawą półkulę mózgu tak od góry jak i od popstawy obłąną grubą warstwą wysięku w rozpad przechodzącego.

W obu oczodołach, przy początku wejścia nerwów wzrokowych widać niewielką ilość ropy, a tkankę łączną oczodoły wyścielającą mocno nasiąkniętą.

Z tego smutnego wypadku jakąż naukę wyprowadzić możemy? — oto, że rwanie zębów, równie jak każda inna operacya chirurgiczna, tylko przez umiejętnie wykształconą rękę dopełniane być winno, — że puszczenie krwi, rwanie zębów, zaprowadzanie cewnika (kateteru), nastawianie zwichniętych i składanie złamanych kończyn, tylko lekarzom pozostawić należy.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Dr. E. Leyden, Professor in Königsberg: Beiträge zur Pathologie des Icterus  
Berlin 1866.

Z pomiędzy licznych teoryi o sposobie powstawania żółtaczki, zdaniem autora, na wzmiankę zasługują głównie następujące: 1mo, żółtaczka powstaje w skutku wstrzymania czynności wątroby, które to wstrzymanie jest powodem, że żółć poprzednio już utworzona we krwi nie zostaje na zewnątrz wydzieloną, lecz w niej się nagromadza — *Icterus per suppressionem* 2do. powstaje ona skutkiem utrudnionego odpływu wydzielonej z wątroby żółci i wessania nagromadzonej wydzieliny — *Icterus per resorptionem*: 3ie. żółtaczka nie ma nic wspólnego z wątrobą, a powstaje przez rozkład krwi — *Icterus sanguinis*.

M o r g a g n i, który pierwszy zwrócił uwagę na możność powstawania żółtaczki drogą mechaniczną, przypuszczał jednak, że właściwą jej przyczyną jest nagromadzenie się we krwi części składowych żółci poprzednio już tam istniejących. Glisson również utrzymywał, że we krwi żyły wrotniej żółć już gotowa się znajduje a wątroba służy tylko jako cedzidło dla tej wydzieliny. Przez długi czas zdanie to powszechnie przyjęte było, aż dopiero przy końcu ostatniego stulecia (1795) S a u n d e r s a następnie M ü l l e r, K u n d e i M o l l e s c h o t t wystąpili z zarzutami przeciw tej teoryi i bezzasadność jej wykazali: obecnie liczy ona tylko mało zwolenników, a to głównie pomiędzy lekarzami angielskimi (Harley, Budd).

Żółtaczka krwi i żółtaczka przez wessanie wydzielonej żółci są obecnie jak najdokładniej stwierdzone. Sposób powstawania pierwszej polega na tém, że uwolniony barwik krwi skutkiem rozpadu ciałek czerwonych przechodzi na barwnik żółci; powstawanie zaś drugiej odbywa się drogą mechaniczną, za pośrednictwem przesiąkania do naczyń krwionośnych żółci, wydzielonej przez wątrobę. Łatwo więc pojąć, że w obydwóch razach niektóre wydzieliny organizmu, np. mocz zawierać będzie barwnik żółciowy, lecz właściwe części składowe żółci a głównie połączenia tauryny i glicyny z kwasem cholalowym, tylko przy żółtaczce przez wessanie żółci powstałej, w moczu znajdować się mogą. W rzeczy samej wykazanie w moczu obecności kwasu cholalowego (za pomocą próby Pettenkoffera zmodyfikowanej przez Neukomina), odróżnia *Icterus per resorptionem* od *Icterus sanguinis*. Żółtaczka krwi powstaje: 1) skutkiem wpływu na organizm substancyj niszczących ciałka krwi: tu należy także żółtaczka powstająca czasami po narkotyzacyi eterem lub chloroformem, 2) przy wodnistości krwi, małokrewności i bladaczce, 3) przy żółtej gorączce 4) przy pyemii, 5) przy chorobach serca (wyjąwszy te które połączone są z katarem przewodu pokarmowego,) i 6) u noworodków, gdy niema anatomicznej przyczyny.

Co się tyczy zachowywania się kwasów żółciowych w organizmie, to liczne doświadczenia przekonały autora, iż te we krwi nie ulegają rozkładowi, jak to dotychczas utrzymywano; dowodem tego jest: 1) ta okoliczność, iż przy małym nawet stopniu żółtaczki kwasy żółciowe wykazać się dają w moczu, 2) obecność ich w moczu po nastrzykiwaniu pod skórę, 3) powolne ich znikanie z moczu przy żółtaczce i po nastrzykiwaniach (Hoppe i Leyden zauważali je w moczu jeszcze po trzech dniach), i 4) trwałość tych kwasów. Skoro tak jest, to zachodzi teraz pytanie, jak w prawidłowym stanie kwasy żółciowe z organizmu wydalone zostają? Podług powszechnie przyjętego zdania Biddera i Schmidta, pewna część tych kwasów

wessaną jest w przewodzie kiszkiowym już w stanie zmienionym, część zaś ulega dalszemu rozkładowi we krwi i tam utlenioną bywa, reszta wraz z kałem na zewnątrz się wydostaje. *Leyden* jednak dowiódł za pomocą licznych doświadczeń, iż zupełnie nieprawdopodobnym jest, aby jakaś znaczniejsza część kwasów żółciowych w przewodzie kiszkiowym wessaną była i we krwi utlenioną została; zdaje się więc, iż cała ilość zawarta jest w odchodach kiszkiowych.

Obecność kwasów żółciowych we krwi, zdaniem *Leydena* szkodliwie wpływa na cały organizm: ciałka krwi za ich wpływem zostają rozpuszczone; czynność serca przy małych ilościach wzrasta, przy większych słabnie; oddychanie zwalnia się i nareszcie ustaje, czynność ośrodków systematu nerwowego ulega również zboczeniu, albowiem czucie, ruch dowolny i zwrotny ustają, kurczliwość mięśni niknie; nareszcie przekonał się *Leyden*, iż komórki wątrobowe, mięśnie serca i nabłonek kanalików moczowych ulegają stłuszczeniu, a we krwi ilość ciałek białych powiększa się.

Opierając się na tém, objaśnia autor wszelkie objawy towarzyszące żółtaczkę kataralną i możliwe jej groźne skutki, które zależne są nie tylko od przeszkód w trawieniu, ale od zatrzymania we krwi kwasów żółciowych; — najważniejszą jednak pomocą natury w tych wypadkach, jest ta okoliczność, iż jednocześnie wydzielina moczu znacznie się powiększa i kwasy z moczem wydalone zostają.

Żółtaczka, jak wiadomo, towarzyszy często pewnym chorobom, nie tylko samej wątroby, ale innych narządzi. Dochodzenie chemiczne moczu i wykazanie w nim kwasów żółciowych przekonywa, że w tych wypadkach przyczyną żółtaczki jest wessanie żółci wydzielonej, a nie rozkład krwi. Przy marskości wątroby (*cirrhosis*) żółtaczka prawie stale się objawia, raz w większym, drugi raz w mniejszym stopniu; przy zwyczajnym stłuszczeniu, czasami tylko występuje; to samo przy nowotworach i pasożytach wątroby, znanych pod nazwą *echinococcus*; ropnie tego organu, nawet wielkie przebiegają częstokroć bez żółtaczki. Zbiór objawów będących następstwem chronicznego otrucia wyskokiem, a znany pod nazwiskiem *Delirium tremens*, często połączony jest z żółtaczką, która zależy albo od kataru przewodu żółciowego, albo też od marskości wątroby, a liczne spostrzeżenia przekonały, że powikłanie to przyczynia się do większej śmiertelności. Zapalenie płuc krupowe łączy się nieraz z żółtaczką. *Harley* uważał ten objaw jako następstwo biernego przekrwienia wątroby, w skutek utrudnionego krążenia w płucach; bierne to przekrwienie wstrzymywało ma czynność wątroby i powstaje *icterus per suppressionem*. *Frerichs* za przyczynę tej żółtaczki podaje zmniejszoną przemianę kwasów żółciowych we krwi, lub wessanie żółci w skutek przeszkód krążenia krwi w wątrobie. Przypuszczenia te zbija *Leyden* najzupełniej i dowodzi, że żółtaczka ta jest tylko spowodowaną przez katar przewodów żółciowych, który się tam przenosi z żołądka i kiszek. Smutne następstwa takiej komplikacji zapalenia płuc, zdaniem *Leydena* powodowane bywają obecnością we krwi kwasów żółciowych, o wpływie których na krew i czynność serca powyżej już nadmieniliśmy. Przy chorobach serca, z wyjątkiem zapalenia błony jego wewnętrznej, połączonego z owrzodzeniem takowej, gdzie żółtaczka powstaje przez rozkład krwi, zwykłą jej przyczyną jest zastój żylny wątroby, lub katar przewodów. Żółtaczka podczas tyfusu zależy czasem od kataru, a czasem od rozkładu krwi. Groźne objawy nerwowe przy tak zwanym ostrym zaniku wątroby (*atrophia hepatis ac. flava*) spowodowane są zdaniem autora, tylko obecnością kwasów żółciowych we krwi, stłuszczenia zaś komórek wątrobowych nie uważa *Leyden* za następstwa zapalenia miąższowego, jak to czyni *np.* *Förster*, lecz zapatruje się nań jako na skutek zmian odżywiania i krążenia <sup>1)</sup>. Szkodliwy wpływ na organizm kwasów żółciowych występuje przeważnie przy długotrwałej żółtaczkę, u położnic i w takich wypadkach, gdy wydzielina moczu doznaje przeszkody.

Oto jest krótkie streszczenie obszerniej monografii profesora *Leydena*, który zebrał w jedną całość wszelkie znakomitsze prace pierwszorzędných badaczy, odnoszące się do fizjologii i patologii żółci, zestawil i krytycznie rozebrał wszystkie nowsze poszukiwania chemiczne tej wydzieliny i wzbogacił je własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami, które z największą ścisłością i dokładnością przeprowadził. Najważniejszą zasługą tej pracy jest dokładne wykazanie cechy rozróżniającej żółtaczkę, zależną od zmian chorobnych wątroby od żółtaczki, której bezpośrednim momentem przyczynowym jest zboczenie krwi. Dochodzenia bo-

<sup>1)</sup> W ostatku żółtaczka zdaniem autora jest pochodzenia mechanicznego.

wiem autora potwierdziły najzupełniej zlanie wypowiedziane jeszcze poprzednio przez Kühn'e'go, że kwasy żółciowe, jeśli we krwi się znajdują, czy to skutkiem zbroczeń sielliško swe w wątrobie mających, czy też w skutek umyślnego (przy doświadczeniach) nastrzykiwania tych kwasów bezpośrednio do krwi lub pod skórę, nie ulegają żadnym zmianom, lecz zawsze z moczem wydalone są i wykazać się tam dają nawet w najmniejszych ilościach. Z tego więc wyprowadzić się daje ważny wniosek pod względem praktycznym, mianowicie że dotychczasowy sposób badania moczu na barwniki żółciowe (za pomocą nieczystego  $\text{NO}_3$ ) jest zupełnie niewystarczającym dla dokładnej dyagnozy; dopiero obecność przytem kwasów żółciowych, lub brak ich może nam dać stałą podstawę do wywodów.

Pod względem fizyologicznego zachowania się żółci, praca powyższa również wiele wyjaśnia; okazuje się bowiem, że kwasy żółciowe nie zostają wessane w kanale kiszkiowym, cała zatem ich ilość wydalana jest z kałem na zewnątrz. Jeżeli z ilości tych kwasów wydalonych wnosić można o ogólnej ilości żółci przez wątrobę wydzielanej w ciągu doby, to otrzymamy cyfrę *znacznie* mniejszą od tej, jaka dotychczas dla człowieka podawana jest przez fizyologów, którzy (od Sch w a n n'a począwszy) wnioski swe pod tym względem wyprowadzają z doświadczeń robionych na zwierzętach przez zakładanie przetok (fistul) żółciowych. *Portner.*

## Wiadomości bieżące.

Do Redakcyi Gazety lekarskiej.

Dr. Wilhelm Lubelski (syn) dnia 2 grudnia 1866 r.

• Wiedząc jak starannie Gazeta lekarska zbiera wszelkie fakta dotyczące zastosowania eteru siarczanego w różnych gałęziach sztuki lekarskiej, poczuwam się do obowiązku podania do wiadomości Redakcyi następującego postrzeżenia:

W powierzonym opiece mojej oddziale epileptycznych szpitala Dzieciątka Jezus, znajduje się mała, siedmioletnia dziewczynka C . . . A . . . . . która przed dwoma laty, dostawszy płasawicy (*chorea*), i po zupełnym wtedy z nię wyleczeniu, obecnie po raz drugi uległa tej chorobie, w sposób daleko gwałtowniejszy. Ani przetwory żelaziste, ani bromek potasu i (zachwalany przez Prof. Lebert) roztwór Fowlera, nie zdołały złagodzić nieprawidłowej ruchliwości, cechującej, jak wiadomo, płasawicę.

Dopiero w początku zeszłego tygodnia wpadłem na myśl, by na kręgosłup puścić strumień proszkowanego eteru siarczanego. Niebawem, bo przy pierwszém zaraz użyciu, ruchy mimowolne się zmniejszyły, a po 3—5 minutowym zastosowaniu tego sposobu, zupełnie ustały i dotąd się nie powtórzyły. — Jednakże jeszcze trzy razy puszczałem eter w kierunku rdzenia kręgowego, i to zawsze w przytomności chirurga, Siostry miłosierdzia i innych towarzyszków zwykłej wizyty szpitalnej, którzy wszyscy byli świadkami tej prędkiej kuracyi. Podczas spadania proszku na grzbiet, skóra bielala, traciła swą normalną czułość i przedstawiała wszelkie objawy anestezyi.

Nadmieniam, że używam aparatu, złożonego z pompy powietrznej od rozpylacza „Nephogène“ Mathieu'go, połączonego za pomocą rurki z guttaperchy z przyrządem szlaskowym Richardsona, takim, jakiego używają dentyści, tj., iż na końcu rurki proszkującej, osadza się dowolnie jeden lub dwa dzióbki, stosownie do tego czy chcę działać na środek, czy na boki kolumny kręgowej.

Podając fakt ten proszę, by koledzy byli laskawi w swojej praktyce stwierdzić, lub też zaprzeczyć mej obserwacyi, o której zawiadomilem jednocześnie P<sup>r</sup>. Axenfeld i Vulpian w Paryżu, poddając się zarazem ich krytyce, gdyż nie przesądzając, mniemam, że postrzeżenie moje będzie punktem wyjścia nowych doświadczeń nad działalnością eteru.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

---

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. —  
"      półrocznie    "    2    50  
"      kwartalnie    "    1    25

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:  
"      "      rocznie . . . Rs. 6.  
"      "      półrocznie    "    3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

PRESC: O guzie białym stawów (Ciąg dalszy) Prof. Girsztowt. — Kazuistyka. Postrzeżenia dotyczące nauki o zarostnięciu pochwy macicznej. Dr. Neugebauer. — Zapalenie okostnej wędzidłowej i okostnej szczęki dolnej; zapalenie opon mózgu; exophthalmus; śmierć. I. F. Nowakowski. — Kronika Zagraniczna. O Patologii żółtaczki. S. Portner. — Wiadomości bieżące. Dr. Lubelski.

## O guzie białym stawów (tumor albus).

Prelekcyja Prof. Girsztowta.

(Ciąg dalszy).

Chroniczne zapalenie stawów jest chorobą przeważnie dziecinnemu wiekowi właściwą, bywa ono jednak i u ludzi dorosłych, u starców zaś zdarza się nader rzadko, prawie wyjątkowo; nie szczędzi żadnej płci. Trwanie téj choroby jest przewlekłe; przebieg jój nieprawidłowy; charakteryzują go częste, w różnych odstępach czasu zdarzające się pogarszania się (*exacerbatio*), jednak w jój rozwoju występują wybitne, typiczne prawie, objawy (*sympptomata*) kliniczne, uwydatniające pewne anatomiczne zmiany, pozwalające przebieg cierpienia rozdzielić na okresy, które chociaż w każdym stawie są nieco odmienne, od budowy i czynności jego zależące, mają jednak one pewne wspólne cechy, które razem wzięte tworzą odrębną fizyognomię choroby, wyróżniającą guz biały stawów od innych podobnych doń cierpień. Przy opisie patologicznych zmian tkanek, uwzględniając porządek ich wystąpienia i wzajemny stosunek, chorobę w mowie będącą, biorąc za podstawę torebkę stawową, rozdzieliłiśmy na dwa rodzaje: 1) na zapalenie tkanek wewnątrz stawu leżących (*endoarthritis*) i 2) poza obrębem jego znajdujących się (*periarthritis*, v. *panarthritis*); zapalenia zaś samój torebki (*mesoarthritis*), nie mogąc w oderwaniu przedstawić, odnosimy do pierwszego lub drugiego rodzaju stosownie do punktu wyjścia choroby. Podział ten anatomiczny jest zarazem i klinicznym i ma niepodrzedne znaczenie pod względem czysto leczniczym. Prawda, dwie te formy chorobne częstokroć bywają współcześnie, rozwijając się razem, lub jedna po drugiej, ale są przypadki pojedynczego, zupełnie oddzielnego ich istnienia niepociągające za sobą cierpienia drugiego rodzaju i cechujące się właściwemi sobie objawami.

Chroniczne zapalenie gąbczaste wnętrza stawu (*endoarthritis fungosa, tumor albus intracapsularis, v. internus*), które stosownie do pierwotnego zajęcia chorobą części miękkich (*blona maziowa*) lub stałych (*chrząstki i końce stawowe kości*) dzielono na miękkie (*tumor albus mollis*), i twarde (*tumor albus durus, arthrocaecae*), w przebiegu swoim przedstawia szereg objawów, które w następstwie swojego rozwoju zachowując stale prawie tenże porządek, pozwalają chorobę o której mowa, podzielić na okresy i w każdym z nich wykazać charakterystyczne przypadłości. Okresów takich w zapaleniu stawów wewnętrznym rozróżniamy trzy: 1) okres tworzenia się ziarniny (*stadium granulationis*), 2) okres rozpadu tej tkanki, czyli okres rozwoju ropienia i owrzodzenia (*stadium destructivum*), 3) okres możebnych zejść i następstw (*ex tus, sequelae*).

Punktem wyjścia choroby najczęściej są miękkie ściany stawów (*blona maziowa, torebka stawowa*), nierównie rzadziej końce stawowe kości. Objawy towarzyszące chronicznemu ich zapaleniu w początku choroby nader mało są uwydatnione, i tak się rozwijają zwolna, że chorzy nie zwracają prawie na nie uwagi i wtedy, kiedy sądzą się być zupełnie jeszcze zdrowymi, zmiany anatomiczne w tkankach stawowych dosięgają już nieraz znacznych rozmiarów. W ciągu tak powolnego rozwoju choroby, pierwszym chorobowym objawem, na który chorzy zaczynają skarżyć się jest uczucie zmęczenia (*lassitudo*), osłabienia, lekkiej sztywności w chorąg kończynie, które najbardziej czuć się dają choremu po pewnym odpoczynku, tak naprzykład chory z rana przy wstawaniu z łóżka czuje, że ruchy w tej kończynie są utrudnione, stąpanie niepewne, staw jakby związany, i dla odzyskania siły i śmiałości w użyciu członka, chory nim zacznie chodzić wykonać musi, jakby na próbę, powolne, umiarkowane, obliczone prawie ruchy. Stan taki trwa całe tygodnie, a czasem i miesiące; powoli jednak przybiera groźniejsze rozmiary, chory nie może długo używać kończyny, i po dłuższem nieco chodzeniu, obok zmęczenia w stawie skarży się na uczucie małego bólu, który przy nacisku od zewnątrz (*palpatio*) staje się dotkliwszym, mianowicie w niektórych miejscach (*puncta do'orosa*), jak: w stawie łokciowym na główce kości sprychowej, w kolanie z boków rzepki, w stawie biodrowym z tyłu skrzętu wielkiego, in *plica inguinali* w miejscu odpowiadającym stawowi, jak również na miednicy, w miejscu przyczepów mięśni przywodzących udo. Chory pomimo tego używa swojej kończyny, częściej jednak zmaszony będąc zwracać na nią uwagę, postrzega w okolicy chorego stawu nieznaczne obrzmienie, a utrudnione wciąż i nieco bolesne ruchy zamieniają się na małe kulanie. Te pierwsze objawy, na wytworzenie się których składają się miesiące, powstają czasem w sposób ostry, wtedy mianowicie, jeżeli zapalenie ostre błony maziowej (*synovitis acuta*), lub też zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis*) zamiast być uwięzionemi zupełnym rozejściem się, przechodzą w stan chroniczny i wywołują z jednej strony zgrubienie i gąbczaste przeistoczenie błony maziowej, z drugiej zaś zapalenie i owrzodzenie chrząstek stawowych. W kilka tygodni po złagodzeniu wybitniejszych objawów\* tym dwom chorobom właściwych, czyli po pozornym ich uleczeniu, zaczynają rozwijać się dopiero co wyliczone przypadłości, charakteryzujące zapalenie chroniczne, jako pozostałość (*residuum*) lub następstwo (*sequella*) zapalenia

ostrego. Pierwotne te cztery objawy (*utrudnione ruchy, uczucie małego bólu, nieznaczne obrzmienie, kulanie*), zaczynającego się guza białego stawów, na które ani chory, ani otaczający go nie zwracają uwagi, jeżeli chory zmuszony inném przypadkowym cierpieniem czas pewien pozostanie w łóżku, zostają znakomicie złagodzone i pozwalają mu zapomnieć nawet o małej napozór dolegliwości, której on dotąd za chorobę nawet nie uważał. Tymczasem małe przypadkowe uderzenie, przydłuższe nieco chodzenie, nieznaczne zaziębnienie chorego stawu, zupełnie niespodzianie rozbudzają uprzedni szereg chorobowych objawów, do których przyłącza się jeszcze gorączka, zaczerwienienie różowe skóry w okolicy chorego stawu, większa obrzmiałość, oraz niemożliwe bez wywołania znacznego bólu ruchy kończyny. Kilkodniowy spoczynek znowu usuwa te cierpienia, najmniejszy jednakże powód cały obraz choroby napowrót wyzywa na scenę. Kolejne te pogarszania się i polepszania (*exacerbatio et remissio*) są coraz częstszymi, i w końcu stają się powodem wystąpienia nowych objawów tak w stanie miejscowym jak i ogólnym obok znacznego powiększenia się dawniejszych. Do objawów takich, które za charakterystyczne uważamy w tym okresie guza białego stawów, zaliczamy:

1) Obrzmienie (*intumescencia*) w okolicy chorego stawu. Obrzmiałość stawu w pierwszym okresie guza białego ma swoje źródło w gąbczastém przeistoczeniu tkanek nadstawowych i we wnętrzu stawu leżących, oraz w powiększonej nieco ilości mazi stawowej i zależy nadto od tworzącego się wysięku. Obrzmienie to jest wyraźniejsze i wystąpienie jęj wcześniejsze przy zapaleniu tkanek nadstawowych (*panarthriti*), jak niemniej na stawach powierzchowne położenie mających, czyli niepokrytych grubemi warstwami mięśni. W skutku tego normalne zarzsy stawu zostają wygładzone, kształt ich robi się okrągłym lub wrzecionowatym, konsystencya obrzmiałości (przy *endoarthriti*) jest miękka, ciastowata (*postosa*), gąbczasta, sprężysta, czasem nawet dająca uczucie jakby przelewania się (*pseud fluctuatio*); przy zapaleniu zaś tkanek nadstawowych jest twarda, chrząstkowata, kostna. Objętość obrzmienia jest rozmaita, 2 lub 3 razy nawet od stawu zdrowego większa; skóra na niem napięta, połyskująca, blada, jakby woskowa; ta charakterystyczna bladość obrzmienia, od utrudnionego obiegu krwi zależąca, była powodem nazwania samej choroby „guzem białym” stawów, którego chociaż bynajmniej nie określa istoty rzeczy, ale jako powszechnie uświęcone w nauce, użyliśmy.

2) Drugim objawem chronicznego zapalenia stawów jest zmieniony kierunek kończyny (*directio anomala*), nieprawidłowe jęj położenie (*positio perversa*) i unieruchomienie (*immobilisatio*) w tém położeniu, a w skutku tego pozornie zmieniona jęj długość, oraz zmieniony stosunek do tułowia. Zbyt zawikłany i pod względem naukowego objaśnienia wiele zostawiający do życzenia, objaw ten zaczyna się od utrudnionych ruchów i kulania (*claudicatio*). Następnie w dalszym rozwoju choroby wytwarza się nieprawidłowy kierunek i położenie kończyny, które dla każdego stawu zawsze jest jednakowe. Zmiany te położenia zaczynają się zwykle od zgięcia (*flexio*), które powoli i stopniowo powiększając się znacznych dosięga rozmiarów, tak kolano staje pod kątem tępym, który zbliża się

powoli do prostego, z czasem ustawia się pod kątem ostrym, udo przytém jest *in abductione* i zarazem *in rotatione externa*, i chora kończyna dotyka się łożka zewnętrzną swoją stroną; staw biodrowy staje *in flexione, abductione et rotatione externa*; staw stopowy otrzymuje położenie *pedis equini* (*flexio plantaris*); staw łokciowy ustawia się w średnim położeniu pomiędzy zgięciem i wyprostowaniem. W początkach kończyny dają się jeszcze odprowadzić do normalnego ich położenia, ale nie bez uczucia bólu, przytém mięśnie na stronie zgięcia mocno są naprężone; następnie jednak stawy w tém położeniu zostają ustalone, ruchy tak bierne, jak i czynne stają się niemożliwe i wszelka próba wyprostowania (*correctio*) przykre wywołuje boleści.

Co jest powodem zmienionego położenia kończyny, które w każdym pojedynczym przypadku zawsze jest jednakowe (*positio typica*), i co ją utrzymuje w tém stałym położeniu? Nad rozstrzygnięciem tego pytania długie już pracują lata, stworzono już mnóstwo teoryj, ale ostatniego słowa nauka jeszcze nie wypowiedziała. Rozbierzmy główne przynajmniej poglądy i przyjrzyjmy się ich zasadom. Jedni przyjmując za podstawę kliniczne postrzeżenia, że przy ostrém ropiastém zapaleniu błony maziowej (*synovitis purulenta acuta*) nader prędko rozwija się kątowne położenie kończyny, i sądząc że prędkość ta, oraz stopień zgięcia zależy od gwałtowności objawów zapalenia (ból), utrzymują, że przyczyną wywołującą to zбочzenie jest *contractura musculorum reflectoria*, będąca następstwem ciągłego drażnienia błony maziowej w stanie zapalnej znajdującej się. Na potwierdzenie swojej teoryi przytaczają znany fakt bolesnego drgania mięśni nocną porą (*subsultus tendinum nocturnus*) przy świeżych złamaniach kości rozwijającego się; niemniej téż użytkują na korzyść swój nauki wypadki, nader wprawdzie rzadkie, chronicznego zapalenia gąbczastego stawów, w których w pierwszym okresie choroby (*stadium granulationis*) nie rozwija się zgięcie kończyny, a dopiero występuje w drugim okresie, przy tworzącém się ropieniu i owrzodzeniu końców stawowych kości, pod formą *spasmi clonici dolorosi*. Przytaczają również przypadki, w których pomimo znacznego ropienia w stawie, jeżeli objawy miejscowe przebiegały bez boleści, także zmiana w położeniu kończyny nie następuje. Podług tego poglądu zatém jedynym powodem charakterystycznych zmian w położeniu kończyn przy guzie białym stawów, ma być silne zadrażnienie błony maziowej i w skutku odruchów rozwijające się ściąganie się (*contractura*) mięśni (*theoria reflectoria*). Zauważyć jednakże winniśmy, że wypadki, na których teoryja ta spoczywa, są tak rzadkie, że je wyjątkowymi nazwać możemy, a powtóre każdemu wiadomo, że częstokroć przy największych obrażeniach błony maziowej (rany, *contractura reflectoria* kończyn nie daje się spostrześć. Druga teoryja, podług której objaśniano zmiany w położeniu kończyn jest instynktywna: sądzą, że chorzy trapieni bólami, celem ulżenia sobie, instynktywnie starają się nadać takie położenie kończynie, przy którém więzy i mięśnie byłyby w najmniejszym naprężeniu (*relaxatio*). Z tą teoryją stoi jednakże w sprzeczności prosta obserwacya, mianowicie, że przy gwałtowném wyprostowaniu kończyny (*extensio, correctio violenta*), przez które stawiamy kończynę w dawnych jej warunkach położenia, od razu znosimy boleści, przyczém przekonywamy się jeszcze, że przy in-

stynktywném położeniu kończyny, pewne więzy i mięśnie były najbardziej wyprężone i w skutku tego końce stawowe kości w nieprawidłowém wzajemném zetknięciu silnemu ulegając naciskowi, przeszły w owrzodzenie, w zużycie (*usura*). Podług téj teoryi jednakże podziśdzień objaśniają jeszcze rozwój zmian w położeniu miednicy i kregostupa (*positio compensatoria*) przy guzie białym stawu biodrowego, jak to zaraz zobaczymy. Trzecia teorya, której wywodami posługujemy się dla objaśnienia zmian w położeniu kończyn, jest mechaniczna. Polega ona na znanym fackie, że pojemność (*capacitas*) próżni stawu w różnych jego położeniach t. j. przy zmieniających się stosunkach jednego końca stawowego kości odnośnie do przeciwległego drugiej jest rozmaita, czyli innemi słowy, że próżnia stawu w jedném jego położeniu pomieścić może w sobie więcej płynu (zawartości), aniżeli w drugim; prócz tego ilość płynu w miarę swego powiększania się w stawie, większy wywiera nacisk od wewnątrz na więzy, torebkę włóknistą, ścięgna, mięśnie, w skutku czego kończyna ulega zmianom w położeniu, przechodząc kolejno rozmaite stopnie zgięcia. Płynem takim zbierającym się w większej ilości przy chroniczném zapaleniu stawu jest wysięk, ropa, oraz massa miękka, przez bujanie (*luxuries*) ziarniny powstała. Przez nagromadzenie płynu w stawie biodrowym, przy jego zapaleniu, w ciągu długich wieków (bo jeszcze od czasów Hipokratesa) objaśniali także wydłużenia kończyn (*prolongatio*) w skutku niby zwiczenia powiększoną ilością płynu wywołanego, biorąc, jak się wnet przekonamy, pozor za rzeczywistość. Przed 20 laty dwaj francuzcy uczeni: B o n n e t (w roku 1840) i P a r i s e (w 1842) zrobili liczny szereg doświadczeń, nastrzykując (na trupach) do próżni stawów pewną ilość płynu i przekonali się, że w miarę nastrzykiwania większej ilości płynu, kończyny ulegały zmianom w położeniu i przybierały różne stopnie zgięcia zupełnie takie same, jak przy białym guzie stawów. Wszyscy przykiasnęli tym doświadczeniom i uważali rzecz tę na drodze naukowo doświadczalnej za dostatecznie skończoną. Tymczasem obserwacya kliniczna poddała teoryę tę w wątpliwość: nikt nie potrafił objaśnić sobie, dlaczego przy ostrém surowiczém zapaleniu błony maziowej (*synovitis serosa acuta*), gdzie w próżni stawu w krótkim bardzo czasie nagromadza się ogromna ilość wysięku, kończyny nie przyjmują położenia zgiętego, a zachowują zwykle wyprostowane (*extensio*). Prócz tego nie zdołano podług teoryi mechanicznej wytłumaczyć kolejnej zmiany kończyny przy *coxitis*. Przy położeniu kończyny *in flexione, abductione, et rotatione externa* z pozorném jój przedłużeniem się, pojemność stawu rzeczywiście jest największą i te położenia typiczne możemy sztucznie wywołać robiąc nastrzykiwania do próżni stawu biodrowego, ale w jaki sposób podług tychże zasad wytłumaczyć następne położenie kończyny *in flexione, ad luctione et rotatione interna* z pozorném jój skróceniem się? Wielu zatém nie mogąc zadowolnić siebie wyżej przytoczonymi teoryami, które jakkolwiek wiele mają w sobie prawdy, nie są jednak w zupełności wystarczającami w każdej ewentualności. twórczyli jeszcze nowe, (dowodzili np., że samo leżenie chorego w łóżku, jest powodem szczególnych zmian kończyn), które jednakowoż nie zbogaciły nauki żadnym rzeczywistym nabytkiem.

Jeżeli trudnym jest rzeczywiście objaśnienie zmian w położeniu kończyn, zato nieco łatwiejszym jest wytłumaczenie ostatecznego unieruchomienia ich w wadliwym położeniu. Po pewnym przeciągu czasu, ruchy tak czynne jak i bierne w chorąg kończynie stają się coraz trudniejszymi, w końcu i zupełnie niemożliwymi, przyczem postrzegamy, że mięśnie na stronie zgięcia (*flexio*) są mocno naprężonymi. Powodem niemożności ruchów są mięśnie, ścięgna, więzy, torebka stawowa, powięzie, które przy chronicznym zapaleniu zlewają się w jedną masę, kurczą się, a w końcu powoli przechodzą w *retractio permanens*, następnie w części rozwija się ich stłuszczenie, zanika substancja sprężysta, a z nią traci się elastyczność i mięśnie przedstawiają się pod formą nierozciągliwych sznurków, utrzymujących kończynę w danym położeniu w stanie zupełnej prawie nieruchomości.

W miarę tego, jak przyrozwijającym się położeniu wadliwym kończyny i jej unieruchomieniu, staw chory traci zdolność swoich fizyologicznych czynności, w stawach sąsiednich rozwijają się powoli ruchy i odpowiednie położenia (*positio compensatoria*), które jakkolwiek same są patologiczne, mniej jednak dotkliwą czynią utratę pierwszych, a czasem w zupełności prawie wynagradzają. Najjaśniej widzimy to przy zapaleniu stawu biodrowego, gdzie zniszczone ruchy stawu zostają zastąpione ruchami miednicy i zmienionym położeniem kręgosłupa, przy czem kończyna chora przy charakterystycznym położeniu przedstawia się z początku pozornie przedłużoną, a następnie pozornie, lub też rzeczywiście (w 2im okresie) skróconą. Kwestya ta przedłużania się i skracania kończyny, od najdawniejszych czasów miała wielki rozgłos w nauce i praktyce, i najrozmaiciiej była rozstrzyganą. Jedni, przedłużenie kończyny biorąc za rzeczywiste, przyczynę takowego zboczenia upatrywali w zwichnieniu (*luxatio*); drudzy zaś dowodząc, że ono jest pozorne tylko, twierdzenie swe popierali zmienionymi stosunkami miednicy i kręgosłupa do chorąg kończyny.

Zwolennicy pierwszego poglądu, przedłużenie kończyny tłumacząc zwichnieniem, przyczynę takowego upatrywali jużto (*Salzmann*) w wadach pierwotnego utworu panewki (zbyt mała, lub zbyt wielka od urodzenia, niedostatek jednego z jej brzegów), jużto (*Gorter*, *Morgagni*, *Andry*) wyprowadzali źródło jego z chorób nabytych, mianowicie z przerostu dołka panewki, lub jej ścianek, a przeto zwiężenia jej próżni, do czego jeszcze dopomagać miały wyrosłe kostne (*exostosis*) tworzące się na dnie panewki w skutku zapalenia. Drudzy znowu wyprowadzali zwichnienie z przerostu głowy kości udowej (*ostitis centralis*, *Rust*), z obrzmienia chrząstek (*Palletta*, *Bichat*, *Lobstein*), błony maziowej (*Valsalva*, *Morgagni*, *Cruveilhier*), z osłabienia (*relaxatio*) więzu okrągłego (*Galenus*), torebki stawowej (*Fabricius ab Aquapendente*, *Platner*). Inni zaś zwichnienie zależnym czynili od chorób mięśni i ścięgien, i to albo od bezwładu (*paralysis*), albo też od kurczów (*spasmus*); sądzono wreszcie (*Vidal de Cassis*), że samo zbyt długie zostawanie chorego w łóżku, sprowadzając ogólne jego wycieńczenie, może stać się powodem do zwichnienia w ten mianowicie sposób, że kończyna własnym swoim ciężarem samodzielnie wysuwa się z próżni

stawu. Ale pomiędzy tylu teoryami najslawniejszą była teoria znana powszechnie pod imieniem J. L. Petit'a. Właściwie mówiąc nie J. L. Petit ją stworzył, podają już ją Hipocrates, Galenus, Albucasis, Guido Cauliacus, Camper i w. i., tylko znakomity chirurg francuzki podniósł ją do szczytu i powagą swego imienia uzyskał jój prawo obywatelstwa w nauce. Podług téj teoryi przyczyną zwichnienia jest płyn wypełniający pod wpływem zapalenia próżnię stawu (biodrowego) i wypychający (*expulsio*), z niój głowę uda. Nauka ta trafiała do przekonania wszystkich; Bonnet (de Lyon) i Paarlise, jak wyżej już nadmieniliśmy, na podstawie téj teoryi, doświadczeniami ich popartój, objaśniwszy zmienione położenie kończyny co do kierunku (*flexio, abductio, rotatio*), zasady jój uznali za stałe i niewzruszone i dla objaśnienia zmian kończyny i co do długości (*luxatio, prolongatio*). Tym czasem bracia Weber badaniami swemi (1836 r.) dowiedli, że głowa uda utrzymuje się w panewce jedynie parciem powietrza od zewnątrz na staw, dla zrównowazenia którego bynajmniej nie wystarcza siła płynu w stawie zawartego, a że przeciwnie sprzeciwia się nawet ten płyn wypadnięciu głowy z panewki.

Kiedy tym sposobem przedłużenie kończyny za pomocą zwichnienia nie mogło być objaśnioném, i kiedy sam fakt zwichnienia został (przy tych przynajmniej okolicznościach) zaprzeczonym, przedłużenie uznano za pozorne, a wytłumaczenie jego znaleziono w zmienionych stosunkach miednicy, tak odnośnie do kończyny jak i do kręgosłupa. Stosunki te są następujące: po pewnym przeciągu czasu trwania choroby (*coritis*), badając chorego (w stojącym położeniu) postrzegamy, że chora kończyna znajduje się *in flexione, abductione et rotatione externa*, to jest, chory trzyma kończynę w stawie biodrowym i kolanowym nieco zgiętą, koniec stopy wywrócony jest na zewnątrz, chory jeżeli jeszcze dotyka ziemi, to tylko palcami, tułów przechylony jest ku przodowi i ku stronie chorój (*inclinatio*). Jeżeli teraz każemy choremu przejść się, to dostrzeżemy, że on oszczędza staw chory, czyli ruchów w nim nie odbywa, i kiedy kończyna względem miednicy wciąż to samo zachowuje stałe położenie (*immobilisatio*), chory porusza całą miednicę w powiązaniu jój z kręgosłupem, kończyna przy tém zdaje się być przedłużoną. Chcąc dotykalnie przekonać się o rzeczywistości tych nowych stosunków, dosyć jest położyć chorego na grzbiecie na twardym stole i wykonywając zgięcie obydwóch kończyn zarazem starać się, ażeby wyrostki kolcowe (*pr. spinosus*) kręgow i kość krzyżowa dotykały się do stołu, i prócz tego tak ustawić miednicę, żeby kolce przednie górne kości biodrowej, (*sp. ant. sup. os. il.*) na jednej leżały płaszczyźnie. W tém położeniu trzeba umocować i unieruchomić miednicę, polecając jednéj z otaczających osób, żeby ująwszy miednicę za szerokie grzebienie (*rista*) kości biodrowej, palcami obydwóch rąk mocno ją trzymały. W tymże czasie drugi pomocnik kładzie płasko rękę pod kręgi lędźwiowe, celem wybadania, ażali kręgosłup utrzymuje się w daném położeniu. Choremu teraz polecając wyprostować chorą kończynę dostrzegamy, że miednica razem się z nią rusza i ręka pomocnika trzymana pod kręgami lędźwiowymi czuje unoszenie się w górę wyrostków kolcowych, przy zginaniu zaś ciśnienia tychże doświadcza: drugi pomocnik utrzymujący miednicę w stałym położeniu czuje w tym-

że czasie pod rękami, że każdy ruch kończyny przenosi się na miednicę, którą jeżeli z siłą chce unieruchomić, chory przy wykonywaniu tych ruchów, skarży się zaraz na uczucie mocnego bólu. Patrząc w czasie tych ruchów z boku na miednicę, przekonywamy się, że ruchu w stawie biodrowym nie ma żadnego, lub nader mały, a one się odbywają kosztem miednicy. Te nieprawidłowe ruchy miednicy i zmieniony wzajemny stosunek (*inclinatio*) 2ch jój połów (miednica przechylona ku choréj stronie i obrócona ku przodowi), w następstwie wywołują zmiany i w kręgosłupie, mianowicie: kręgi lędźwiowe tworzą większą wypukłość ku przodowi (*lordosis lumbalis*) i obrócone są (*rotatio*) ku stronie choréj, kręgi zaś grzbietowe tworzą *kyphosin scolioticam* (*curvatura compensatoria v. equilibrii*).

Jakkolwiek, polegając na anatomicznój budowie stawu biodrowego i uwzględniając jego czynności (mechanika), staraliśmy się wykazać, że w pierwszym okresie chronicznego zapalenia nie mamy zwichnienia uda w skutku powiększonej zawartości próżni stawu biodrowego (*fungositatis*), i że kątowe położenie kończyny, oraz jój pozorne przedłużenie nie od zwichnienia, ale od innych zupełnie przyczyn wyprowadzaliśmy, jednakowoż nie przeczymy bynajmniej, żeby zwichnienia takowe nigdy nie mogły mieć miejsca, owszem spotykamy je nieraz przy wodnej puchlinie stawów ostréj, lub chronicznój (*hydarthros*), i ropieniu (*arthropyosis*), skutkiem rozciągnięcia więzów i torebki stawowój, (*luxatio per distensionem*: *Lesauvage, Brodie, Stanley i w. i.*), np. w stawie kolanowym biodrowym i innych.

3) Ból (*dolor*) jest trzecim stałym objawem przy guzie białym stawów: częstokroć występuje on z samego początku choroby pod formą uczucia nateżenia (*tensio*), niedozwalającego swobodnego używania kończyny. Stosownie do miejsca uczucia bólu dzielimy go na stały, czyli w miejscu chorym wyczuwany (*dolor fixus, topicus*) i ból rozpromieniający się (*dolor irradians, v. per irradiationem*), który się objawia w jednym lub kilku stawach poniżej chorego leżących, np. przy zapaleniu stawu biodrowego, chory skarży się na bole w kolanie, a czasem nawet i w stawie golenio-śródkowym. Ból miejscowy od nacisku na staw chory, jak niemniej przy położeniu kończyny, w którém torebka stawowa jest napięta, lub téż końce kości trą się wzajemnie, przybiera większe rozmiary. Pochodzenie bólu promienistego po dziś dzień najrozmaiciéj jest objaśniane: podług jednych (*Richest*) ból ten jest następstwém zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis*), zatém szerzy się przez jednociągłość tkanki (*continuitas*); podług *Crueilhiera* czuć się on daje w przebiegu n. obturatorii; *Stromeyer* długi czas utrzymywał, że źródłem tego bólu jest nacisk wywołany na *nervus saphenus* przez mięsień biodro-połędźwiowy (*m. ilio psos*); porównywano go wreszcie do bólu doznawanego przez chorych w cewce moczowój przy obecności kamienia w pęcherzu; dowiedzono mianowicie, że przy zapaleniu stawu biodrowego nerwy czucia błony maziowój mocno są podrażnione, z kąd refleks odbywa się na nerwy ruchu mięśni biodro-połędźwiowego, ukośnego uda, grzebieniowego, a w skutek ich skracania się (*contractio spasmodica*) występuje podbudzenie nerwów czucia pod formą bólów kolana. Jakkolwiek źródło tych bólów nie jest jeszcze naukowo dokładnie wyjaśnione, lekarz powinien je zawsze mieć na uwadze,



żeby objaw choroby nie brać za samą chorobę, co pod względem leczenia niemałego jest znaczenia.

4) Skutkiem zmienionego położenia kończyny, tak co do kierunku, jak i długości, oraz ciągłych bólów w stawach. czynności kończyny, mianowicie chodzenie zostaje zupełnie prawie zniesione (*unctio laese*), a następstwem nieużywania kończyny bywa jęj chudnienie (*emaciatio*), zanik (*atrophia per inactivitatem*) nie tylko części miękkich, ale nawet i kości, co przy powiększonej objętości okolicy stawowej, rażący przyjmuje wygląd. Tkanka łączno - tłuszczowa i mięśnie najprzód ulegają zanikowi, kości zdają się być pokryte skórą tylko, członek przy próbie uniesienia go w górę drgać zaczyna, i chory w końcu bez pomocy podpory kończyny swojej z miejsca nawet poruszyć nie jest zdolny. (d. c. n).

## K A Z U I S T Y K A.

Postrzeżenia dotyczące nauki o zarośnięciu pochwy macicznej.

Napisał Dr. Ludwik Adolf Neugebauer,

Docent akuszerji i gynecologii w Szkole Głównej Warszawskiej.

### IV. <sup>1)</sup>

*Rywka P.*... , córka wyrobnika starozakonnego. lat wieku 15 licząca, w miesiącu marcu 1864 roku dotknięta została bolesnym parciem na stolec, utrudnionym puszczeniem moczu i bólem w okolicy krzyżowej. Objawy te trwały trzy do czterech dni i ustały, ale powtarzały się dotąd co cztery tygodnie. Odchodu miesięcznego chora nie miała; w samym zaś otworze sromowym wystąpił guz okrągławy, sprawiający jęj uczucie osobliwego, nieprzyjemnego parcia w tymże otworze.

Po czteromiesięcznym trwaniu tego cierpienia chora udała się do tutejszego szpitala starozakonných, gdzie dostała się do oddziału p. Dr. K i n d e r f r e u n d a. Krótko po jęj przybyciu, gdy przypadkiem raz byłem w rzeczonym szpitalu, pokazano mi ją w następującym stanie: blondynka, wątłej budowy ciała, wejrzenia bezkrwistego, piersi i srom słabo rozwinięte. Na sromie i na pagórku łonowym pierwsze dopiero początki porostu. Przy zwyczajnym już położeniu części sromowych objawiał się pomiędzy wargami sromowymi wielkiemi, nieco ku tyłowi, guz postaci pół jaja, który przy dotykaniu okazał się tyle podatnym, iż można go było palcem zniżyć i odeprzeć do ujścia pochwy, a który się składał z zarosłej błony dziewiczej, wypukłonej przez płyn po za nią w pochwie nagromadzony. Guz ten był w kierunku od ujścia cewki moczowej ku wędzidełku warg sromowych na cał długi i w miejscu odpowiedniem położeniu gruczołów Bartholina a zarazem największej jego szerokości siedm linii szeroki. Sama zarosła błona dziewicza w dwóch określonych nieznacznej wielkości miejscach, leżących w bocznych jęj częściach, na przeciwko ujść przewodów odchodowych gruczołów wspomnianych była tak cienka, iż przez nią znajdujący się po za nią płyn błękitnawo przeświecał, w częściach pozostałych zaś była grubsza, nieprzezroczysta i barwy różowej. Palec wprowadzony w kieszkę stołcową spotykał jamę miednicy wypełnioną wielkim, lekko natężonym, sprężystym gazem; jeśli zaś przystawiłem do tego guza palec jednej ręki, a do guza utworzonego przez zarosłą błonę

(<sup>1</sup> Patrz Nr. 7, 8, 11.

dziewiczą przyłożyłem palce drugiej ręki, wówczas, naciskając raz na pierwszy, raz na drugi guz, wyczuwałem tak tam, jak i tu wyraźne chębotanie: zatem guz czuć się dający przez kışkę stolcową była to pochwa napełniona płynem. W końcu czuć można było także i przez ścianę brzusznią w dole brzucha guz twardy kulisty wielkości pięści, wznoszący się z jamy miednicy do wysokości dwóch cali ponad kości łonowe. Jeśli naciskałem na ten ostatni guz ręką przyłożoną do ściany brzuszniej, czuć mogłem drugą ręką chębotanie tak w guzie znajdującym się w otworze sromowym, jak i w guzie czuć się dającym przez kışkę stolcową. Ztąd więc wynikało, iż ciało czuć się dające przez ścianę brzusznią było macicą również płynem rozdętą.

Co zaś do samego płynu, było jawném, iż on składać się mógł jedynie z krwi miesięczkowej wydzielonej podczas doświadczanych czterema powrotami dolegliwości miesięczkowych, a w jamie macicy i pochwy przez błonę dziewiczą wstrzymanej.

Chora miała brzuch miękki i w czasie wolnym od dolegliwości miesięczkowych najmniejszego w nim nie czuła bólu, ale za to skarżyła się na utrudnione oddawanie moczu i stolca, i na brak apetytu, obok ogólnego upadku sił.

*W takim stanie rzeczy pomoc lekarska polegała na otworzeniu błony dziewiczej zarostej i wypuszczeniu tym sposobem krwi miesięczkowej, w macicy i pochwie nagromadzonej.*

Kolega *K i n d e r f r e u n d* był tyle uprzejmym, iż zezwolił, aby potrzebna w tym celu operacya przezemnie była wykonaną. Niebawem więc przystąpiłem do niej, przy jego, oraz pp. *D r ó w C h w a t a i R o s e n t h a l a* asystencyi, w sposób następujący:

Udzieliłem chorój położenie jak do litotomii. Dwaj z asystujących kolegów odciągali wargi sromowe od guza utworzonego przez wypukloną na zewnątrz a zarostą błonę dziewiczą, którą zarazem jeden z nich mocniej przez to nateżał, że ręką swoją wolną przyłożoną do ściany brzucha wykonywał nacisk na macicę. Ja zaś, wzięwszy w rękę ostro kończate nożyczki, wkłukłem jedno z ramion tychże w sam środek zarostej błony dziewiczej i bezpośrednio potem temiż nożyczkami rozciąłem ją tak ku tyłowi jak i ku przodowi na całą jej długość. Przy tej sposobności przekonać się mogłem, iż sama błona była dosyć twarda i przeszło linie gruba.

Przez zrobione cięcie zrazu rzuciła się na zewnątrz grubym strumieniem krew ciemno brunatnawo-czerwona, nieco mazista, gęstości syropu, a zapachu jakby słodkawego, mdlącego. Wyptyw tej krwi utrzymywany był przedłużoném naciskaniem przez ścianę brzusznią na macicę dopóty, dopóki krew sama wyciekać nie przestała. Wszelkie zaś przestrzykiwanie jamy macicy i pochwy wodą lub jakimbądź innym płynem, zaniechaliśmy zupełnie.

Chora po operacyi czuła się wyraźnie ulżoną, i w kilka dni zdrową ze szpitala wyszła.

*Wypuszczony płyn miesięczkowy ważył trzynaście uncyi i dwie drachmy.* Pan professor *B r o d o w s k i* i pan doktor *M i k o ł a j B r ü n n e r* zbadali go bliżej — pierwszy za pomocą mikroskopu, drugi w drodze rozbioru chemicznego. Wypadek tego badania był następujący:

Pod *mikroskopem*, według poszukiwań pana *professora Brodowskiego*, widać w tym płynie było dużo krążków krwi na rozmaitym stopniu zaniku znajdujących się, zaniku tegoż samego rodzaju, jaki zwykł miewać miejsce w krążkach krwi ognisk zalewowych, czyli apoplektycznych. W niewielkiej liczbie były także i krążki krwi mało albo nie zmienione. W mniejszej nieco ilości, niż krążki krwi, dawały się spostrzegać komórki kuliste rozmaitej wielkości zaczawszy od objętości komórek ropnych do podwójnej wielkości kulek śluzowych.

Komórki te przedstawiały różne stopnie stłuszczenia od niewielkiej ilości kropelek tłuszczowych pośród ciała ich znajdujących się, aż do tego stopnia, na którym przyjmują nazwę ciałek ziarnkowatych (*Körnchenzellen*). Za dodaniem kwasu octowego do cieczy między-komórkowej, która dotąd przedstawiała się jako płyn zawierający dosyć znaczną ilość grudek i ziarneczek barwnikowych (*Pigment-Klümpchen und Körnchen*), jak i rozpadu tłuszczowego, — zjawiała się znaczna ilość włókien téj samej natury, jakie się wytwarzają w śluzie po dodaniu doń kwasu octowego.

Z tego badania wynika :

- 1) że płyn ten składał się z krwi i ze śluzu,
- 2) że krew ulana była z naczyń w różnych czasach, jak o tém przekonywa stan krążków krwi na rozmaitym stopniu zaniku zostających, — i
- 3) że także i śluz nie był od razu wydzielony, ale raczej różnemi czasy do krwi przymieszany, jak to udowadnia rozmaitego stopnia stłuszczenie komórek śluzowych.

Wypadek zaś poszukiwań pana *Brünnera* był następujący:

Stojąc przez kilka godzin w naczyniu szklanném, krew będąca przedmiotem poszukiwania dzieliła się na *dwie warstwy*, a mianowicie warstwę gęstszą, cięższą, na dnie naczynia pozostającą i warstwę rzadszą, lżejszą, na warstwie gęstszej spoczywającą.

Pręcik szklanny w krew aż do dna naczynia zanurzony powlekał się warstwą dość grubą, substancyi brunatno-czerwonawej, o z ponad dna naczynia końcem tego pręcika wyciągnąć się dały długie nitki wejrzenia smołowatego. Trzepanie krwi pręcikiem szklannym lub różeczką nie powodowało wydzielania się nitek włóknikowych.

Krew przez dłuższy czas w naczyniu zamkniętém lub otwartém pozostawiona, więcej już nie gęstniała, ale po upływie pewnego czasu (2—5 dni) stawała się w górnej części rzadką, z wejrzenia do rzadkiej smoły podobną. Wejrzenie to jednak przedstawiała tylko w większej ilości, w cieńkich zaś warstwach zachowywała kolor brunatnawo-czerwony.

Pozostawiona w naczyniu zamkniętém przez dni dwadzieścia i kilka gnić jeszcze nie zaczęła, w otwartém jednak już po dniach ośmiu ulegać zaczęła psuciu, wydając woń mdłą i nader nieprzyjemną, do woni psującego się mięsa zbliżoną. Przytém zauważano, że krew ta z każdym dniem stawała się płynniejszą i że w cieńkich warstwach barwę coraz brudniejszą przyjmowała.

Oddziaływanie téj krwi za świeża okazało się zupełnie obojętne, w miarę zaś postępującego procesu gnicia z każdym dniem stawało się coraz silniej alkalicznem.

*Ciężar właściwy* badanej krwi, starannie za pomocą pyknometru zbadany, wynosił 1,042.

Krew ta z wodą kłuciona burzyła się, a raczej mocno pieniała, i po pewnym czasie opuszczała na dno naczynia swe części morfologiczne, tworząc przez to warstwę ceglasto-brunatną, nad którą znajdujący się płyn posiadał barwę brudno-czerwonawą.

Roztwór wodny téj krwi za ogrzaniem gęstniał, a przy temperaturze około 45ciu stopni C e l s i u s z a krzepnął na masę szaro-brunatną, skutkiem ściągającego się białka, wydając przy tém woń bardzo nieprzyjemną, podobną do zapachu świeżo wyskubanych pierzy gęsieh. Dodany do krwi téj rozbiór potażu gryzącego czynił ją bardzo płynną i nadawał jój piękny kolor szkarłatno-czerwony, w cieńkich warstwach i po brzegach w odcień smaragdowo-zielony wpadający.

*Wszelkie poszukiwania na włóknik* przedsiębrane, dały wypadek *ujemny*. Inne części składowe krwi wykryte zostały sposobem następującym: *woda*, *materye stałe* i *sól* zwykłym sposobem przez parowanie, suszenie w temperaturze 100 stopni C e l s i u s z a i wypalanie, — *białko* przez ścinanie pewnych części krwi w wodzie wrzącej, — *śluz* przez ścinanie za pomocą stężonego kwasu octowego i ciągłego tymże kwasem mycia osadu i dekantacyi stojącej nad nim cieczy. —

Ilość *tluszczu*, *materyi wyciągowych* i *soli* oznaczoną została w części krwi przeznaczonej do oznaczenia ilości białka. *Ciałka krwi* oznaczone zostały za pomocą metody *Figuiera* i *Dumas'a*, to jest za pomocą siarkanu sody, unikając o ile możności przystępu powietrza.

Wypadek tego oznaczenia ilościowego i części składowych wspomnionéj krwi, na 1000 części obliczony, okazał się następujący:

*Części stałych*, a mianowicie:

<i>Ciałek krwi</i> było . . . . .	90,45, —
<i>Białka</i> . . . . .	73,27, —
<i>Śluzu</i> . . . . .	88,92, —
<i>Tłuszczu</i> . . . . .	2,13, —
<i>Materyi wyciągowych</i> . . . . .	3,04, —
<i>Soli</i> . . . . .	9,65, —
<hr/>	
Razem . . . . .	267,46, —
<i>Wody</i> . . . . .	732,54, —
<hr/>	
Łącznie . . . . .	1000,00.

Zapalenie okostnej zębodołowej i okostnej szczęki dolnej. — zapalenie opon mózgu; exophtalmus; śmierć.

*Postrzeżenie I. F. Nowakowskiego Asystenta Kliniki chirurgicznój Warszawskiej.*

*Ptaszyński Piotr*, lat 27 liczący, silnej budowy ciała mężczyzna, we wsi Jabłonny za stangreta zostający, cierpiąc ból ostatniego zęba trzonowego w dolnej szczęce po stronie prawej, kazał go wyjąć jakiemuś człowiekowi z Jabłonny, którego niemcem nazywał. Ów niemiec zwykłemi kowalskiemi obcęgami, urwał koronę zęba o którym mowa. Ból potém się powiększył a jednocześnie nastąpiło obrzmienie policzka, które w ciągu tygodnia doszło kolosalnych rozmiarów. Bezsenne noce będące następstwem rozwiniętego cierpienia i obawa o swe

zdrowie zniewoliły Ptaszyńskiego szukać pomocy w szpitalu. Jakoż w d. 2 września 1866 r. przybył on do oddziału chirurgicznego szpitala Śgo Ducha, przedstawiając co następuje:

Puls 88, — prawa połowa twarzy bardzo obrzmiała, — zacząwszy od ucha aż do szyi i podbrodzia, które jest zupełnie twarde. Miejsce odpowiadające kąтови szczęki dolnej, daje ślady niewyraźne głębokiego chelbotania (fluctuatio). Wnętrze jamy ust od strony cierpiącej również bardzo obrzmiałe i twarde. Chory skarży się na wielki ból w miejscu cierpiącym, brak snu, dreszcze, zatrzymanie wypróżnień. Zalecono wcierać masę z dr. Argenti nitrici na unc. tłuszczu, kataplazm i olejek rycynowy.

3 Września — dreszcze ponowiły się o godzinie 11 rano. Chory po długiej bezsenności pierwszą noc dopiero spał. Pod kataplazmem czuje ulgę, ból się zmniejszył, chelbotanie wyraźniejsze jak dnia poprzedniego. Od zewnątrz wykonano cięcie w miejscu odpowiadającym przyczepowi żwacza do szczęki dolnej, lecz na ognisko ropne nie trafiono.

4 Września — wykonano cięcie drugie nieco powyżej pierwszego, głębokie, bo aż do kości dochodzące; lecz wypłynęła tylko krew z baruzo małą ilością ropy: — dopiero cięciem od wnętrza jamy ust, głębokiem, odpowiadającym ostatniemu trzonowemu zębowi, — zdołano dojść do ropiejącego ogniska, z którego wypłynęła znaczna ilość posoki z cuchnącym zapachem.

Zalecono staranne przestrzykiwanie odwarem kory chinowej.

5 Września — chory ma się nie źle; obrzmienie twarzy znika, posoka wypływa do jamy ust swobodnie, dreszcze ustały — sen powrócił.

6 Września — chory gorączkuje, w nocy nie spał, ciepło ciała podwyższone, od 2ch dni nie było wypróżnień. Odływ posoki bardzo cuchnącej powiększa się, obrzmienie się pomniejsza, podbrodzie miękkie i do prawidłowej objętości wraca.

Zalecono Rp. Magnesiae Sulphur. un. 1 — un. 6 wody. Co 2 godz. łyżkę.

7 Września — Puls 80, ciepło ciała nieco niższe jak dnia poprzedniego, — były dwa wypróżnienia — osłabienie ogólne. — Wypływ posoki się nie zmniejsza. Oko lewe ku przodowi wypchnięte, łącznica (conjunctiva) zgrubiała, przynajmniej na 1 cent.

Zalecono: Mixtura febrifuga — Ph. Nos.

8 Września — Puls 100 — chory całą noc majaczył, — skarży się na ból głowy, — odpowiedzi daje niechętnie, przerywane, — osłabienie znaczne, ciepło bardzo podwyższone.

Oddechanie krótkie, a pod prawym obojczykiem słyszeć się daje oddech bardzo zaostrozony w oskrzelowy przechodzący. Z rany wypływa do jamy ust znaczna ilość posoki śmierdzącej.

Zalecono proszki z siarczanu chininy dwu-granowe — i 12 baniek między łopatkami.

9 Września — Puls 88 — ciało gorące, język suchy, chory pogrążony jest w śpiączce, mało przytomny, w nocy zrywał się z łóżka. Powieki obrzmiałe, a oba oczy ku przodowi bardzo wysunięte, łącznica zgrubiała, — ilość wypływającej posoki zwiększona. Palcem wprowadzonym przez jamę ust do ogniska ropiejącego wyczuć dobrze można całą gałąź wstępującą szczęki dolnej obnażoną z okostnej.

10 Września — stan takż sam z zupełną nieprzytomnością chorego połączony.

11 Września — o godzinie 10 rano chory zmarł.

We 24 godzin wykonana sekcya w obec prof. Girsz tow ta, który w ciągu choroby kilkakroć chorego widział, dała następujący wypadek:

1. Co do miejsca cierpiącego: — Po odcięciu i odłożeniu płata policzkowego do gory, przedstawiło się wielkie ognisko zaposoczone, zajmujące przestrzeń od podbrodzia aż do oka i stawu skronio-żuchwowego, przechodzące do jamy ust, mianowicie do połowy podniebienia miękkiego i sięgające aż do podstawy czaszki.

Wypilowana połowa żuchwy, okazała gałąź wstępującą obustronnie z okostnej obnażoną, chrząstkę stawu skronio-żuchwowego zniszczoną, — brak korony ostatniego zęba trzonowego, które to miejsce było punktem wyjścia całego processu chorobowego. W skutek bowiem gwałtownego urwania korony ostatniego zęba trzonowego, powstało najprzód zapalenie okostnej zębodołowej, które potem przeniosło się na okostną samęj szczęki a szerząc się ku górze zajęła staw żuchwo-skroniowy i całą podstawę czaszki, — powodując zapalenie opon mózgowych i śmierć.

II. Otwarcie czaszki okazało naczynia na błonie twardej mózgu bardzo nastrzyknięte, a po odjęciu tejże całą prawą półkulę mózgu tak od góry jak i od popstawy oblaną grubą warstwą wysięku w rozpad przechodzącego.

W obu oczodołach, przy początku wejścia nerwów wzrokowych widać niewielką ilość ropy, a tkankę łączną oczodoły wyścielającą mocno nasiąkniętą.

Z tego smutnego wypadku jakąż naukę wyprowadzić możemy? — oto, że rwanie zębów, równie jak każda inna operacya chirurgiczna, tylko przez umiejętnie wykształconą rękę dopełniane być winno, — że puszczenie krwi, rwanie zębów, zaprowadzanie cewnika (kateteru), nastawianie zwiechniętych i składanie złamanych kończyn, tylko lekarzom pozostawić należy.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Dr. E. Leyden, Professor in Königsberg: Beiträge zur Pathologie des Icterus  
Berlin 1866.

Z pomiędzy licznych teoryi o sposobie powstawania żółtaczki, zdaniem autora, na wzmiankę zasługują głównie następujące: 1mo, żółtaczka powstaje w skutku wstrzymania czynności wątroby, które to wstrzymanie jest powodem, że żółć poprzednio już utworzona we krwi nie zostaje na zewnątrz wydzieloną, lecz w niej się nagromadza — *Icterus per suppressionem* 2do. powstaje ona skutkiem utrudnionego odpływu wydzielonej z wątroby żółci i wessania nagromadzonej wydzieliny — *Icterus per resorptionem*: 3ie. żółtaczka nie ma nic wspólnego z wątrobą, a powstaje przez rozkład krwi — *Icterus sanguinis*.

M o r g a g n i, który pierwszy zwrócił uwagę na możność powstawania żółtaczki drogą mechaniczną, przypuszczał jednak, że właściwą jej przyczyną jest nagromadzenie się we krwi części składowych żółci poprzednio już tam istniejących. Glisson również utrzymywał, że we krwi żyły wrotniej żółć już gotowa się znajduje a wątroba służy tylko jako cedzidło dla tej wydzieliny. Przez długi czas zdanie to powszechnie przyjęte było, aż dopiero przy końcu ostatniego stulecia (1795) S a u n d e r s a następnie M ü l l e r, K u n d e i M o l l e s c h o t t wystąpili z zarzutami przeciw tej teoryi i bezzasadność jej wykazali: obecnie liczy ona tylko mało zwolenników, a to głównie pomiędzy lekarzami angielskimi (Harley, Budd).

Żółtaczka krwi i żółtaczka przez wessanie wydzielonej żółci są obecnie jak najdokładniej stwierdzone. Sposób powstawania pierwszej polega na tém, że uwolniony barwik krwi skutkiem rozpadu ciałek czerwonych przechodzi na barwnik żółci; powstawanie zaś drugiej odbywa się drogą mechaniczną, za pośrednictwem przesiąkania do naczyń krwionośnych żółci, wydzielonej przez wątrobę. Łatwo więc pojąć, że w obydwóch razach niektóre wydzieliny organizmu, np. mocz zawierać będzie barwnik żółciowy, lecz właściwe części składowe żółci a głównie połączenia tauryny i glicyny z kwasem cholalowym, tylko przy żółtaczce przez wessanie żółci powstałej, w moczu znajdować się mogą. W rzeczy samej wykazanie w moczu obecności kwasu cholalowego (za pomocą próby Pettenkoffera zmodyfikowanej przez Neukomina), odróżnia *Icterus per resorptionem* od *Icterus sanguinis*. Żółtaczka krwi powstaje: 1) skutkiem wpływu na organizm substancyj niszczących ciałka krwi: tu należy także żółtaczka powstająca czasami po narkotyzacyi eterem lub chloroformem, 2) przy wodnistości krwi, małokrewności i bladaczce, 3) przy żółtej gorączce 4) przy pyemii, 5) przy chorobach serca (wyjąwszy te które połączone są z katarem przewodu pokarmowego,) i 6) u noworodków, gdy niema anatomicznej przyczyny.

Co się tyczy zachowywania się kwasów żółciowych w organizmie, to liczne doświadczenia przekonały autora, iż te we krwi nie ulegają rozkładowi, jak to dotychczas utrzymywano; dowodem tego jest: 1) ta okoliczność, iż przy małym nawet stopniu żółtaczki kwasy żółciowe wykazać się dają w moczu, 2) obecność ich w moczu po nastrzykiwaniu pod skórę, 3) powolne ich znikanie z moczu przy żółtaczce i po nastrzykiwaniach (Hoppe i Leyden zauważali je w moczu jeszcze po trzech dniach), i 4) trwałość tych kwasów. Skoro tak jest, to zachodzi teraz pytanie, jak w prawidłowym stanie kwasy żółciowe z organizmu wydalone zostają? Podług powszechnie przyjętego zdania Biddera i Schmidta, pewna część tych kwasów

wessaną jest w przewodzie kiszkiowym już w stanie zmienionym, część zaś ulega dalszemu rozkładowi we krwi i tam utlenioną bywa, reszta wraz z kałem na zewnątrz się wydostaje. *Leyden* jednak dowiódł za pomocą licznych doświadczeń, iż zupełnie nieprawdopodobnym jest, aby jakaś znaczniejsza część kwasów żółciowych w przewodzie kiszkiowym wessaną była i we krwi utlenioną została; zdaje się więc, iż cała ilość zawarta jest w odchodach kiszkiowych.

Obecność kwasów żółciowych we krwi, zdaniem *Leydena* szkodliwie wpływa na cały organizm: ciałka krwi za ich wpływem zostają rozpuszczone; czynność serca przy małych ilościach wzrasta, przy większych słabnie; oddychanie zwalnia się i nareszcie ustaje, czynność ośrodków systematu nerwowego ulega również zboczeniu, albowiem czucie, ruch dowolny i zwrotny ustają, kurczliwość mięśni niknie; nareszcie przekonał się *Leyden*, iż komórki wątrobowe, mięśnie serca i nabłonek kanalików moczowych ulegają stłuszczeniu, a we krwi ilość ciałek białych powiększa się.

Opierając się na tém, objaśnia autor wszelkie objawy towarzyszące żółtaczce kataralnej i możliwe jej groźne skutki, które zależne są nie tylko od przeszkód w trawieniu, ale od zatrzymania we krwi kwasów żółciowych; — najważniejszą jednak pomocą natury w tych wypadkach, jest ta okoliczność, iż jednocześnie wydzielina moczu znacznie się powiększa i kwasy z moczem wydalone zostają.

Żółtaczka, jak wiadomo, towarzyszy często pewnym chorobom, nie tylko samej wątroby, ale innych narządzi. Dochodzenie chemiczne moczu i wykazanie w nim kwasów żółciowych przekonywa, że w tych wypadkach przyczyną żółtaczki jest wessanie żółci wydzielonej, a nie rozkład krwi. Przy marskości wątroby (*cirrhosis*) żółtaczka prawie stale się objawia, raz w większym, drugi raz w mniejszym stopniu; przy zwyczajnym stłuszczeniu, czasami tylko występuje; to samo przy nowotworach i pasożytach wątroby, znanych pod nazwą *echinococcus*; ropnie tego organu, nawet wielkie przebiegają częstokroć bez żółtaczki. Zbiór objawów będących następstwem chronicznego otrucia wyskokiem, a znany pod nazwiskiem *Delirium tremens*, często połączony jest z żółtaczką, która zależy albo od kataru przewodu żółciowego, albo też od marskości wątroby, a liczne spostrzeżenia przekonały, że powikłanie to przyczynia się do większej śmiertelności. Zapalenie płuc krupowe łączy się nieraz z żółtaczką. *Harley* uważał ten objaw jako następstwo biernego przekrwienia wątroby, w skutek utrudnionego krążenia w płucach; bierne to przekrwienie wstrzymywało ma czynność wątroby i powstaje *icterus per suppressionem*. *Frerichs* za przyczynę tej żółtaczki podaje zmniejszoną przemianę kwasów żółciowych we krwi, lub wessanie żółci w skutek przeszkód krążenia krwi w wątrobie. Przypuszczenia te zbija *Leyden* najzupełniej i dowodzi, że żółtaczka ta jest tylko spowodowaną przez katar przewodów żółciowych, który się tam przenosi z żołądka i kiszek. Smutne następstwa takiej komplikacji zapalenia płuc, zdaniem *Leydena* powodowane bywają obecnością we krwi kwasów żółciowych, o wpływie których na krew i czynność serca powyżej już nadmieniliśmy. Przy chorobach serca, z wyjątkiem zapalenia błony jego wewnętrznej, połączonego z owrzodzeniem takowej, gdzie żółtaczka powstaje przez rozkład krwi, zwykłą jej przyczyną jest zastój żylny wątroby, lub katar przewodów. Żółtaczka podczas tyfusu zależy czasem od kataru, a czasem od rozkładu krwi. Groźne objawy nerwowe przy tak zwanym ostrym zaniku wątroby (*atrophia hepatis ac. flava*) spowodowane są zdaniem autora, tylko obecnością kwasów żółciowych we krwi, stłuszczenia zaś komórek wątrobowych nie uważa *Leyden* za następstwa zapalenia miąższowego, jak to czyni *np.* *Förster*, lecz zapatruje się nań jako na skutek zmian odżywiania i krążenia <sup>1)</sup>. Szkodliwy wpływ na organizm kwasów żółciowych występuje przeważnie przy długotrwałej żółtaczce, u położnic i w takich wypadkach, gdy wydzielina moczu doznaje przeszkody.

Oto jest krótkie streszczenie obszerniej monografii profesora *Leydena*, który zebrał w jedną całość wszelkie znakomitsze prace pierwszorzędných badaczy, odnoszące się do fizjologii i patologii żółci, zestawil i krytycznie rozebrał wszystkie nowsze poszukiwania chemiczne tej wydzieliny i wzbogacił je własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami, które z największą ścisłością i dokładnością przeprowadził. Najważniejszą zasługą tej pracy jest dokładne wykazanie cechy rozróżniającej żółtaczkę, zależną od zmian chorobnych wątroby od żółtaczki, której bezpośrednim momentem przyczynowym jest zboczenie krwi. Dochodzenia bo-

<sup>1)</sup> W ostatku żółtaczka zdaniem autora jest pochodzenia mechanicznego.

wiem autora potwierdziły najzupełniej zlanie wypowiedziane jeszcze poprzednio przez Kühn'e'go, że kwasy żółciowe, jeśli we krwi się znajdują, czy to skutkiem zbroczeń sielliisko swe w wątrobie mających, czy też w skutek umyślnego (przy doświadczeniach) nastrzykiwania tych kwasów bezpośrednio do krwi lub pod skórę, nie ulegają żadnym zmianom, lecz zawsze z moczem wydalone są i wykazać się tam dają nawet w najmniejszych ilościach. Z tego więc wyprowadzić się daje ważny wniosek pod względem praktycznym, mianowicie że dotychczasowy sposób badania moczu na barwniki żółciowe (za pomocą nieczystego  $\text{NO}_3$ ) jest zupełnie niewystarczającym dla dokładnej dyagnozy; dopiero obecność przytem kwasów żółciowych, lub brak ich może nam dać stałą podstawę do wywodów.

Pod względem fizyologicznego zachowania się żółci, praca powyższa również wiele wyjaśnia; okazuje się bowiem, że kwasy żółciowe nie zostają wessane w kanale kiszkiowym, cała zatem ich ilość wydalana jest z kałem na zewnątrz. Jeżeli z ilości tych kwasów wydalonych wnosić można o ogólnej ilości żółci przez wątrobę wydzielanej w ciągu doby, to otrzymamy cyfrę *znacznie* mniejszą od tej, jaka dotychczas dla człowieka podawana jest przez fizyologów, którzy (od Sch w a n n'a począwszy) wnioski swe pod tym względem wyprowadzają z doświadczeń robionych na zwierzętach przez zakładanie przetok (fistul) żółciowych. *Portner.*

## Wiadomości bieżące.

Do Redakcyi Gazety lekarskiej.

Dr. Wilhelm Lubelski (syn) dnia 2 grudnia 1866 r.

• Wiedząc jak starannie Gazeta lekarska zbiera wszelkie fakta dotyczące zastosowania eteru siarczanego w różnych gałęziach sztuki lekarskiej, poczuwam się do obowiązku podania do wiadomości Redakcyi następującego postrzeżenia:

W powierzonym opiece mojej oddziale epileptycznych szpitala Dzieciątka Jezus, znajduje się mała, siedmioletnia dziewczynka C . . . A . . . . . która przed dwoma laty, dostawszy płasawicy (*chorea*), i po zupełnym wtedy z nię wyleczeniu, obecnie po raz drugi uległa tej chorobie, w sposób daleko gwałtowniejszy. Ani przetwory żelaziste, ani bromek potasu i (zachwalany przez Prof. Lebert) roztwór Fowlera, nie zdołały złagodzić nieprawidłowej ruchliwości, cechującej, jak wiadomo, płasawicę.

Dopiero w początku zeszłego tygodnia wpadłem na myśl, by na kręgosłup puścić strumień proszkowanego eteru siarczanego. Niebawem, bo przy pierwszém zaraz użyciu, ruchy mimowolne się zmniejszyły, a po 3—5 minutowym zastosowaniu tego sposobu, zupełnie ustały i dotąd się nie powtórzyły. — Jednakże jeszcze trzy razy puszczałem eter w kierunku rdzenia kręgowego, i to zawsze w przytomności chirurga, Siostry miłosierdzia i innych towarzyszków zwykłej wizyty szpitalnej, którzy wszyscy byli świadkami tej prędkiej kuracyi. Podczas spadania proszku na grzbiet, skóra białała, traciła swą normalną czułość i przedstawiała wszelkie objawy anestezyi.

Nadmieniam, że używam aparatu, złożonego z pompy powietrznej od rozpylacza „Nephogène“ Mathieu'go, połączonego za pomocą rurki z guttaperchy z przyrządem szlaskowym Richardsona, takim, jakiego używają dentyści, tj., iż na końcu rurki proszkującej, osadza się dowolnie jeden lub dwa dzióbki, stosownie do tego czy chcę działać na środek, czy na boki kolumny kręgowęj.

Podając fakt ten proszę, by koledzy byli laskawi w swojej praktyce stwierdzić, lub też zaprzeczyć mej obserwacyi, o której zawiadomilem jednocześnie P<sup>r</sup>. Axenfeld i Vulpian w Paryżu, poddając się zarazem ich krytyce, gdyż nie przesądzając, mniemam, że postrzeżenie moje będzie punktem wyjścia nowych doświadczeń nad działalnością eteru.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.