

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1868 r.) r. sr. 8; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1868 r. sr. 18.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Zeszycie podniebienia twardego (uranoplastyka). Spostrzeżenie podane przez Dra Med. Jana Kwaśnickiego, lek. ordyn. w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. — O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. M. L. Hirschfeld. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). — **Kazui-styka szpitalna.** Sprawozdanie ze szpitala Śgo Władysława w Opocznie za rok 1867. Przez lekarza szpitala T. Kieffera. (Dokończenie). — **Kronika Zagraniczna.** O gruźelku i processach analogicznych Prof. V i l l e m i n. Henryk Stankiewicz. — **Wiadomości bieżące.** Bromek potassu. — Mleczan żelaza. — Samobójstwa w Paryżu w r. 1867. — Statystyka ludności, urodzeń, śmierci w Warszawie w r. 1867. — Cholera w Warszawie w r. z. — B r e w s t e r. — **Dodatek.** Opis szpitala św. Jana Bożego w Warszawie (Ciąg dalszy str. 13—20). Przez Dra Rothe.

Zeszycie podniebienia twardego (Uranoplastyka).

Spostrzeżenie podane przez Dra Med. Jana Kwaśnickiego, lek. ord. w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

N. N. mężczyzna 34 lat wieku liczący, budowy ciała dobrej, miernie odżywiany, przed 7 laty miał na żołądki wrzód syfilityczny, a po dwóch miesiącach od chwili zarażenia się przyszły objawy drugorzędne (*secundaria*), które ustąpiły po zastosowaniu leczenia rtęcią, poczem chory czuł się nie źle i wrócił do dawnego sposobu życia. Po upływie jednak lat sześciu przyszedł niezbyt błony śluzowej nosa, który się uparcie trzymał pomimo używania najrozmaitszych leków. Zatkanie nosa, lekkie krwawienie, ból głowy i ogólne niedomaganie były objawami przez cały ostatni rok chorego trapiącymi. Przed sześciu miesiącami chory zaczął uczuwać ból w przedniej okolicy twardego podniebienia, gdzie w bardzo prędkim czasie wykształcił się guzik wielkości małego orzecha laskowego; guzik ten przy nacisku końcem języka był dość miękki i bolesny. Wezwany lekarz rozpoznał, że wspomniany guzik jest ropniem napływowym w skutku próchnienia kości podniebienia twardego powstałym. Po otworzeniu ropnia wylała się mała ilość ropy posokowatej. Wprowadzony następnie zgłębnik do otworu w skutku przecięcia powstałego, wykrył kości podniebienia twardego pozbawione okostnej. Anamneza podana przez chorego usunęła wszelką wątpliwość co do natury cierpienia, t. j., że próchnienie kości podniebieniowej jest objawem

trzeciorzędnym przymiotu (*caries syphilitica*). Przedstawiono choremu konieczność leczenia ogólnego przeciw przymiotowego, w którym to celu NN. przed trzema miesiącami przybył do Warszawy, gdzie koll. Libchen miał go w swojej opiece.

Wezwani na naradę k. k. Libchen, Girsztowt, Stankiewicz i ja, badając chorego, znaleźli stan następujący: mowa zmieniona, dość trudna; głos przy brzmieniu nosowém niksący; chory dość blady, kolor skóry, która żadnych wysypek przymiotowych nie przedstawia, brudno-zielonkawy, gruczoły chłonne w pachwinach, na szyi i na karku nieco powiększone, twarde. Budowa podniebienia nadzwyczaj sklepista i wązka. W przedniej części podniebienia twardego, na linii środkowej otwór okrągły w przecznicy niemal centymetr trzymający. Wprowadzony doń zgłębnik łatwo się przesuwają do jam nosowych, w skutku czego pokarmy płynne przechodzą do nosa, a następnie na zewnątrz; kości podniebienia twardego na obwodzie powyżej otworu leżące chropowate, nierówne, lecz nieruchome; dwa przednie zęby górne sieczne mocno się chwiejące, który to objaw dowodził, że nietylko kość podniebieniowa jest zajęta, lecz także i wyrostek zębodołowy (*processus alveolaris*).

Nie mając żadnej wątpliwości co do natury przymiotowej powyższego cierpienia, zgodzono się na zastosowanie leczenia przeciwprzymiotowego (*cura antisiphilitica*), mieszanego, to jest na użycie jednego z przetworów rtęci przy jednoczesnem podawaniu choremu jodku potassu. Rtęć była użyta w postaci wcierań (24 wcierań: 12 po p. dr. a 12 po 1 scrup.). Jodek potassu (*kali jodatum*) zaś wewnątrz po 3 łyżki dziennie, zwiększając następnie dawkę do 2 łyżek trzy razy dziennie. Ten sposób leczenia chory znosił bardzo dobrze: pod jego wpływem po 4 tygodniach oddzielił się na pewnej przestrzeni wyrostek zębodołowy, który został wydobyty wraz z dwoma wspomnianymi zębami. Wyrostek ów przedstawiał się jako masa kostna, niekształtna, chropowata 1½ cent. w największym przemiarze trzymająca. Dnia zaś 14 lutego przez otwór podniebienia została wydobyta druga kość, która zachowała o tyle swoją budowę, iż można było rozpoznać, że jest lemieszem (*vomer*). Oddzielenie się tej kości wykazywało także cierpienie przegrody nosa (*septum nasi*); rzeczywiście wprowadzony zgięty zgłębnik do jednej z jam nosa, łatwo w tylnej części przechodził do drugiej. Działając zgłębnikiem w różnych kierunkach nietrudno było rozpoznać zniszczenie przegrody nosa na przestrzeni dziesiątki.

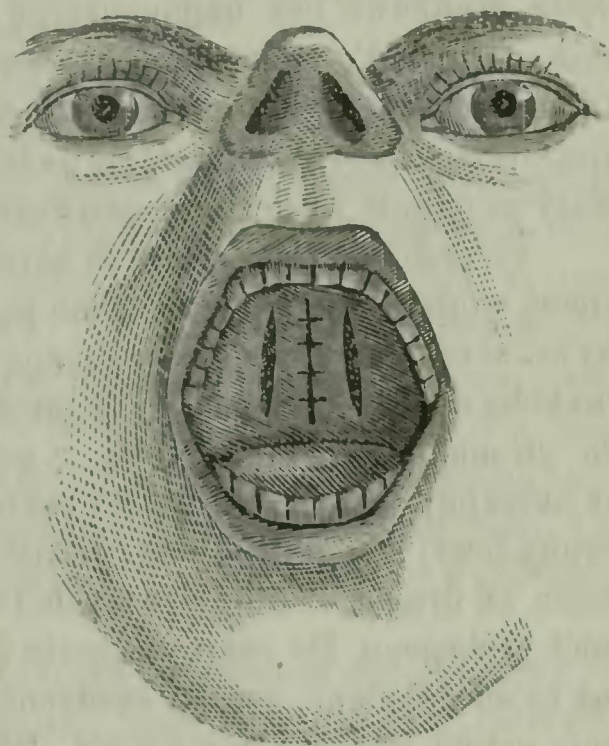
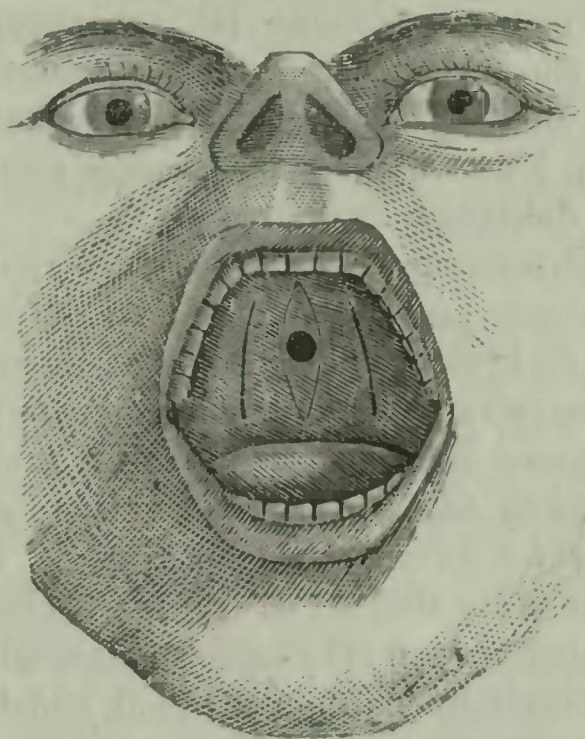
Po skończonem leczeniu, które trwało 7 tygodni, nastąpiło zupełne zabliznienie kości w miejscach wydzielonych martwaków (*sequestrum*). Co się zaś tyczy otworu w podniebieniu, to pomimo zabliznienia się jego brzegów, zawsze pozostawał w jednakowej mierze, gdyż znaczna utrata substancji nie dała się wynagrodzić przez brodawkowanie (*granulatio*). Pokarmy płynne, półpłynne, a nawet twarde w małych kawałkach dostawały się do jam nosowych, a ztamtąd na zewnątrz. Do wyżej podanych zmian w głosie przyłączyło się szeplenie w skutku utraty dwóch zębów przednich.

We dwa tygodnie po skończonem leczeniu przeciwprzymiotowem i po pewnem poprawieniu się odżywiania chorego przedstawiono mu możliwość pozbycia się

otworu w podniebieniu za pomocą operacji, na którą też się chętnie zgodził. — Operację tę uranoplastyczną wykonałem przy pomocy kolegi Władysława S t a n k i e w i c z a w sposób następujący: chory w położeniu siedzącym; głowa mocno w tył zawrócona, oparta na piersi pomocnika. W celu ożywienia brzegów otworu i następnego ich zestawienia, wykonałem dwa cięcia eliptyczne przednio-tyłne, obejmujące z obu stron wspomniany otwór w sposób na dołączonej tu figurze 1wszej przedstawiony.

Fig. 1.

Fig. 2.



Cięcia te wynosiły po 4 cent. długości, którą to długość uważaliśmy za konieczną dla dokładnego zestawienia okrwawionych brzegów w postaci linii prostej; zaczynały się one na błonie śluzowej, pokrywającej wyrostek zębodołowy, a kończyły się na podniebieniu; zajmowały zaś całą warstwę części miękkich podniebienia, aż do kości, t. j. błonę śluzową i okostną. Do nacięć tych użyłem nożyka z brzuścem, działając nim od przodu ku tyłowi, czyli przy zawróceniu głowy chorego w tył, przyczem płaszczyzna podniebienia znajdowała się w położeniu pionowym, od góry ku dołowi. Idąc nożem we wzmiankowanym kierunku, wszędzie się opierałem na kości, oprócz okolicy przy samym otworze podniebiowym, gdzie jej brakowało. Po dokonanych cięciach ująłem kleszczykami opatrzonemi na końcu w ząbki (*à dents souris*), dolny ostry kąt błony śluzowej podniebienia zawartej między cięciami eliptycznymi, a unosząc go ku górze i ku sobie, oddzieliłem na całej przestrzeni, aż do kąta górnego, w skutku czego znikł otwór okrągły, w miejscu zaś jego mieliśmy brak błony śluzowej w postaci przecięcia soczewki nieco powyżej swój połowy przedziurawionej, jak to zresztą przedstawia Fig. 1. Po czem na $1\frac{1}{2}$ centymetra ku zewnątrz od pierwszych dwóch cięć eliptycznych wykonałem dwa inne boczne, równoległe z każdą strony do pierwszych, a zatem nieco wypukłe ku zewnątrz; głębokość ich jak pierwszych, aż do kości, a długość wyrównywa cięciom pierwszym. W skutku czterech cięć

poprzednich powstały dwa paski błony śluzowej $1\frac{1}{2}$ cent. szerokie, a 4 cent. długie. Następnie przystąpiłem do oddzielenia powyższych pasków od kości podniebieniowej wraz z okostną, do czego użyłem skrobaczki z końcem ostrym, miernie zagiętym. Oddzielenie wykonałem idąc od cięć bocznych ku środkowym, czyli od zewnątrz ku wewnątrz. Postępowałem zaś tak a nie odwrotnie dla tego, że rozpoczynając oddzielenie od brzegów, które mają być następnie zestawione i zeszyte, łatwobym mógł je uszkodzić, szczególnie przy pierwszém działaniu skrobaczki, gdy przeciwnie idąc od cięć bocznych ku środkowym po zupełném oddzieleniu wspomnianego paska, koniec skrobaczki swobodnie wychodzi między cięciami środkowe bez najmniejszego ich szarpania, zgniecenia, lub też innego uszkodzenia. Po oddzieleniu oba paski dały się z największą łatwością zesunąć ku środkowi, w skutku czego wycięcie błony śluzowej wraz z okostną w postaci przecięcia soczewki zmieniło się na linię prostą, a dwa cięcia liniowe boczne przybrały wejrzenie wycięcia środkowego, jak to dokładnie uwydatnia Fig. 2.

Po dokonaniu powyższych czynności chirurgicznych, przestrzykano rany zimną wodą, a następnie włożono gąbkę zmaczaną także w zimnej wodzie do jamy ust w celu zupełnego zatrzymania sączenia się krwi, co jest bardzo ważnym warunkiem dla bezpośredniego zrosnięcia się brzegów rany (*per primam intentionem*). Po 20 minutach wyjęto gąbkę, a po oczyszczeniu okrwawionych brzegów rany ze skrzepów, przystąpiliśmy do zakładania szwów, idąc od przodu ku tyłowi i od strony lewej ku prawej. Wszystkich szwów założono cztery w odległości $\frac{3}{4}$ c. jeden od drugiego. Do pierwszych dwóch użyto druta złotego, do dwóch zaś ostatnich srebrnego. Do zaprowadzenia drutów mieliśmy pod ręką najrozmaitsze igły już to odosobnione, już też osadzone na rękojeściach; największą jednak oddała nam usługę igła S i m p s o n'a, używana zwykle dla przeprowadzenia drutów przy zeszywaniu przetok pęcherzowo-pochwowych. Znaczna jednak sklepistość i wąskość podniebienia nie pozwalały na użycie téj igły z obu stron; postępowaliśmy więc w sposób następujący: po wprowadzeniu druta w lewy brzeg rany, wyciągaliśmy przez ranę środkową jego koniec wewnętrzny, na który nawlekaliśmy igłę mocno zgiętą, za pomocą której przeprowadzaliśmy drut przez prawy brzeg téjże rany, z tą różnicą, że igłą S i m p s o n'a przechodziliśmy od zewnątrz błony śluzowej ku wewnątrz, to jest do jej powierzchni zwróconej do kości podniebieniowej, działanie zaś igły małej zgiętej postępowало z drugiej strony w kierunku odwrotnym. Po przeprowadzeniu wszystkich drutów, zrobiliśmy dwa szwy za pomocą skręcenia odpowiednich końców; drugie zaś za pomocą zaciągnięcia na podwójny węzeł. Po odcięciu końców drutów, brzegi były bardzo dokładnie zestawione okrwawionymi powierzchniami, a linia przylegających brzegów zupełnie równa, przechodząca przez sam środek podniebienia, zlewając się ku tyłowi ze szwem podniebienia naturalnym.

Po skończonej operacji głos chorego zupełnie się zmienił: brzmienie nosowe i znikanie głosu przy wymawianiu pojedynczych słów ustąpiły; pozostało tylko szeplenie, będące następstwem utraty dwóch zębów przednich górnych.

Zalecono choremu zupełną spokojność, zabroniono używania pokarmów stałych, jako téż mowy aż do chwili odjęcia szwów. Jedyném pożywieniem chorego w ciągu dni czterech był mocny bullion z wyciągu mięsnego *L i e b i g'a*.

Przez dni cztery, w ciągu których szwy zostawały w podniebieniu, jako téż i po ich odjęciu nie dostrzegliśmy najmniejszego śladu ropienia, lub téż obrzmienia; chory miał się zupełnie dobrze, a po kilku dniach od chwili odjęcia szwów, przekonawszy się o dobrym i stałym skutku operacyi, uwolniliśmy chorego od naszej opieki.

Wstawienie dwóch sztucznych zębów usunęło szeplenie tak, że chory w zupełności odzyskał właściwe sobie brzmienie mowy.

Co się tyczy odrodzenia się kości, to krótki czas, przez który obserwowaliśmy chorego po operacyi nie pozwala nam powiedzieć pod tym względem odnośnie do naszego przypadku; zastanowienie się zaś nad możebnością i prawdopodobieństwem téj sprawy w naszym wypadku wprowadziłoby nas na drogę ogólnych badań nad tym ważnym w chirurgii przedmiotem, po wyjaśnienie którego odsyłamy ciekawego czytelnika do dzieła *P. O l l i e r'a: Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux par Dr. L. O l l i e r. Paris 1867*, w którym streścił nie tylko prace dokonane przez swoich poprzedników we względzie odradzania się kości przy zachowaniu okostnej; lecz przez własne wielkiej doniosłości doświadczenia na zwierzętach i na faktach klinicznych oparte dowodzenia, najbardziej się przyczynił do wyjaśnienia rzeczy w mowie będącej.

Badania *D u h a m e l'a* (1739—1743) nad znaczeniem okostnej przy odradzaniu się kości doprowadziły go do wniosku jasno i stanowczo wyrażonego: „okostna tworzy kość.“

B o r d e n a v e, L a m b l o t, F l o u r e n s, H e i n e przyszli także do wniosków *D u h a m e l'a*.

W skutku prac powyższych badaczy ustaliło się w chirurgii zdanie o przeważnym wpływie okostnej na odrodzenie się kości, a jako bezpośredni skutek rzezonego zdania powstała w chirurgii metoda wypiłowania z pozostawieniem okostnej (*resectio subperiostealis*). *).

Co się tyczy statystyki uleceń po uranorafii — ta jest bardziej zachęcającą od wszelkich innych. Z 42 wypadków operacyi w mowie będącej, wykonanej przez *L a n g e n b e c k'a*, tylko jeden zupełnie się nie udał, w pięciu wypadkach wykonano operację powtórnie z dobrym skutkiem. (Patrz *Gaz. Lek. N. 50 T. II. 1867*. Uranoplastyka podług *L a n g e n b e c k'a* przez *D r a T a b a c z y Ń s k i e g o*). Czytelnik znajdzie tam streszczenie historyi Uranoplastyki w ogóle.

* *) Redakcyja Gazety Lekarskiej, wyznaczając praemium 1000 złp. za napisanie najlepszej rozprawy pod tytułem: „Wykazać doświadczeniami na zwierzętach źródła odradzania się kości w ogóle, a w szczególności udział okostnej (*periosteum*) w téj sprawie, oraz obserwacyami na chorych (operowanych) ludziach dowieść jak wielkie jest znaczenie praktyczne zachowania okostnej przy rezeckyach (*resectio subperiostealis*), w następstwie rozmaitych wskazań dokonywanych (próchnienie, zgorzel, rany kości, stawy rzekome i t. p.) bardzo się przyczyni do rozbudzenia badań nad tym ważnym przedmiotem i w kraju naszym.

O kanałach pachwinowym i udowym.

napisał Dr. M. L. Hirschfeld, professor zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej.

(Ciąg dalszy).

Kanał pachwinowy (*canalis inguinalis*).

Oznaczamy tą nazwą cewkę, skośnie w dolnej części ściany przedniej brzucha przebiegającą, przez którą przechodzi, w stanie normalnym, powrózek nasien-ny u mężczyzn, a wiąz okrągły u niewiast. Rozciągając się skośnie wskroś ściany brzusznej, między dolnymi brzegami mięśni skośnego wewnętrznego i poprzecz-nego a łukiem udowym, kanał ten ma kierunek z góry na dół, z zewnątrz na wew-nątrz i z tyłu ku przodowi.

Długość kanału pachwinowego różni się co do indywidualuów, płci i wieku. Przecięciowo u mężczyzn wynosi, licząc od kąta górnego otworu dolnego do otwo-ru górnego 3—3,5 centim., zaś od podstawy otworu dolnego do środka otworu górnego, blisko 6 centim.; u kobiet zaś jest dłuższy o 4—5 millim. i zarazem węższy. U płodu kanał ten prawie nie istnieje, otwór bowiem dolny odpowiada bezpośrednio otworowi górnemu, stopniowo dopiero kanał ten rozwija się i to zawsze w stosunku prostym do rozwinięcia się miednicy.

W celu łatwiejszego zbadania rozróżniamy w tym kanale dwa otwory: dolny i górny oraz część pośredniczącą czyli trzon.

1° **Otwór dolny** (*apertura inferior*). Zwany także otworem zewnętrznym, powierzchownym, skórnym pachwinowym, obrączką dolną, otwór ten ma kształt trój-kątny a niekiedy owalny i znajduje się nad trzonem kości łonowej między kol-cem i spojeniem z jednej strony, a między odnogami (*crura*) wynikającymi z roz-szczepienia rozścięgni mięśnia skośnego brzucha, z drugiej. Kierunek wielkiej średnicy tego otworu jest skośny z zewnątrz na wewnątrz i z góry na dół to jest ten sam jak włókien rozścięgni mięśnia skośnego zewnętrznego, przez rozszcze-pienie którego jest utworzony. Średnica najdłuższa tego trójkątnego otworu, rozciągająca się od jego szczytu do części środkowej podstawy, ma zwykle 2—2,5 centim.; szczyt ten jednak nie zawsze jest wyraźnie odgraniczony, bo często jest skrzyżowany mniej więcej przez włókna prostopadłe do jego kierunku (*fibrae intercolumnares*).

Podstawa, która wynosi 13—17 millimetrów szerokości, odpowiada lekkie-mu rowkowi brzegu górnego trzonu kości łonowej, między jego spojeniem i kol-cem, bok dolny czyli zewnętrzny ściśle przyrosły do więzcu Pouparta i wklęsły ku górze, osadza się w części na kolcu, w części zaś nad spojeniem łonowym, krzyżu-jąc się z odnogą jednoimienną strony przeciwniej i zwie się **o d n o g ą z e w- n ę t r z n ą** lub **d o l n ą** obrączki pachwinowej (*crus externum s. inferius an-nuli inguinalis*); bok górny czyli wewnętrzny, cieńszy i słabszy od poprzedzającego, utworzony jest z przedłużenia rozścięgni czyli powięzi mięśnia skośnego zewnę-trznego i przyczepia się do części przedniej samego spojenia, krzyżując się z pę-czkiem odpowiednim strony przeciwniej; pęczek ten stanowi **o d n o g ę w e w- n ę t r z n ą** czyli **g ó r n ą** obrączki pachwinowej (*crus internum s. superius canalis inguinalis*).

Niezależnie od tych dwóch odnóg widzieć się daje ku górze i na wewnątrz trzeci pęczek zwany odnogą tylną czyli więzem Colles'a; pęczek ten mniej wyraźny, po skrzyżowaniu na smudze białej i na kilka millim. nad spojeniem łonowem z podobnym pęczkiem strony przeciwniej, zstępuje za częścią pachwinową powrózka nasiennego i za odnogą górną i kończy się na części tylnej trzonu łonowego przy kolcu łonowym, przyczyniając się do wzmocnienia więzu Gimbernata.

Pęczek trójkątny ten odpowiada, brzegiem wewnętrznym, końcowi dolnemu smugi białej, brzegiem zewnętrznym, kąтови dolnemu i wewnętrznemu obrączki pachwinowej dolnej, brzegiem dolnym nakoniec, części tylnej kolca łonowego, na którym się osadza, pokrywając powierzchnię tylną więzu Gimbernata.

Odnoga tylna oznaczoną została pod nazwą więzu Colles'a (lig. Colli) dla uczczenia pamięci autora, który go odkrył.

Od części górnej obwodu otworu dolnego powstaje przedłużenie błoniaste bardzo cienkie, które zatykając ten otwór, ciągnie się na dół, otacza, jako pochewka, powrózek nasienny i nosi nazwę powięzi Coopera (*fascia Cooperi*).

2. Otwór górny czyli brzuszy (*apertura superior s. abdominalis*). Zwany także otworem wewnętrznym, otrzewnym lub obrączką górną, otwór ten spotrzedz się daje na powierzchni tylnej ściany przedniej brzucha, w środku przestrzeni zawartej między spojeniem łonowem a kolcem biodrowym przednim górnym, około pół cala nad łukiem udowym w dołku powięzi poprzecznej. Dołek ten zwie się dołkiem pachwinowym zewnętrznym (*fovea inguinalis externa*), i ograniczony jest na dole i na wewnątrz fałdem sierpowatym powięzi poprzecznej, którego wklęsłość obrócona jest ku górze i na wewnątrz. Przy tym sierpowatym brzegu jelita są niekiedy uwięzione w przepuklinie pachwinowej. Otwór pachwinowy górny utworzony jest nie przez dziurę powięzi poprzecznej, ale raczej przez jej wypuklenie w kształcie pochwy na około powrózka nasiennego i jądra u mężczyzn, a na około więzu okrągłego u niewiast. Otwór ten będzie więc tylko otworem górnym lejka błoniastego, należącego do powięzi poprzecznej. Zastłony on jest otrzewną, opatrzoną niekiedy blizną dosyć wyraźną, a u płodu męskiego otrzewna wysła przedłużenie pochwowate przez kanał pachwinowy aż do dna moszen, otaczając jądro. Na wewnątrz tego otworu znajduje się fałd podłużny, zawierający tętnicę nabrzuszną (*plica epigastrica*), a który odgranicza go od dołka pachwinowego wewnętrznego (*fovea inguinalis interna*).

3. Trzon czyli przebieg kanału pachwinowego (*corpus canalis inguinalis*). Pośredniczący między dwoma wyżej wymienionymi otworami, cylindryczny i skośny jak sam powrózek nasienny lub wiąz okrągły, które obejmuje, i obszerności stosownie do grubości tych narzędzi, odległym jest na 9—11 millimetrów od więzu Pouparta. W celu łatwiejszego zbadania rozróżniono w obwodzie trzonu tego kanału cztery ściany: przednią, tylną, dolną i górną. Ściana przednia cienka, przy obrączce dolnej utworzona jest przez rozściętno mięśnia skośnego zewnętrznego; ściana tylna, przeciwnie gruba przy obrączce górnej utworzona jest z powięzi poprzecznej; ściana dolna złożona jest z rowka więzu Pouparta, wynikającego z zagięcia się tego więzu, z jego spojenia się z powięzią

poprzeczną i z rozścięgnem mięśnia skośnego zewnętrznego; ściana górna, ściślej mówiąc, nie istnieje i składa się tylko z dolnych brzegów mięśni skośnego wewnętrznego i poprzecznego. Niekiedy się zdarza, że brzeg dolny mięśnia skośnego wewnętrznego przebity jest powrózkiem nasiennym.

Stosunek. Otwór dolny i ściana przednia kanału pachwinowego nie mają żadnych stosunków do naczyń i pokryte są skórą i powięzią, która wysyła przedłużenia dolne w postaci pochwy na około powrózka nasiennego, zlewając się z pochwą błoniastą, poczynającą się od części górnej tego otworu.

Otwór górny i ściana tylna tegoż kanału wysłane są otrzewną, która ściśle przylega do obwodu tegoż otworu w części środkowej, opatrzona jest zagłębieniem zwanem *dołkiem pachwinowym zewnętrznym* (*fovea inguinalis externa*). Na zewnątrz tego dołka i na ścianie tylnej kanału pachwinowego, otrzewna oddzieloną jest od tej ściany powięzią poprzeczną i tkanką łączną pod otrzewną pomieszaną z tłuszczem, w którym znajdują się naczynia nabrzusne, otoczone marszczką wydatną podłużną otrzewnej. Między tą ostatnią marszczką a marszczką podłużną nieco wydatniejszą zawierającą tętnicę pępkową zmarniałą, spostrzedz się daje drugie zagłębienie otrzewnej, zwane *dołkiem pachwinowym wewnętrznym* (*fovea inguinalis interna*), który odpowiada ścianie tylnej kanału pachwinowego. Więcej na wewnątrz, między marszczką tętnicy pępkowej, a marszczką pomocownika, odpowiadającego mniej więcej brzegowi zewnętrznemu mięśnia prostego wewnętrznego brzucha, spostrzegamy na koniec trzecie zagłębienie, które oznaczone jest nazwą *dołka pęcherzołowego* (*fovea vesico-pubica*).

Widzimy więc, że po przecięciu poprzecznym ściany przedniej brzucha nieco nad pępkiem i po wywróceniu i natężeniu płata dolnego, otrzewna wyścielająca tylną powierzchnię tej ściany brzusznej, opatrzona jest, przy kanale pachwinowym, trzema mniej więcej wydatnymi, równoległymi marszczkami, mieszczącymi w sobie różnorodne naczynia, ograniczające trzy dołki.

1° Zewnętrzna marszczka najmniej wydatna, rozciąga się w kierunku pionowym od grzebienia łonowego w górę na wewnątrz dołka pachwinowego zewnętrznego, zawiera tętnicę nabrzusną z dwoma żyłami jednoimiennymi, i zwie się *marszczką nadbrzuszną* (*plica epigastrica*).

2° Marszczka średnia wydatniejsza, sięga nieco skośnie na wewnątrz dołka pachwinowego wewnętrznego, od bocznej strony pęcherza do pępka, obejmując w swjej grubości tętnicę pępkową płodu, zamienioną na wiąz u dorosłego i nosi nazwę *marszczki pęcherzo-pępkowej bocznej* (*plica vesico-umbilicalis lateralis*).

3° Marszczka wewnętrzna położona na linii środkowej brzucha i na wewnątrz dołka pachwinowego zwanego pęcherzo-łonowym, udaje się od wierzchołka pęcherza moczowego do pępka, tworząc z marszczką poprzedzającą trójkąt z podstawą dolną. Marszczka ta zawiera w sobie przeobrażony w wiąz pomocownik i z tego powodu zwie się marszczką pomocownika czyli *marszczką pęcherzo-pępkową średnią* (*plica urachi s. vesico-umbilicalis media*).

a. Dołek pachwinowy zewnętrzny (*fovea inguinalis externa*), znajduje się na zewnątrz marszczki nabrzusznój i nad marszczką przewodu nasiennego. Zwykle dosyć rozwinięty, odpowiada otworowi tylnemu kanału pachwinowego, w który się nawet niekiedy wypukła i przez który często wysyła przedłużenie nitkowate, udające się wraz z powrózkiem nasiennym aż do jądra. Przy zewnętrznym obwodzie tego dołka, przewód nasienny, zstępując do samej miednicy na dół i na wewnątrz, krzyżuje się z tętnicą nabruszną, sięgającą w górę i na zewnątrz.

b. Dołek pachwinowy wewnętrzny (*fovea inguinalis interna*). Umieszczony między marszczką nabruszną i marszczką pęcherzo-pępkową boczną, dołek ten jest mniejszy i głębszy od poprzedzającego i odpowiada otworowi przedniemu kanału pachwinowego, a zatém części ściany brzusznej najcieńszej.

c. Dołek pęcherzo-łonowy (*fovea vesico-pubica*). Lekko wklęsły, spostrzedz on się daje między marszczką pęcherzo-pępkową boczną, a marszczką pęcherzo-pępkową średnią i odpowiada podstawie otworu dolnego kanału pachwinowego.

Przez pierwszy z tych dołków wytwarzają się przepukliny pachwinowe zewnętrzne, czyli zewnętrzne; przepukliny, tworzące się przez drugi dołek, noszą nazwę przepuklin pachwinowych wewnętrznych; nakoniec przepukliny, odbywające się przez trzeci dołek, zowią się przepuklinami pęcherzo-łonowymi. Wreszcie przez kanał pachwinowy skutecznia się zstąpienie jądra, pierwotnie zawartego w jamie brzusznej, do moszen.

U płodu, przed 7-mym miesiącem, a czasem nawet przy urodzeniu, oba otwory kanału pachwinowego ściśle sobie odpowiadają, tak iż zdają się jakby zlane w jeden otwór, który obejmuje kierownik (*gubernaculum testis*) i ochewkę jądra właściwą (*tunica vaginalis testis propria*), będącą jeszcze w związku z otrzewną. Później dopiero komunikacya ta jest przerywaną aż do jądra przez przyrośnięcie ściany samej tej błony, i tym sposobem tworzy się odrostek pochwoy otrzewnej (*processus vaginalis peritonei*), a kanał pachwinowy przybiera swój kierunek skośny przez rozwijanie się miednicy w kierunku poprzecznym. Ponieważ miednica jest szersza u niewiast, jak u mężczyzn, kanał pachwinowy powinien być i jest w istocie dłuższy u pierwszych niż u ostatnich, a co nabywa w długości traci na szerokości, bo obrączka przednia przytwierdzona do kości łonowej, zostaje na miejscu pierwotnem, kiedy otwór tylny posunięty jest na zewnątrz. W niektórych wypadkach jednak utrzymuje się komunikacya w kanale pachwinowym i wzdłuż powrózka nasiennego nawet w późniejszym wieku, co może być powodem hydrocele lub przepukliny pachwinowej wrodzonej (*hernia inguinalis congenita*). U płodu płci żeńskiej otrzewna przedłuża się niekiedy także przez kanał pachwinowy i stanowi kanał Nucka.

(D. c. n.)

KAZUISTYKA SZPITALNA.

Sprawozdanie ze Szpitala Sgo Władysława w Opocznie za rok 1867.

Przez Leka. za Szpitala T. Kieffera.

(Dokończenie *).

19) Rak siatki brzuchowej (*carcinoma omenti*). X. O. Prob. z J... w dniu 17 lipca przybył do szpitala. Zachorował około Wielkiej nocy. Wiadomość o swój chorobie pierwszej i następnych z objaśnień lekarza koll. M... z T. R. go leczącego zaczerpnięte, streścić w ten sposób: iż przebył około Wielkiej nocy zapalenie opłucnej prawej, wysięk którego długo nie ustępował, następnie zapalenie płuca lewego dolnego zrazu, następnie rwę kulszową (*ischias*), lewą b. gwałtowną, w końcu obłąd opileczy (*delirium potatorum*) nadzwyczaj silny.

Przed dwoma laty jądro jedno powiększać mu się zaczęło, w jedném miejscu owrzodziła skóra moszny w tém miejscu z jądrem zrośniętą, z otworu odchodził płyn brudny, b. cuchnący. Raz raptownie strumieniem puścił się tędy krwotok, chory, jak mówi, parę szklanek krwi utracił, pojechał do Warszawy, jądro na drodze operacyjnej przez koll. W. S t a n k i e w i c z a usuniętem zostało (przypuszczam, że był rak jądra).

W końcu czerwca b. r. chory dopiero zauważył guz twardawy w dołku żołądkowym się tworzący, guz ten bardzo szybko się powiększał.

Otóż jak chory w dzień przybycia się przedstawił: Był bardzo wyniszczony, skóra brudno-żółta pokrywała po prostu kościec, leżąc na nim jakby bezpośrednio; tkanka tłuszczowa, mięśniowa zaniknięta, z mięśni np. łydkowych za ledwie krótki płatek w palce można było ująć; doły skroniowe uwydatnione, oczy głęboko zapadnięte, głos słaby, cichy, temperatura ciała 38,8° C, puls 120, prawie nitkowaty. W płucu lewym w dolnym zrazie oddech zaostrozony, odgłos lekko stłumiony, w szczytach płuc szmer pęcherzykowy słaby; kaszlu nie ma zupełnie, oddech jednak utrudniony, 40 oddechnień na minutę. Granice płuc b. zmienione: W prawém płucu do żebra 3° z przodu, a do 8° z tyłu, w lewém do 4° żebra z przodu, a do 7° z tyłu odgłos płucny, od tych granic tępość zupełna zlewająca się z tępością guza. Guz część tylko podżebrza prawego zajmował, więcej okolice podłyżkową (*epigastrium*) i podżebrze lewe, dolną granicą w linii środkowej dla tępości guza był pępek, z lewego podżebrza tępość szła w kierunku okrężnicy zstępującej, sięgając aż do miednicy. Guz przy dotykaniu bolesny wszędzie, konsystencji niejednakowej, więcej miękkiej w okolicy podłyżkowej, w reszcie brzucha b. twardy. — Nierówności wyczuć żadnych nie można było. Brzuch wzdęty. Bóle w brzuchu straszne, klujące, rwące, przenikające nawskróś aż w kolumnę pacierzową. Apetyt dotąd bardzo dobry. Wypróżnienia regularne. W moczu niewiele barwników żółci, bardzo wązka obrączka.

Zmniejszenie granicy płuc tak wielkie, należało przyjąć za wypchnięcie ku górze przepony przez gazy i guz w żywocie się mieszczący. Rozważywszy wszystkie okoliczności, mając przed sobą guz tak olbrzymich rozmiarów, tak szybko rosnący, który takie wyniszczenie spowodził, bez długiego namysłu groźną mu

(* Patrz Nr. 39 Gazety Lekarskiej, Tom IV. 28 Marca 1868.

naturę przyznać należało. Rozpoznanie jego natury choć przypuszczalnie, łatwiejszém było od rozpoznania siedliska owego raka. W żołądku nie można go było pomieścić, bo nie było żadnych objawów ze strony tego organu, rzucających choćby podejrzenie, ani nawet charakterystycznych krwotoków; apetyt chory przed przybyciem do szpitala miał wyborńy, jadał ciągle bardzo dużo potraw jak najpospolitszych: (barszcz, kartofle, groch, kapustę), w tych tylko smakował. Na cierpienie wątroby były dowody: barwniki żółciowe, brzég twardy, okrągły, obtędy opilczy; niepodobna jednak choćby w płacie jój lewym mieścić nowotworu, boć okolica inna przeważnie guzem zajęta. Przypuściłem przeto, że albo w sieci brzuchowej, albo w gruczole zażołądkowym (*pancreas*) się mieści, że pociągnął zwyrodnienie przyległych tym organom części i utworzył tak olbrzymią masę.

Przebieg ostatnich dni życia tego ciekawego wypadku, (szczególniej pod względem anatomo-patologicznym) był następujący:

Dnia 19 T. 37, b^o C. P. 104, darcie w kończynie dolnej lewej, noc niespokojna.

Dnia 21 T. 37, 8^o C. P. 112, stopy brzmieją, guz szybko się zwiększa na wypukłość w okolicy podłyżkowej, w moczu biały.

Dnia 22 osłabienie wielkie, bóle nieustanne, w podżebrzu prawém, lewém i w okolicy nadpępkowej. Guz szybko się wznosi jak gdyby gazami rozdymany; przy ucisku jego w nadpępczu trzeszczenia, pewien rodzaj do przelewania się i pękania pęcherzy w płynie w nim słysząc b. wyraźnie. W środku nadpępcza ciastowaty, powiem nawet chęłboczący. Chęłbotanie owo w końcu najwyraźniejsze było tak zwodniczém, iż myśl pchała gwałtem do noża, lecz obok stercząca twardość na lewo i ku dołowi się rozprzestrzeniająca, chwilowe przypuszczenia usuwała.

Dnia 23 kończyny więcej obrzmięte, bóle były gwałtowne w całym brzuchu (mimo dużych dawek narkotyków niezmnieszające się nawet) na około guza, biegunka, rysy twarzy b. zmienione.

Dnia 25 T. 38, 8^o C. P. 126. Żyły podskórne na lewej połowie brzucha na klatce piersiowej oraz kończynach górnych b. uwydatnione, prawa kończyna dolna mocno obrzmięta do kolana, skóra stopy b. napięta.

Dnia 26 cała kończyna dolna obrzmięta, bole w niej i brzuchu dokuczliwe, chory bezustannie jęczy, nocy całe spędza bezsenne, pomimo dużych dawek morfiny.

Dnia 27 język zupełnie suchy, ostry, pragnienie wielkie, połykać jednak nie ma siły chory. Guz bardzo się wypuklił, przeszedł po za pępek swą granicą dolną. Brzuch wielki jak w ostatnim miesiącu ciąży, tylko formy odmiennój. — Utrata apetytu zupełna, bezsenność ciągła. Chory literalnie nie je, nie pije i nie śpi, głosem zaledwie słyszalnym narzeka na bóle gwałtowne w żywocie.

Przez następne dni stan tenże.

Dnia 30 P. 136 nitkowaty, niespokojność, czkawka.

Dnia 31 upadek sił coraz większy, język jak skóra suchy, przytomność zupełna. Chory żółwym krokiem zbliża się do grobu, męczarnie znosząc okropne.

Dnia 1 sierpnia: brak pulsu, upadek sił ostateczny, przytomność zupełna. O północy rozstał się z życiem.

S e k c y a, wykonana w 30 godzin po zgonie, dała wypadek następujący:

W okolicy nadpepkowej, na największym wypukleniu guza, tam gdzie za życia było chęłbotanie wyraźne, kolor skóry jasno-zielonego koloru. W płucu prawym z tyłu od dołu przyrosty. Płuca małe. Przepona sięgała po prawej stronie do 3 żebra, po lewej do 4. Serce całe pod mostkiem. Wątroba zmniejszona i zziarniona (*cirrhosis*). Śledziona mała. Kiszki, żołądek, nerki nie godnego uwagi nie przedstawiały. Brzuch b. wzdęty. W jamie otrzewnej parę uncyj płynu ciemno-pomarańczowego koloru, klarownego. W jamie brzusznej guz formy nieregularnej podkowy rozciągniętej w końcach, zajmował hypochondrium dextrum, regionem epigastricam, hypochondrium sinistrum, ztąd spuszczał się w kierunku okrężnicy zstępującej (*colon descendens*), aż do miednicy. Guz bardzo twardy, w niektórych miejscach przedstawiał ogniska wielkości pięści i większą masą rozpadową wypełnione. Największe takie ognisko było w okolicy nadpepkowej, wybrałem z niego 24 łyżek masy rozpadowej, tu czuć było chęłbotanie owo zwodnicze za życia. W innych miejscach był konsystencji ciastowatej, w innych miejscach bardzo zbitój, ale b. kruchój. Otrzewna nigdzie nie zajęta. Trzustka w stanie normalnym; tylko omentum w guz wciągnięte; sieć brzuchowa służyła nowotworowi za fundament, z niej powstał: Guz na przekroju koloru szaro-czerwonawego, lub szaro-żółtawego, wielkością dochodził objętości 3 głów dorosłych ludzi.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O gruźelku i processach analogicznych.

(Treść rozprawy prof. Villemin, czytanej na zjeździe lekarskim w Paryżu.)

Z pomiędzy kwestyj rozbieganych na zjeździe lekarskim w Paryżu, jedno z najważniejszych miejsc zajęła kwestya gruźlicy. Wielu uczonych lekarzy pośpieszyło z przyniesieniem plonu swych poszukiwań odnoszących się do tego procesu. Imiona tych lekarzy są: Villemin, Sangalli, Cornil, Lebert, M. Empis i w. i. Jedną z najgruntowniejszych była praca Villemina; dla tego téż treść jej, jako zasługującej na powszechną uwagę, zamierzamy tutaj podać.

„Badana na błonie surowiczej,“ powiada p. Villemin, w początku swego rozwoju, gdy jest jeszcze twardą, półprzejrystą, granulacya gruźelkowa ma na polu drobnowidzowym następujące wejrzenie. W samym jej środku spostrzegamy mniej więcej znaczną liczbę drobnych komórek, opatrzonych jądrami i istotą międzykomórkową stałą. Kierując się ku obwodowi gruźelka, ujrzymy, że miejsce tych drobnych komórek zajęły większe, z których niejedne opatrzone są znaczną liczbą jąder. W pośród tych ostatnich pierwiastków napotykamy włókna łączne (*connectives*) i elastyczne tkanki macierzystej, które krzyżując się z powyższymi pierwiastkami, nadają im poniekąd wejrzenie siatki. Nakoniec na samej granicy granulacyi, pierwiastki komórkowe przypominają postać i ułożenie ciałek tkanki łącznej, od których téż tylko większemi wymiarami się wyróżniają.

Szematycznie możemy sobie przedstawić budowę gruźelka, jako złożoną z trzech półśrodkowych warstw, odpowiadających trzem różnym fazom w rozwoju pierwiastków, które się składają na ten nowotwór. Warstwy te są następujące:

1) w a r s t w a z e w n ę t r z n a (*zona externa*), w której spostrzegamy komórki większej, aniżeli w tkance normalnej objętości, opatrzone znaczną liczbą jąder;

2) w a r s t w a w e w n ę t r z n a c z y l i ś r e d n i a (*z. interna s. media*), przedstawiona przez pierwiastki komórkowe różnych wymiarów, mniej więcej jedne od drugich naciśnięte i zawierające zmienną liczbę jąder: jestto warstwa twórcza;

3) nakoniec w a r s t w a ś r o d k o w a (*z. centralis*), powstająca z nagromadzenia jąder i drobnych komórek, które podobnie jak komórki ropne, w zapaleniu zdają się być ostatecznym tworem nagromadzenia pierwiastków.

Mechanizm tworzenia się gruzelków łatwym jest do pojęcia. W daném miejscu komórki plasmatyczne (?), pobudzone chorobliwą przyczyną oddziałują nań, powiększając swą objętość obok współczesnego rozrostu (*hyperplasia*). Pierwszym objawem rozmnażania się komórek jest dzielenie się jąder. Większe komórki o zmiennój liczbie jąder od 10—15, wydłużają się i zbliżają jedne od drugich dopóty, dopóki błona otaczająca komórkę nie pęknie, uwalniając tém samém zawartość. Nowa ta generacya wydaje następne i tak dalej postępuje rozmnażanie się komórek, aż nadejdzie chwila, w której siła twórczości niszczy się w utworzeniu owych drobnych pierwiastków, podpadających przeistoczeniu tłuszczowemu. Dalej zobaczymy jednak, że przeistoczenie tłuszczowe ogarnia częstokroć pierwiastki komórkowe pierwój, nim czynność ich rozmnażania została ukończoną.

W ogóle tak powstałe nowotwory nie przyjmują godnych uwagi wymiarów, gdy zaś przyczyna jest energiczną i rozprzestrzenioną, wówczas nagromadzające się liczne ogniska, zlewają się z sobą w większe masy, tworzące t. z. n a s i ę k g r u ż l i c z y (*infiltratio tuberculosa*). Badając świeżo zdjęty gruzelek, przekonywamy się, że wszystkie jego pierwiastki anatomiczne mają bardzo wielkie podobieństwo do limfy i tkanek limfatycznych (*ganglia, folliculi*).

Takąto budowę gruzelka napotykaemy, gdy jest jeszcze w t. z. okresie surowym (*stadium crudum*); lecz skoro nadejdzie chwila przeistoczenia wstecznego, wówczas występuje cały szereg nowych zmian.

Przemiana wsteczna gruzelków nie zawsze przedstawia jednakowe wejście. W pewnych razach wytwarza się ziarnistość tłuszczowa bardzo drobna i stosunkowo w małej ilości pierwiastki przybierają pewien połysk, kurczą się i przekształcają na pewien twór zeschnięty. Jestto rodzaj zsuchania się (*mumificatio*), jak słusznie mówi p. K ü s s. W innych razach przeciwnie ziarna tłuszczowe są większej objętości, materya tłuszczowa nagromadza się daleko obficie. Dwie te różne formy przemiany wstecznej pośredniczą zwykle, podług p. Villemain, dwom różnym chorobliwym zejściom: pierwsza zwapnieniu, druga rozmięczeniu.

Rzucając okiem na powyższe badania, łatwo dostrzedz, że proces powstawania gruzelków bardzo się zbliża do wytwarzania się małych ognisk ropnych. Tylko, że w tych ostatnich pierwiastki komórkowe są nieco większej objętości, spojone między sobą za pomocą płynnej substancyi międzykomórkowej (*serum puris*), której brak jest w gruzelkach.

Opisana powyżej budowa gruzelka, jak mówi p. V i l l e m a i n jest typową (*granulation type*), od której nieraz granulacya gruźlicza znacznie się oddala. Niekiedy bowiem spostrzegamy granulacye, zawierające w swym środku zaledwie kilka pierwiastków o małych wymiarach, składające się po większej części z komórek rozmaitej wielkości na drodze czynnego rozmnażania, a podpadających przemianie wstecznej pierwój, nim twórczość doszła swego kresu. Na rozkroju gruzelka tego rodzaju zdaje się złożonym prawie zupełnie z pierwiastków podobnych do tych, jakie napotykaemy w warstwie średniej (*z. media*) granulacyi typowej. Istnieje w nim pewna przewaga większych komórek nad jądrami i drobnymi komórkami, podczas, gdy przeciwnie w granulacyi typowej pierwiastki większych wymiarów są wyjątkowymi w warstwie środkowej (*z. centralis*), a nawet rzadko napotykanymi w warstwie średniej (*z. media*). Przemiana nekrobiotyczna ogarnia naraz tego rodzaju gruzelka w całym jego składzie, bezwzględnie na nieukończony rozwój.

Godną jest uwagi ta dążność gruzelków do przemian wstecznych, do rozpadu, do zgorzeli — a przyczyny tego mamy najsluszniejsze prawo szukać w braku naczyń lub zatkanium takowych skrzepami włóknikowemi. Komórki, pozbawione tym sposobem materyału odżywczego, zamierają, podpadając przemianom wstecznym; zjawisko to zarówno powstaje w odosobnionych granulacyach, jak i w nasięku na znacznej przestrzeni. Po przecięciu tkanek dotkniętych gruźlicą, krew się nie sączy, naczynia pozanikały i nastąpiła zupełna niemal bezkrwistość (*anaemia*). Podniesiony ucisk, który szczególnie ma miejsce na początku rozwoju procesu, sprowadza często pęknięcie naczyń krwionośnych włosowatych, a ztąd nieuniknione

przy gruźlicy płucnej krwotoki (*haemoptosis*). Zjawisko to zanikania naczyń tak w samych nowotworach, jak i po za ich granicą już oddawna spostrzegli, S c h r o e d e r van der K o l k i N a t a l i s, G u i l l o t.

Pod względem szybkości rozwoju gruźlicy w ogóle, a w szczególności gruźlicy płucnej, klinika już od najdawniejszych czasów zauważała dwie formy: przewlekłą i ostrą t. z. suchoty galopujące (*tuberculosis acuta*). Rzeczywiście są indywidua, u których pierwsze objawy gruźlicy należy odnieść do niepamiętnych niemal czasów, u których objawy rozmięczenia albo po wielu dopiero latach albo nawet weale nie występują. W innych znów współcześnie niemal z rozwojem gruzelków następuje ich rozmięczenie; obszerne jamy wytwarzające się skutkiem téj przemiany w ciągu niespełna kilku miesięcy zabijają swą ofiarę.

Różnice te formy klinicznej nie trudne są do wyjaśnienia na drodze anatomo-patologicznej. Zdarzają się, mówi p. V i l l e m i n, granulacye gruźlicze, nader powolnie zapuszczające się w organa, a obecność swą zdradzają zaledwie dostrzegalnymi objawami. Przebywają długi czas bez zmiany pośród zajętych tkanek, zanim ulegną rozmięczeniu, które téż tém później przychodzi do skutku, im powolniejszy był rozwój tych granulacyi. Co do nas, mówi dalej p. V i l l e m i n, sądzimy, że tego rodzaju opieszałość do przemian wstecznych odnieść należy do zwolna odbywającego się zaniku naczyń, dającego tym sposobem pierwiastkom czas dojścia do kresu swego rozwoju.

W innych razach gruzelki tworzą się z gwałtowną szybkością. Na wątléj powierzchni licznie nagromadzające się pierwiastki, uciskając się wzajemnie zlewają się w rozległe massy. W tym razie rozmięczenie występuje bardzo szybko, a szybkość ta jest w prostym stosunku do natężenia procesu gruźliczego. Tu téż właśnie zamknięcie naczyń wystąpiło nagle, wstrzymując odrazu dowóz soków odżywczych tak niezbędnych dla rozwoju pierwiastków. Te więc zamierają pierwéj, nim doszły kresu swego rozwoju, owszem przeistoczenie tłuszczowe pochłonęło je wtedy, gdy się znajdowały w całej pełni swego rozwoju. Jestto więc niedokończony rozwój, wstrzymany przedwczesną śmiercią pierwiastków, którym materiał odżywczy został gwałtownie odjętym.

Nie będziemy dalej postępować za gruzelkami w różnych organach, zatrzymamy się tylko na gruzelku płucnym, który dał początek różnym tłumaczeniom, dążącym do pomieszczenia gruźlicy w rzedzie jakichś szczególnych form nosologicznych. Przyznajemy, mówi p. V i l l e m i n, że proces gruźliczy organów oddechowych był dla nas przedmiotem długiej i mozolnej pracy. Fakta przeciwstawne nasuwały ciąglą wątpliwość w tłumaczeniu tego procesu, wątpliwość w znajomości budowy organów oddechowych. (Dok., nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— D o s w i a d e z e n i a n a d d z i a ł a n i e m b r o m k u p o t a s s u. Bromek potassu, który dawniej tak mało zwracał na siebie uwagi, ostatniemi czasy nabral wielkiego rozgłosu, jako gatunkowy środek leczniczy w chorobach nerwowych. — Z Francyi a szczególniej z Anglii napływało wiele spostrzeżeń kazuistycznych środka tego dotyczących, co P P. E u l e n b u r g i G u t t m a n n najnowsi badacze działania takowego słusznie zauważyli (Archiv V i r e h o w'a, 1867, zeszyt listopadowy). Wypadki tych spostrzeżeń były jednak bardzo różne: jedni upatrywali w bromku potassu prawdziwy środek gatunkowy na wiele z chorób nerwowych, np. epilepsyę, — inni zaprzeczali stanowczo temu mniemaniu działaniu. Tylko nowe badania doświadczalne mogły rozstrzygnąć tak sprzeczne zdania; do nich też uciekli się dwaj wyż przytoczeni badacze, a wypadki badań swych, dopełnionych w pracowni fizyologa berlińskiego R e y m o n d'a ogłosili w wyż przytoczonym zeszycie Archiwu V i r e h o w'a. Doświadczenia swoje robili oni na zwierzętach tak ciepło jak i zimno-krwistych (królikach i żabach) z bromkiem potassu, bromkiem sodu, bromkiem amonii i czystym bromem — i osiągnęli następujące rezultaty: 1) Fiziologiczne działanie bromku potassu zgadza się w zupełności z obserwowaném dotychczas działaniem terapeutyczném. 2) Najistotniejsze i najbardziej wyraźne jest działanie bromku potassu na o s r o d k i n e r w o w e i dla tego środek ten wskazanym będzie we wszystkich stanach podniesionój pobudzalności odruchowój, przy chorobliwie pobudzonój drażliwości w róż-

nych częściach ośrodkowego układu nerwowego, epilepsyi, chorei i t. p. 3) Jako środek u s y p i a j ą c y (*hypnoticum*), przez niektórych zalecany, nie ma bromek potassu, według doświadczeń na zwierzętach czynionych, żadnej wartości. 4) Działania narkotycznego badacze ani razu nie obserwowali u zwierząt. 5) D a w k i środka powinny być w i ę k s z e niż dotychczas używane, w ostatnich téż czasach niektórzy lekarze angielscy stosowali go bez złych następstw w dawkach nierównie większych niż dawniej. Zdaje się, że dopiero bardzo nadmierne dawki mogłyby działać trująco na ludzi. 7) Roztwory téj soli powinny być mocno rozcieńczone, w przeciwnym razie psuje się trawienie w żołądku. 7) Z doświadczeń nad zbliżoném do bromku potassu działaniem czystego bromu, bromku sodu i bromku amonu wykazuje się, że trzy te przetwory bromowe we względzie działania na organizm nie mogą być uważane ani za identyczne, ani nawet za spowinowaczone z bromkiem potassu. To téż i terapeutyczne zastępowanie tego ostatniego wspomnianemi przetworami, jak to często czynili amerykańscy i angielscy lekarze, nie może być naukowo usprawiedliwioném. Przy doświadczeniach z czystym bromem, np. wcale nie można było dopatrzeć się charakterystycznego działania bromku potassu na serce i układ nerwowy. Doświadczenia z bromkiem sodu wykazały, że sól ta zachowuje się zupełnie tak samo jak inne sole sodowe; brom więc w niej zawarty żadnego w działaniu jój nie bierze udziału. — Bromek amonu wreszcie zachowuje się, według doświadczeń E i G., jak wszystkie sole amoniakalne, a brom (?) i tu na działanie jego nie wpływa.

• — M l e c z a n ż e l a ż a (*ferrum lacticum*) i n a j p r z y j e m n i e j s z a forma jego zastosowania. Żelazo liczy się jak wiadomo do téj nieobfitój grupy środków lekarskich, których skuteczność żadnej nie może ulegać wątpliwości, i to zapewne jest przyczyną mnogości przetworów żelaznych, używanych w terapii. Z przetworów tych, żaden przecież nie był tak starannie studyowanym, jak mleczan żelaza. Panu G é l i s znanemu ze swych odkryć w dziedzinie chemii należy się zasługa, iż opierając się na licznych doświadczeniach fizyologicznych, poczynionych na zwierzętach wyjednał przetworowi temu zastosowanie w medycynie. W sprawozdaniu, które zasłużeni członkowie paryżkiej cesarskiej akademii medycznej professorowie B o u i l l a u d i F o u q u i e r, jako téż prezydent B a l l y złożyli téjże akademii z rozprawy G é l i s'a przedmiotu tego dotyczącej, oświadczają się oni za tém, iż wielu pacjentów, którzy używali mleczanu żelaza w postaci tak zwanych *dragées*, t. j. pigulek cukrem mocno powleczonej, najlepiej znosili go w ten sposób. Wiele osób dotkniętych blednicą, niedokrwistością z brakiem regularności, po używaniu tego przetworu, opuszczały szpital w zadawalniającym stanie zdrowia. Sprawozdanie to kończą oświadczeniem, iż niepodobna im nie wydać najprzyjaźniejszego sądu o przetworze zalecanym przez G é l i s'a, i że przetwór ten uważać należy jako ważny nabytek farmakologiczny. — Późniejsze sprawdzenie złożone téjże akademii w imieniu kommissyi złożonej z prof. V e l p e a u, T r o u s s e a u, B o u c h a r d a t, D e p a u l i J. B o u d e t, ujawniło przymioty mleczanu żelaza, odnoszące się do jego łatwój strawności i zdolności przyswajania się (*assimilatio*), które to przymioty stawiają go wyżej od innych przetworów żelaza. Kommissya ta przeprowadziła szereg porównawczych doświadczeń z preparatami żelaznemi, z których wykazało się, iż mleczan żelaza łatwój się trawi i przyswaja niż *ferrum tartarico-natronatum*, *ferrum citricum*, *Pyrophosphas ferri et sodae* i t. p. Co się tycze zalecanój przez G é l i s'a formy użycia tego środka (*dragées*), to ta daje podwójną rękojmię przyjemności smaku i niepsucia się lekarstwa.

— Od 1 stycznia do 31 grudnia z. r. (1867) miało miejsce w Paryżu 700 samobójstw. Między samobójcami znajdowało się: mężczyzn żonatych 79, wdowców 22, kawalerów 418, niewiadomego stanu 70; kobiet zamężnych 8, kobiet wdów 24, panien 39, niewiadomego stanu 8; wreszcie 4 chłopców i 3 dziewczyny poniżej 16 lat. — Najwięcej samobójstw spełniono w miesiącu kwietniu. — Nieszczęśliwych wypadków w ciągu tegoż roku zdarzyło się 3454, a z tych 790 śmierć za sobą pociągnęły. Przejechano osób 1488, z których 108 przypłaciło życiem. Poranionych było osób 1673.

— Statystyka ludności, urodzeń, śmierci, z obrachowaniem odsetki śmiertelności w m. Warszawie za rok 1867.— Warszawa liczy między swemi mieszkańcami chrześcian: męż. 78,232., kob. 89,741., razem 167,973; starozakonnych: męż. 38,191., kob. 41,504.,

razem 79,695; ogółem wszystkiej ludności 247,668. W roku 1867 urodziło się w Warszawie, *chrześcian*: płci męskiej 4,634., żeńskiej 4,498, razem 9,132; *starozakonnych*: płci męz. 1405., żeń. 1,126., razem 2,531.; ogółem 11,665. Umarło na *cholere chrześcian*: męz. 776, kob. 778., razem 1,554; *starozakonnych*: męz. 348, kob. 320., razem 668; ogółem 2,222., *umarło w skutek innych chorób chrześcian*: męz. 3,383, kob. 2423., razem 5,811., *starozakonnych*: męz. 1,092, kob. 1,312., razem 2404; ogółem 8,215.; łącznie całej ludności. na wszystkie choroby umarło w ciągu roku 1867: 10,437. *Odsetka śmiertelności cholery jest następująca dla chrześcian*: męz. 0,90., kob. 0,86., razem 0,91.; *dla starozakonnych*: męz. 0,91., kob. 0,79., razem 0,84.; ogółem 0,88. *i innych chorób dla chrześcian*: m., 4,85., k., 2,7., razem 3,50.; *dla starozakonnych* m. 2,84., k., 3,16., razem 3,10.; ogółem 3,38., łącznie wszystkich chorób w obu ludnościach 4,21. Na *cholere* umierał 1. człowiek na 112., na drugie choroby 1 na 30., na wszystkie choroby 1 na 24.

— Przez czas trwania cholery w Warszawie w 1867 r. od dnia 21 maja (2 czerwca) do dnia 6 (18) października, *zachorowało chrześcian*: m. 1695, kobiet 2233, d. 787, razem 4715; *starozakonnych*: m. 828, k. 891, d. 816, razem 2534; ogółem 7249. Z tych *wzdrowiało chrześcian*: m. 1096, k. 1585, d. 493; razem 3174; *starozakonnych*: m. 617, k. 704, d. 545, razem 1866; ogółem 5040. *Umarło chrześcian*: m. 599, k. 648, d. 294, razem 1541; *starozakonnych*: m. 211, k. 187, d. 270, razem 668; ogółem 2299. *Odsetka śmiertelności dla chrześcian*: m. 35, 34, k. 28, 12, d. 37, 35, razem 32, 68; *dla starozakonnych*: m. 25, 6, k. 20, d. 32, 12, razem 25, 96; ogółem 30, 04. Przybliżony stosunek śmiertelności do liczby chorych na *cholere* jest następujący: *dla chrześcian*: m. 1:3, k. 1:4, d. 1:3 razem 1:3; *dla starozakonnych*: m. 1:4, k. 1:5, d. 1:3; razem 1:4; ogółem 1:3.

— † W dniu 10 lutego b. r. zmarł w Anglii naturalista D a w i d B r e w s t e r, urodzony w Szkocji dnia 11 grudnia 1781 r. — Pierwiastkowo miał on zamiar poświęcić się stanowi duchownemu, lecz wymowa R o b i s o n'a i P l a y f a i r'a prof. Edynburskich obudziła w nim żądze badania natury. Pierwsze doświadczenia jego tyczyły się nauki o polaryzacji światła, a ważne swe nad przedmiotem tym spostrzeżenia ogłosił w *Transactions* Edynburskiego towarzystwa nauk. — W 1808 r. objął redakcję *Edinburgh Encyclopaedia*, która wychodziła aż do r. 1830 (18 tomów), zasilana szeregiem doborowych prac jego. W roku 1819 wspólnie z J a m e s o'n'em założył: *Edinburgh Philosophical Journal* który od r. 1824 — 1832 wydawał sam, będąc jednocześnie czynnym przy wydawnictwie wielkiej *Encyclopaedia Britannica*. W swych *Letters on Natural Magic*, przedmiot ten traktował tyle naukowo ile zajmująco. Dokładny wykład nauki o świetle dał w dziele *Treatise on Optics* (Londyn 1832 r.; przekład niemiecki H a r t m a n n a 2 tomy, Quedlinburg 1835). Badania naukowe i odkrycia N e w t o n'a wybornie opisał w *Liefe of Sir Isaac Newton* (Londyn 1832; przekład niemiecki G o l d b e r g a, Lipsk 1833), a w *Martyrs of Science* (Edynburg 1841 i 1856) skreślił życiorysy G a l i l e u s z a, T y c h o n a d e B r a h e i K e p l e r'a. Na jego wniosek zebrało się w Yorku w 1831 r. zgromadzenie naturalistów, które doprowadziło do utworzenia „Brytańskiego towarzystwa popierania nauk.“ — Dążenia B r e w s t e r'a znachodziły powszechne uznanie tak w kraju jak i po zagranicą, wiele akademij i instytutów naukowych zapraszały go na swego honorowego członka i korespondenta, a zagranicami mocarze ozdabiali go swemi orderami. W r. 1859 szkoła Edynburska jednogłośnie obrala go swym kierownikiem. Opatrzony od swego rządu płacą roczną 300 funt. szt. Koniec swego życia przepędzał naprzemian w Edynburgu i posiadłości swjej ziemskiej — czerstwem zdrowiem ciesząc się prawie do zgonu. — W dzień jego pogrzebu, 14 lutego b. r. słuchalnia uniwersyteckie w Edynburgu były zamknięte, a cały skład uniwersytecki jako téż deputacya od szkockiego towarzystwa nauk pospieszyły uczcić śmiertelne jego ostatki!

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Patologii i terapii szczegółowej ark. 5ty i 6ty, Anatomii patologicznej ark. 10ty. i Akuszerji ark. 6 ty.*

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3; w redakcyi i na poczcie (w kopertach) rocznie r. sr. 7, półrocznie r. sr. 3 kop. 50.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1868 r.) r. sr. 8; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1868 r. sr. 18.

TREŚĆ: Prace oryginalne. Zeszycie podniebienia twardego (uranoplastyka). Spostrzeżenie podane przez Dra Med. Jana Kwaśnickiego, lek. ordyn. w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. — O kanałach pachwinowym i udowym. Napisał Dr. M. L. Hirschfeld. Prof. zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej. (Ciąg dalszy). — **Kazui-styka szpitalna.** Sprawozdanie ze szpitala Śgo Władysława w Opocznie za rok 1867. Przez lekarza szpitala T. Kieffera. (Dokończenie). — **Kronika Zagraniczna.** O gruźelku i processach analogicznych Prof. V i l l e m i n. Henryk Stankiewicz. — **Wiadomości bieżące.** Bromek potassu. — Mleczan żelaza. — Samobójstwa w Paryżu w r. 1867. — Statystyka ludności, urodzeń, śmierci w Warszawie w r. 1867. — Cholera w Warszawie w r. z. — B r e w s t e r. — **Dodatek.** Opis szpitala św. Jana Bożego w Warszawie (Ciąg dalszy str. 13—20). Przez Dra Rothe.

Zeszycie podniebienia twardego (Uranoplastyka).

Spostrzeżenie podane przez Dra Med. Jana Kwaśnickiego, lek. ord. w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

N. N. mężczyzna 34 lat wieku liczący, budowy ciała dobrej, miernie odżywiany, przed 7 laty miał na żołądki wrzód syfilityczny, a po dwóch miesiącach od chwili zarażenia się przyszły objawy drugorzędne (*secundaria*), które ustąpiły po zastosowaniu leczenia rtęcią, poczem chory czuł się nie źle i wrócił do dawnego sposobu życia. Po upływie jednak lat sześciu przyszedł niezbyt błony śluzowej nosa, który się uparcie trzymał pomimo używania najrozmaitszych leków. Zatkanie nosa, lekkie krwawienie, ból głowy i ogólne niedomaganie były objawami przez cały ostatni rok chorego trapiącymi. Przed sześciu miesiącami chory zaczął uczuwać ból w przedniej okolicy twardego podniebienia, gdzie w bardzo prędkim czasie wykształcił się guzik wielkości małego orzecha laskowego; guzik ten przy nacisku końcem języka był dość miękki i bolesny. Wezwany lekarz rozpoznał, że wspomniany guzik jest ropniem napływowym w skutku próchnienia kości podniebienia twardego powstałym. Po otworzeniu ropnia wylała się mała ilość ropy posokowatej. Wprowadzony następnie zgłębnik do otworu w skutku przecięcia powstałego, wykrył kości podniebienia twardego pozbawione okostnej. Anamneza podana przez chorego usunęła wszelką wątpliwość co do natury cierpienia, t. j., że próchnienie kości podniebieniowej jest objawem

trzeciorzędnym przymiotu (*caries syphilitica*). Przedstawiono choremu konieczność leczenia ogólnego przeciw przymiotowego, w którym to celu NN. przed trzema miesiącami przybył do Warszawy, gdzie koll. Libchen miał go w swojej opiece.

Wezwani na naradę k. k. Libchen, Girsztowt, Stankiewicz i ja, badając chorego, znaleźli stan następujący: mowa zmieniona, dość trudna; głos przy brzmieniu nosowém niksący; chory dość blady, kolor skóry, która żadnych wysypek przymiotowych nie przedstawia, brudno-zielonkawy, gruczoły chłonne w pachwinach, na szyi i na karku nieco powiększone, twarde. Budowa podniebienia nadzwyczaj sklepista i wązka. W przedniej części podniebienia twardego, na linii środkowej otwór okrągły w przecznicy niemal centymetr trzymający. Wprowadzony doń zgłębnik łatwo się przesuwają do jam nosowych, w skutku czego pokarmy płynne przechodzą do nosa, a następnie na zewnątrz; kości podniebienia twardego na obwodzie powyżej otworu leżące chropowate, nierówne, lecz nieruchome; dwa przednie zęby górne sieczne mocno się chwiejące, który to objaw dowodził, że nietylko kość podniebieniowa jest zajęta, lecz także i wyrostek zębodołowy (*processus alveolaris*).

Nie mając żadnej wątpliwości co do natury przymiotowej powyższego cierpienia, zgodzono się na zastosowanie leczenia przeciwprzymiotowego (*cura antisiphilitica*), mieszanego, to jest na użycie jednego z przetworów rtęci przy jednoczesnem podawaniu choremu jodku potassu. Rtęć była użyta w postaci wcierań (24 wcierań: 12 po p. dr. a 12 po 1 scrup.). Jodek potassu (*kali jodatum*) zaś wewnątrz po 3 łyżki dziennie, zwiększając następnie dawkę do 2 łyżek trzy razy dziennie. Ten sposób leczenia chory znosił bardzo dobrze: pod jego wpływem po 4 tygodniach oddzielił się na pewnej przestrzeni wyrostek zębodołowy, który został wydobyty wraz z dwoma wspomnianymi zębami. Wyrostek ów przedstawiał się jako masa kostna, niekształtna, chropowata 1½ cent. w największym przemiarze trzymająca. Dnia zaś 14 lutego przez otwór podniebienia została wydobyta druga kość, która zachowała o tyle swoją budowę, iż można było rozpoznać, że jest lemieszem (*vomer*). Oddzielenie się tej kości wykazywało także cierpienie przegrody nosa (*septum nasi*); rzeczywiście wprowadzony zgięty zgłębnik do jednej z jam nosa, łatwo w tylnej części przechodził do drugiej. Działając zgłębnikiem w różnych kierunkach nietrudno było rozpoznać zniszczenie przegrody nosa na przestrzeni dziesiątki.

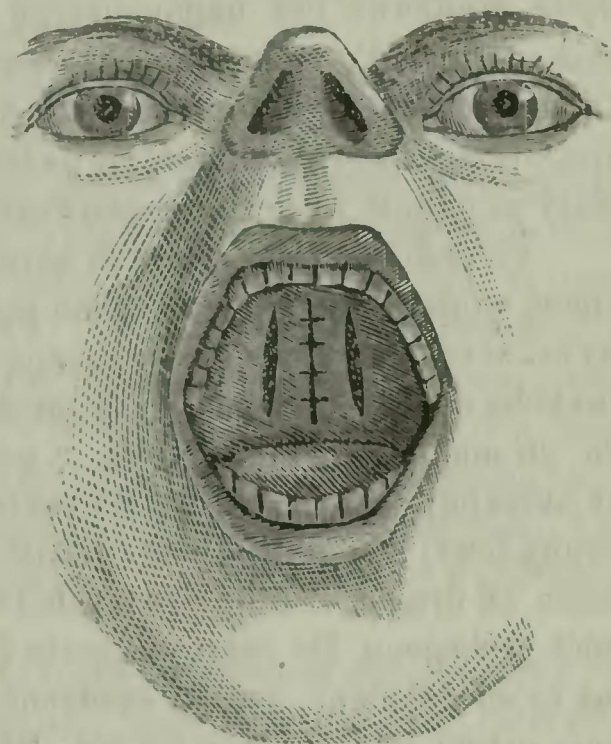
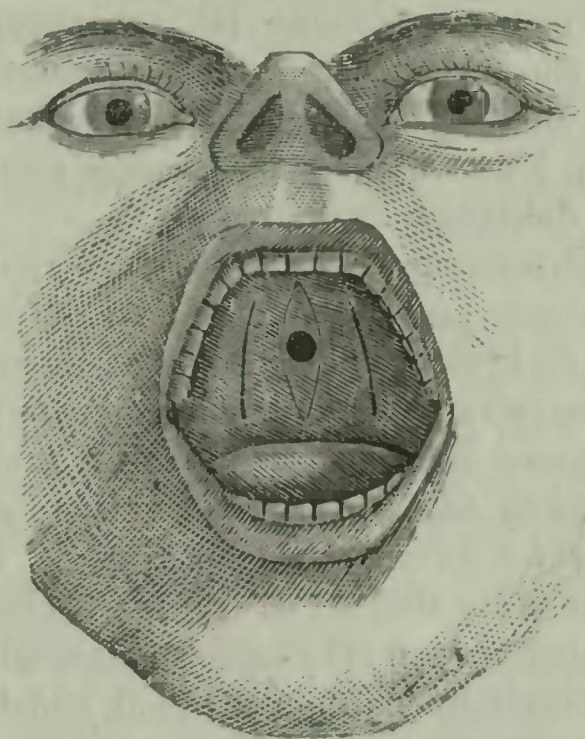
Po skończoném leczeniu, które trwało 7 tygodni, nastąpiło zupełne zabliznienie kości w miejscach wydzielonych martwaków (*sequestrum*). Co się zaś tyczy otworu w podniebieniu, to pomimo zabliznienia się jego brzegów, zawsze pozostawał w jednakowej mierze, gdyż znaczna utrata substancji nie dała się wynagrodzić przez brodawkowanie (*granulatio*). Pokarmy płynne, półpłynne, a nawet twarde w małych kawałkach dostawały się do jam nosowych, a ztamtąd na zewnątrz. Do wyżej podanych zmian w głosie przyłączyło się szeplenie w skutku utraty dwóch zębów przednich.

We dwa tygodnie po skończoném leczeniu przeciwprzymiotowem i po pewnem poprawieniu się odżywiania chorego przedstawiono mu możliwość pozbycia się

otworu w podniebieniu za pomocą operacji, na którą też się chętnie zgodził. — Operację tę uranoplastyczną wykonałem przy pomocy kolegi Władysława S t a n k i e w i c z a w sposób następujący: chory w położeniu siedzącym; głowa mocno w tył zawrócona, oparta na piersi pomocnika. W celu ożywienia brzegów otworu i następnego ich zestawienia, wykonałem dwa cięcia eliptyczne przednio-tylne, obejmujące z obu stron wspomniany otwór w sposób na dołączonej tu figurze 1wszej przedstawiony.

Fig. 1.

Fig. 2.



Cięcia te wynosiły po 4 cent. długości, którą to długość uważaliśmy za konieczną dla dokładnego zestawienia okrwawionych brzegów w postaci linii prostej; zaczynały się one na błonie śluzowej, pokrywającej wyrostek zębodołowy, a kończyły się na podniebieniu; zajmowały zaś całą warstwę części miękkich podniebienia, aż do kości, t. j. błonę śluzową i okostną. Do nacięć tych użyłem nożyka z brzuścem, działając nim od przodu ku tyłowi, czyli przy zawróceniu głowy chorego w tył, przyczem płaszczyzna podniebienia znajdowała się w położeniu pionowym, od góry ku dołowi. Idąc nożem we wzmiankowanym kierunku, wszędzie się opierałem na kości, oprócz okolicy przy samym otworze podniebiowym, gdzie jej brakowało. Po dokonanych cięciach ująłem kleszczykami opatrzonemi na końcu w ząbki (*à dents souris*), dolny ostry kąt błony śluzowej podniebienia zawartej między cięciami eliptycznemi, a unosząc go ku górze i ku sobie, oddzieliłem na całej przestrzeni, aż do kąta górnego, w skutku czego znikł otwór okrągły, w miejscu zaś jego mieliśmy brak błony śluzowej w postaci przecięcia soczewki nieco powyżej swój połowy przedziurawionej, jak to zresztą przedstawia Fig. 1. Po czem na $1\frac{1}{2}$ centymetra ku zewnątrz od pierwszych 2ch cięć eliptycznych wykonałem dwa inne boczne, równoległe z każdą strony do pierwszych, a zatem nieco wypukłe ku zewnątrz; głębokość ich jak pierwszych, aż do kości, a długość wyrównywa cięciom pierwszym. W skutku czterech cięć

poprzednich powstały dwa paski błony śluzowej $1\frac{1}{2}$ cent. szerokie, a 4 cent. długie. Następnie przystąpiłem do oddzielenia powyższych pasków od kości podniebieniowej wraz z okostną, do czego użyłem skrobaczki z końcem ostrym, miernie zagiętym. Oddzielenie wykonałem idąc od cięć bocznych ku środkowym, czyli od zewnątrz ku wewnątrz. Postępowałem zaś tak a nie odwrotnie dla tego, że rozpoczynając oddzielenie od brzegów, które mają być następnie zestawione i zeszyte, łatwobym mógł je uszkodzić, szczególnie przy pierwszém działaniu skrobaczki, gdy przeciwnie idąc od cięć bocznych ku środkowym po zupełném oddzieleniu wspomnianego paska, koniec skrobaczki swobodnie wychodzi między cięciami środkowe bez najmniejszego ich szarpania, zgniecenia, lub też innego uszkodzenia. Po oddzieleniu oba paski dały się z największą łatwością zesunąć ku środkowi, w skutku czego wycięcie błony śluzowej wraz z okostną w postaci przecięcia soczewki zmieniło się na linię prostą, a dwa cięcia liniowe boczne przybrały wejrzenie wycięcia środkowego, jak to dokładnie uwydatnia Fig. 2.

Po dokonaniu powyższych czynności chirurgicznych, przestrzykano rany zimną wodą, a następnie włożono gąbkę zmaczaną także w zimnej wodzie do jamy ust w celu zupełnego zatrzymania sączenia się krwi, co jest bardzo ważnym warunkiem dla bezpośredniego zrosnięcia się brzegów rany (*per primam intentionem*). Po 20 minutach wyjęto gąbkę, a po oczyszczeniu okrwawionych brzegów rany ze skrzepów, przystąpiliśmy do zakładania szwów, idąc od przodu ku tyłowi i od strony lewej ku prawej. Wszystkich szwów założono cztery w odległości $\frac{3}{4}$ c. jeden od drugiego. Do pierwszych dwóch użyto druta złotego, do dwóch zaś ostatnich srebrnego. Do zaprowadzenia drutów mieliśmy pod ręką najrozmaitsze igły już to odosobnione, już też osadzone na rękojeściach; największą jednak oddała nam usługę igła S i m p s o n'a, używana zwykle dla przeprowadzenia drutów przy zeszywaniu przetok pęcherzowo-pochwowych. Znaczna jednak sklepistość i wąskość podniebienia nie pozwalały na użycie téj igły z obu stron; postępowaliśmy więc w sposób następujący: po wprowadzeniu druta w lewy brzeg rany, wyciągaliśmy przez ranę środkową jego koniec wewnętrzny, na który nawlekaliśmy igłę mocno zgiętą, za pomocą której przeprowadzaliśmy drut przez prawy brzeg téjże rany, z tą różnicą, że igłą S i m p s o n'a przechodziliśmy od zewnątrz błony śluzowej ku wewnątrz, to jest do jej powierzchni zwróconej do kości podniebieniowej, działanie zaś igły małej zgiętej postępowало z drugiej strony w kierunku odwrotnym. Po przeprowadzeniu wszystkich drutów, zrobiliśmy dwa szwy za pomocą skręcenia odpowiednich końców; drugie zaś za pomocą zaciągnięcia na podwójny węzeł. Po odcięciu końców drutów, brzegi były bardzo dokładnie zestawione okrwawionymi powierzchniami, a linia przylegających brzegów zupełnie równa, przechodząca przez sam środek podniebienia, zlewając się ku tyłowi ze szwem podniebienia naturalnym.

Po skończonej operacji głos chorego zupełnie się zmienił: brzmienie nosowe i znikanie głosu przy wymawianiu pojedynczych słów ustąpiły; pozostało tylko szeplenie, będące następstwem utraty dwóch zębów przednich górnych.

Zalecono choremu zupełną spokojność, zabroniono używania pokarmów stałych, jako téż mowy aż do chwili odjęcia szwów. Jedyném pożywieniem chorego w ciągu dni czterech był mocny bullion z wyciągu mięsnego *L i e b i g'a*.

Przez dni cztery, w ciągu których szwy zostawały w podniebieniu, jako téż i po ich odjęciu nie dostrzegliśmy najmniejszego śladu ropienia, lub téż obrzmienia; chory miał się zupełnie dobrze, a po kilku dniach od chwili odjęcia szwów, przekonawszy się o dobrym i stałym skutku operacyi, uwolniliśmy chorego od naszej opieki.

Wstawienie dwóch sztucznych zębów usunęło szeplenie tak, że chory w zupełności odzyskał właściwe sobie brzmienie mowy.

Co się tyczy odrodzenia się kości, to krótki czas, przez który obserwowaliśmy chorego po operacyi nie pozwala nam powiedzieć pod tym względem odnośnie do naszego przypadku; zastanowienie się zaś nad możebnością i prawdopodobieństwem téj sprawy w naszym wypadku wprowadziłoby nas na drogę ogólnych badań nad tym ważnym w chirurgii przedmiotem, po wyjaśnienie którego odsyłamy ciekawego czytelnika do dzieła *P. O l l i e r'a: Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux par Dr. L. O l l i e r. Paris 1867*, w którym streścił nie tylko prace dokonane przez swoich poprzedników we względzie odradzania się kości przy zachowaniu okostnej; lecz przez własne wielkiej doniosłości doświadczenia na zwierzętach i na faktach klinicznych oparte dowodzenia, najbardziej się przyczynił do wyjaśnienia rzeczy w mowie będącej.

Badania *D u h a m e l'a* (1739—1743) nad znaczeniem okostnej przy odradzaniu się kości doprowadziły go do wniosku jasno i stanowczo wyrażonego: „okostna tworzy kość.“

B o r d e n a v e, L a m b l o t, F l o u r e n s, H e i n e przyszli także do wniosków *D u h a m e l'a*.

W skutku prac powyższych badaczy ustaliło się w chirurgii zdanie o przeważnym wpływie okostnej na odrodzenie się kości, a jako bezpośredni skutek rzezonego zdania powstała w chirurgii metoda wypiłowania z pozostawieniem okostnej (*resectio subperiostealis*). *).

Co się tyczy statystyki uleceń po uranorafii — ta jest bardziej zachęcającą od wszelkich innych. Z 42 wypadków operacyi w mowie będącej, wykonanej przez *L a n g e n b e c k'a*, tylko jeden zupełnie się nie udał, w pięciu wypadkach wykonano operację powtórnie z dobrym skutkiem. (Patrz *Gaz. Lek. N. 50 T. II. 1867*. Uranoplastyka podług *L a n g e n b e c k'a* przez *D r a T a b a c z y Ń s k i e g o*). Czytelnik znajdzie tam streszczenie historyi Uranoplastyki w ogóle.

* *) Redakcyja Gazety Lekarskiej, wyznaczając praemium 1000 złp. za napisanie najlepszej rozprawy pod tytułem: „Wykazać doświadczeniami na zwierzętach źródła odradzania się kości w ogóle, a w szczególności udział okostnej (*periosteum*) w téj sprawie, oraz obserwacyami na chorych (operowanych) ludziach dowieść jak wielkie jest znaczenie praktyczne zachowania okostnej przy rezeckyach (*resectio subperiostealis*), w następstwie rozmaitych wskazań dokonywanych (próchnienie, zgorzel, rany kości, stawy rzekome i t. p.) bardzo się przyczyni do rozbudzenia badań nad tym ważnym przedmiotem i w kraju naszym.

O kanałach pachwinowym i udowym.

napisał Dr. M. L. Hirschfeld, professor zwyczajny w Szkole Głównej Warszawskiej.

(Ciąg dalszy).

Kanał pachwinowy (*canalis inguinalis*).

Oznaczamy tą nazwą cewkę, skośnie w dolnej części ściany przedniej brzucha przebiegającą, przez którą przechodzi, w stanie normalnym, powrózek nasien-ny u mężczyzn, a wiąz okrągły u niewiast. Rozciągając się skośnie wskroś ściany brzusznej, między dolnymi brzegami mięśni skośnego wewnętrznego i poprzecz-nego a łukiem udowym, kanał ten ma kierunek z góry na dół, z zewnątrz na wew-nątrz i z tyłu ku przodowi.

Długość kanału pachwinowego różni się co do indywiduów, płci i wieku. Przecięciowo u mężczyzn wynosi, licząc od kąta górnego otworu dolnego do otwo-ru górnego 3—3,5 centim., zaś od podstawy otworu dolnego do środka otworu górnego, blisko 6 centim.; u kobiet zaś jest dłuższy o 4—5 millim. i zarazem węższy. U płodu kanał ten prawie nie istnieje, otwór bowiem dolny odpowiada bezpośrednio otworowi górnemu, stopniowo dopiero kanał ten rozwija się i to zawsze w stosunku prostym do rozwinięcia się miednicy.

W celu łatwiejszego zbadania rozróżniamy w tym kanale dwa otwory: dolny i górny oraz część pośredniczącą czyli trzon.

1° Otwór dolny (*apertura inferior*). Zwany także otworem zewnętrznym, powierzchownym, skórnym pachwinowym, obrączką dolną, otwór ten ma kształt trój-kątny a niekiedy owalny i znajduje się nad trzonem kości łonowej między kol-cem i spojeniem z jednej strony, a między odnogami (*crura*) wynikającymi z roz-szczepienia rozścięgni mięśnia skośnego brzucha, z drugiej. Kierunek wielkiej średnicy tego otworu jest skośny z zewnątrz na wewnątrz i z góry na dół to jest ten sam jak włókien rozścięgni mięśnia skośnego zewnętrznego, przez rozszcze-pienie którego jest utworzony. Średnica najdłuższa tego trójkątnego otworu, rozciągająca się od jego szczytu do części środkowej podstawy, ma zwykle 2—2,5 centim.; szczyt ten jednak nie zawsze jest wyraźnie odgraniczony, bo często jest skrzyżowany mniej więcej przez włókna prostopadłe do jego kierunku (*fibrae intercolumnares*).

Podstawa, która wynosi 13—17 millimetrów szerokości, odpowiada lekkie-mu rowkowi brzegu górnego trzonu kości łonowej, między jego spojeniem i kol-cem, bok dolny czyli zewnętrzny ściśle przyrosły do więzcu Pouparta i wklęsły ku górze, osadza się w części na kolcu, w części zaś nad spojeniem łonowym, krzyżu-jąc się z odnogą jednoimienną strony przeciwniej i zwie się o d n o g ą z e w- n ę t r z n ą lub d o l n ą obrączki pachwinowej (*crus externum s. inferius an-nuli inguinalis*); bok górny czyli wewnętrzny, cieńszy i słabszy od poprzedzającego, utworzony jest z przedłużenia rozścięgni czyli powięzi mięśnia skośnego zewnę-trznego i przyczepia się do części przedniej samego spojenia, krzyżując się z pę-czkiem odpowiednim strony przeciwniej; pęczek ten stanowi o d n o g ę w e w- n ę t r z n ą czyli g ó r n ą obrączki pachwinowej (*crus internum s. superius canalis inguinalis*).

Niezależnie od tych dwóch odnóg widzieć się daje ku górze i na wewnątrz trzeci pęczek zwany odnogą tylną czyli więzem Colles'a; pęczek ten mniej wyraźny, po skrzyżowaniu na smudze białej i na kilka millim. nad spojeniem łonowem z podobnym pęczkiem strony przeciwniej, zstępuje za częścią pachwinową powrózka nasiennego i za odnogą górną i kończy się na części tylnej trzonu łonowego przy kolcu łonowym, przyczyniając się do wzmocnienia więzu Gimbernata.

Pęczek trójkątny ten odpowiada, brzegiem wewnętrznym, końcowi dolnemu smugi białej, brzegiem zewnętrznym, kąтови dolnemu i wewnętrznemu obrączki pachwinowej dolnej, brzegiem dolnym nakoniec, części tylnej kolca łonowego, na którym się osadza, pokrywając powierzchnię tylną więzu Gimbernata.

Odnoga tylna oznaczoną została pod nazwą więzu Colles'a (lig. Colli) dla uczczenia pamięci autora, który go odkrył.

Od części górnej obwodu otworu dolnego powstaje przedłużenie błoniaste bardzo cienkie, które zatykając ten otwór, ciągnie się na dół, otacza, jako pochewka, powrózek nasienny i nosi nazwę powięzi Coopera (*fascia Cooperi*).

2. Otwór górny czyli brzuszy (*apertura superior s. abdominalis*). Zwany także otworem wewnętrznym, otrzewnym lub obrączką górną, otwór ten spotrzedz się daje na powierzchni tylnej ściany przedniej brzucha, w środku przestrzeni zawartej między spojeniem łonowem a kolcem biodrowym przednim górnym, około pół cala nad łukiem udowym w dołku powięzi poprzecznej. Dołek ten zwie się dołkiem pachwinowym zewnętrznym (*fovea inguinalis externa*), i ograniczony jest na dole i na wewnątrz fałdem sierpowatym powięzi poprzecznej, którego wklęsłość obrócona jest ku górze i na wewnątrz. Przy tym sierpowatym brzegu jelita są niekiedy uwięzione w przepuklinie pachwinowej. Otwór pachwinowy górny utworzony jest nie przez dziurę powięzi poprzecznej, ale raczej przez jej wypuklenie w kształcie pochwy na około powrózka nasiennego i jądra u mężczyzn, a na około więzu okrągłego u niewiast. Otwór ten będzie więc tylko otworem górnym lejka błoniastego, należącego do powięzi poprzecznej. Zastłony on jest otrzewną, opatrzoną niekiedy blizną dosyć wyraźną, a u płodu męskiego otrzewna wysła przedłużenie pochwowate przez kanał pachwinowy aż do dna moszen, otaczając jądro. Na wewnątrz tego otworu znajduje się fałd podłużny, zawierający tętnicę nabrzuszną (*plica epigastrica*), a który odgranicza go od dołka pachwinowego wewnętrznego (*fovea inguinalis interna*).

3. Trzon czyli przebieg kanału pachwinowego (*corpus canalis inguinalis*). Pośredniczący między dwoma wyżej wymienionymi otworami, cylindryczny i skośny jak sam powrózek nasienny lub wiąz okrągły, które obejmuje, i obszerności stosownie do grubości tych narzędzi, odległym jest na 9—11 millimetrów od więzu Pouparta. W celu łatwiejszego zbadania rozróżniono w obwodzie trzonu tego kanału cztery ściany: przednią, tylną, dolną i górną. Ściana przednia cienka, przy obrączce dolnej utworzona jest przez rozściętno mięśnia skośnego zewnętrznego; ściana tylna, przeciwnie gruba przy obrączce górnej utworzona jest z powięzi poprzecznej; ściana dolna złożona jest z rowka więzu Pouparta, wynikającego z zagięcia się tego więzu, z jego spojenia się z powięzią

poprzeczną i z rozścięgnem mięśnia skośnego zewnętrznego; ściana górna, ściślej mówiąc, nie istnieje i składa się tylko z dolnych brzegów mięśni skośnego wewnętrznego i poprzecznego. Niekiedy się zdarza, że brzeg dolny mięśnia skośnego wewnętrznego przebity jest powrózkiem nasiennym.

Stosunek. Otwór dolny i ściana przednia kanału pachwinowego nie mają żadnych stosunków do naczyń i pokryte są skórą i powięzią, która wysyła przedłużenia dolne w postaci pochwy na około powrózka nasiennego, zlewając się z pochwą błoniastą, poczynającą się od części górnej tego otworu.

Otwór górny i ściana tylna tegoż kanału wysłane są otrzewną, która ściśle przylega do obwodu tegoż otworu w części środkowej, opatrzona jest zagłębieniem zwanem *dołkiem pachwinowym zewnętrznym* (*fovea inguinalis externa*). Na zewnątrz tego dołka i na ścianie tylnej kanału pachwinowego, otrzewna oddzieloną jest od tej ściany powięzią poprzeczną i tkanką łączną pod otrzewną pomieszaną z tłuszczem, w którym znajdują się naczynia nabrzusne, otoczone marszczką wydatną podłużną otrzewnej. Między tą ostatnią marszczką a marszczką podłużną nieco wydatniejszą zawierającą tętnicę pępkową zmarniałą, spostrzedz się daje drugie zagłębienie otrzewnej, zwane *dołkiem pachwinowym wewnętrznym* (*fovea inguinalis interna*), który odpowiada ścianie tylnej kanału pachwinowego. Więcej na wewnątrz, między marszczką tętnicy pępkowej, a marszczką pomocownika, odpowiadającego mniej więcej brzegowi zewnętrznemu mięśnia prostego wewnętrznego brzucha, spostrzegamy na koniec trzecie zagłębienie, które oznaczone jest nazwą *dołka pęcherzołowego* (*fovea vesico-pubica*).

Widzimy więc, że po przecięciu poprzecznym ściany przedniej brzucha nieco nad pępkiem i po wywróceniu i natężeniu płata dolnego, otrzewna wyścielająca tylną powierzchnię tej ściany brzusznej, opatrzona jest, przy kanale pachwinowym, trzema mniej więcej wydatnymi, równoległymi marszczkami, mieszczącymi w sobie różnorodne naczynia, ograniczające trzy dołki.

1° Zewnętrzna marszczka najmniej wydatna, rozciąga się w kierunku pionowym od grzebienia łonowego w górę na wewnątrz dołka pachwinowego zewnętrznego, zawiera tętnicę nabrzuszną z dwoma żyłami jednoimiennymi, i zwie się *marszczką nadbrzuszną* (*plica epigastrica*).

2° Marszczka średnia wydatniejsza, sięga nieco skośnie na wewnątrz dołka pachwinowego wewnętrznego, od bocznej strony pęcherza do pępka, obejmując w swjej grubości tętnicę pępkową płodu, zamienioną na wiaz u dorosłego i nosi nazwę *marszczki pęcherzo-pępkowej bocznej* (*plica vesico-umbilicalis lateralis*).

3° Marszczka wewnętrzna położona na linii środkowej brzucha i na wewnątrz dołka pachwinowego zwanego pęcherzo-łonowym, udaje się od wierzchołka pęcherza moczowego do pępka, tworząc z marszczką poprzedzającą trójkąt z podstawą dolną. Marszczka ta zawiera w sobie przeobrażony w wiaz pomocownik i z tego powodu zwie się marszczką pomocownika czyli *marszczką pęcherzo-pępkową średnią* (*plica urachi s. vesico-umbilicalis media*).

a. Dołek pachwinowy zewnętrzny (*fovea inguinalis externa*), znajduje się na zewnątrz marszczki nabrzusznój i nad marszczką przewodu nasiennego. Zwykle dosyć rozwinięty, odpowiada otworowi tylnemu kanału pachwinowego, w który się nawet niekiedy wypukla i przez który często wysyła przedłużenie nitkowate, udające się wraz z powrózkiem nasiennym aż do jądra. Przy zewnętrznym obwodzie tego dołka, przewód nasienny, zstępując do samej miednicy na dół i na wewnątrz, krzyżuje się z tętnicą nabruszną, sięgającą w górę i na zewnątrz.

b. Dołek pachwinowy wewnętrzny (*fovea inguinalis interna*). Umieszczony między marszczką nabruszną i marszczką pęcherzo-pępkową boczną, dołek ten jest mniejszy i głębszy od poprzedzającego i odpowiada otworowi przedniemu kanału pachwinowego, a zatém części ściany brzusznej najcieńszej.

c. Dołek pęcherzo-łonowy (*fovea vesico-pubica*). Lekko wklęsły, spostrzedz on się daje między marszczką pęcherzo-pępkową boczną, a marszczką pęcherzo-pępkową średnią i odpowiada podstawie otworu dolnego kanału pachwinowego.

Przez pierwszy z tych dołków wytwarzają się przepukliny pachwinowe zewnętrzne, czyli zewnętrzne; przepukliny, tworzące się przez drugi dołek, noszą nazwę przepuklin pachwinowych wewnętrznych; nakoniec przepukliny, odbywające się przez trzeci dołek, zowią się przepuklinami pęcherzo-łonowymi. Wreszcie przez kanał pachwinowy uskutecznia się zstąpienie jądra, pierwotnie zawartego w jamie brzusznej, do moszen.

U płodu, przed 7-mym miesiącem, a czasem nawet przy urodzeniu, oba otwory kanału pachwinowego ściśle sobie odpowiadają, tak iż zdają się jakby zlane w jeden otwór, który obejmuje kierownik (*gubernaculum testis*) i ochewkę jądra właściwą (*tunica vaginalis testis propria*), będącą jeszcze w związku z otrzewną. Później dopiero komunikacya ta jest przerywaną aż do jądra przez przyrośnięcie ściany samej tej błony, i tym sposobem tworzy się odrostek pochwoy otrzewnej (*processus vaginalis peritonei*), a kanał pachwinowy przybiera swój kierunek skośny przez rozwijanie się miednicy w kierunku poprzecznym. Ponieważ miednica jest szersza u niewiast, jak u mężczyzn, kanał pachwinowy powinien być i jest w istocie dłuższy u pierwszych niż u ostatnich, a co nabywa w długości traci na szerokości, bo obrączka przednia przytwierdzona do kości łonowej, zostaje na miejscu pierwotnem, kiedy otwór tylny posunięty jest na zewnątrz. W niektórych wypadkach jednak utrzymuje się komunikacya w kanale pachwinowym i wzdłuż powrózka nasiennego nawet w późniejszym wieku, co może być powodem hydrocele lub przepukliny pachwinowej wrodzonej (*hernia inguinalis congenita*). U płodu płci żeńskiej otrzewna przedłuża się niekiedy także przez kanał pachwinowy i stanowi kanał Nucka.

(D. c. n.)

KAZUISTYKA SZPITALNA.

Sprawozdanie ze Szpitala Sgo Władysława w Opocznie za rok 1867.

Przez Leka. za Szpitala T. Kieffera.

(Dokończenie *).

19) Rak siatki brzuchowej (*carcinoma omenti*). X. O. Prob. z J... w dniu 17 lipca przybył do szpitala. Zachorował około Wielkiej nocy. Wiadomość o swój chorobie pierwszej i następnych z objaśnień lekarza koll. M... z T. R. go leczącego zaczerpnięte, streścić w ten sposób: iż przebył około Wielkiej nocy zapalenie opłucnej prawej, wysięk którego długo nie ustępował, następnie zapalenie płuca lewego dolnego zrazu, następnie rwę kulszową (*ischias*), lewą b. gwałtowną, w końcu obłąd opileczy (*delirium potatorum*) nadzwyczaj silny.

Przed dwoma laty jądro jedno powiększać mu się zaczęło, w jedném miejscu owrzodziła skóra moszny w tém miejscu z jądrem zrośniętą, z otworu odchodził płyn brudny, b. cuchnący. Raz raptownie strumieniem puścił się tędy krwotok, chory, jak mówi, parę szklanek krwi utracił, pojechał do Warszawy, jądro na drodze operacyjnej przez koll. W. S t a n k i e w i c z a usuniętem zostało (przypuszczam, że był rak jądra).

W końcu czerwca b. r. chory dopiero zauważył guz twardawy w dołku żołądkowym się tworzący, guz ten bardzo szybko się powiększał.

Otóż jak chory w dzień przybycia się przedstawił: Był bardzo wyniszczony, skóra brudno-żółta pokrywała po prostu kościec, leżąc na nim jakby bezpośrednio; tkanka tłuszczowa, mięśniowa zaniknięta, z mięśni np. łydkowych za ledwie krótki płatek w palce można było ująć; doły skroniowe uwydatnione, oczy głęboko zapadnięte, głos słaby, cichy, temperatura ciała 38,8° C, puls 120, prawie nitkowaty. W płucu lewym w dolnym zrazie oddech zaostrozony, odgłos lekko stłumiony, w szczytach płuc szmer pęcherzykowy słaby; kaszlu nie ma zupełnie, oddech jednak utrudniony, 40 oddechnień na minutę. Granice płuc b. zmienione: W prawém płucu do żebra 3° z przodu, a do 8° z tyłu, w lewém do 4° żebra z przodu, a do 7° z tyłu odgłos płucny, od tych granic tępość zupełna zlewająca się z tępością guza. Guz część tylko podżebrza prawego zajmował, więcej okolice podłyżkową (*epigastrium*) i podżebrze lewe, dolną granicą w linii środkowej dla tępości guza był pępek, z lewego podżebrza tępość szła w kierunku okrężnicy zstępującej, sięgając aż do miednicy. Guz przy dotykaniu bolesny wszędzie, konsystencyi niejednakowej, więcej miękkiej w okolicy podłyżkowej, w reszcie brzucha b. twardy. — Nierówności wyczuć żadnych nie można było. Brzuch wzdęty. Bóle w brzuchu straszne, klujące, rwące, przenikające nawskróś aż w kolumnę pacierzową. Apetyt dotąd bardzo dobry. Wypróżnienia regularne. W moczu niewiele barwników żółci, bardzo wązka obrączka.

Zmniejszenie granicy płuc tak wielkie, należało przyjąć za wypchnięcie ku górze przepony przez gazy i guz w żywocie się mieszczący. Rozważywszy wszystkie okoliczności, mając przed sobą guz tak olbrzymich rozmiarów, tak szybko rosnący, który takie wyniszczenie spowodził, bez długiego namysłu groźną mu

(* Patrz Nr. 39 Gazety Lekarskiej, Tom IV. 28 Marca 1868.

naturę przyznać należało. Rozpoznanie jego natury choć przypuszczalnie, łatwiejszém było od rozpoznania siedliska owego raka. W żołądku nie można go było pomieścić, bo nie było żadnych objawów ze strony tego organu, rzucających choćby podejrzenie, ani nawet charakterystycznych krwotoków; apetyt chory przed przybyciem do szpitala miał wyborny, jadał ciągle bardzo dużo potraw jak najpospolitszych: (barszcz, kartofle, groch, kapustę), w tych tylko smakował. Na cierpienie wątroby były dowody: barwniki żółciowe, brzég twardy, okrągły, obtędy opilczy; niepodobna jednak choćby w płacie jój lewym mieścić nowotworu, boć okolica inna przeważnie guzem zajęta. Przypuściłem przeto, że albo w sieci brzuchowej, albo w gruczole zażołądkowym (*pancreas*) się mieści, że pociągnął zwyrodnienie przyległych tym organom części i utworzył tak olbrzymią masę.

Przebieg ostatnich dni życia tego ciekawego wypadku, (szczególniej pod względem anatomo-patologicznym) był następujący:

Dnia 19 T. 37, b^o C. P. 104, darcie w kończynie dolnej lewej, noc niespokojna.

Dnia 21 T. 37, 8^o C. P. 112, stopy brzmieją, guz szybko się zwiększa na wypukłość w okolicy podłyżkowej, w moczu białko.

Dnia 22 osłabienie wielkie, bóle nieustanne, w podżebrzu prawém, lewém i w okolicy nadpępkowej. Guz szybko się wznosi jak gdyby gazami rozdymany; przy ucisku jego w nadpępczu trzeszczenia, pewien rodzaj do przelewania się i pęknięcia pęcherzy w płynie w nim słyhać b. wyraźnie. W środku nadpępcza ciastowaty, powiem nawet chęłboczący. Chęłbotanie owo w końcu najwyraźniejsze było tak zwodniczém, iż myśl pchała gwałtem do noża, lecz obok stercząca twardość na lewo i ku dołowi się rozprzestrzeniająca, chwilowe przypuszczenia usuwała.

Dnia 23 kończyny więcej obrzmięte, bóle były gwałtowne w całym brzuchu (mimo dużych dawek narkotyków niezmnieszające się nawet) na około guza, biegunka, rysy twarzy b. zmienione.

Dnia 25 T. 38, 8^o C. P. 126. Żyły podskórne na lewej połowie brzucha na klatce piersiowej oraz kończynach górnych b. uwydatnione, prawa kończyna dolna mocno obrzmięta do kolana, skóra stopy b. napięta.

Dnia 26 cała kończyna dolna obrzmięta, bole w niej i brzuchu dokuczliwe, chory bezustannie jęczy, nocy całe spędza bezsenne, pomimo dużych dawek morfiny.

Dnia 27 język zupełnie suchy, ostry, pragnienie wielkie, połykać jednak nie ma siły chory. Guz bardzo się wypuklił, przeszedł po za pępek swą granicą dolną. Brzuch wielki jak w ostatnim miesiącu ciąży, tylko formy odmiennój. — Utrata apetytu zupełna, bezsenność ciągła. Chory literalnie nie je, nie pije i nie śpi, głosem zaledwie słyszalnym narzeka na bóle gwałtowne w żywocie.

Przez następne dni stan tenże.

Dnia 30 P. 136 nitkowaty, niespokojność, czkawka.

Dnia 31 upadek sił coraz większy, język jak skóra suchy, przytomność zupełna. Chory żółwym krokiem zbliża się do grobu, męczarnie znosząc okropne.

Dnia 1 sierpnia: brak pulsu, upadek sił ostateczny, przytomność zupełna. O północy rozstał się z życiem.

S e k c y a, wykonana w 30 godzin po zgonie, dała wypadek następujący:

W okolicy nadpepkowej, na największym wypukleniu guza, tam gdzie za życia było chęłbotanie wyraźne, kolor skóry jasno-zielonego koloru. W płucu prawym z tyłu od dołu przyrośty. Płuca małe. Przepona sięgała po prawej stronie do 3 żebra, po lewej do 4. Serce całe pod mostkiem. Wątroba zmniejszona i zziarniona (*cirrhosis*). Śledziona mała. Kiszki, żołądek, nerki nie godnego uwagi nie przedstawiały. Brzuch b. wzdęty. W jamie otrzewnej parę uncyj płynu ciemno-pomarańczowego koloru, klarownego. W jamie brzusznej guz formy nieregularnej podkowy rozciągniętej w końcach, zajmował hypochondrium dextrum, regionem epigastricam, hypochondrium sinistrum, ztąd spuszczał się w kierunku okrężnicy zstępującej (*colon descendens*), aż do miednicy. Guz bardzo twardy, w niektórych miejscach przedstawiał ogniska wielkości pięści i większą masą rozpadową wypełnione. Największe takie ognisko było w okolicy nadpepkowej, wybrałem z niego 24 łyżek masy rozpadowej, tu czuć było chęłbotanie owo zwodnicze za życia. W innych miejscach był konsystencji ciastowatej, w innych miejscach bardzo zbitój, ale b. kruchój. Otrzewna nigdzie nie zajęta. Trzustka w stanie normalnym; tylko omentum w guz wciągnięte; sieć brzuchowa służyła nowotworowi za fundament, z niej powstał: Guz na przekroju koloru szaro-czerwonawego, lub szaro-żółtawego, wielkością dochodził objętości 3 głów dorosłych ludzi.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O gruźelku i processach analogicznych.

(Treść rozprawy prof. Villemin, czytanej na zjeździe lekarskim w Paryżu.)

Z pomiędzy kwestyj rozbieganych na zjeździe lekarskim w Paryżu, jedno z najważniejszych miejsc zajęła kwestya gruźlicy. Wielu uczonych lekarzy pośpieszyło z przyniesieniem plonu swych poszukiwań odnoszących się do tego procesu. Imiona tych lekarzy są: Villemin, Sangalli, Cornil, Lebert, M. Empis i w. i. Jedną z najgruntowniejszych była praca Villemina; dla tego téż treść jej, jako zasługującej na powszechną uwagę, zamierzamy tutaj podać.

„Badana na błonie surowiczej,“ powiada p. Villemin, w początku swego rozwoju, gdy jest jeszcze twardą, półprzejrystą, granulacya gruźelkowa ma na polu drobnowidzowym następujące wejrzenie. W samym jej środku spostrzegamy mniej więcej znaczną liczbę drobnych komórek, opatrzonych jądrami i istotą międzykomórkową stałą. Kierując się ku obwodowi gruźelka, ujrzymy, że miejsce tych drobnych komórek zajęły większe, z których niejedne opatrzone są znaczną liczbą jąder. W pośród tych ostatnich pierwiastków napotykamy włókna łączne (*connectives*) i elastyczne tkanki macierzystej, które krzyżując się z powyższymi pierwiastkami, nadają im poniekąd wejrzenie siatki. Nakoniec na samej granicy granulacyi, pierwiastki komórkowe przypominają postać i ułożenie ciałek tkanki łącznej, od których téż tylko większemi wymiarami się wyróżniają.

Szematycznie możemy sobie przedstawić budowę gruźelka, jako złożoną z trzech półśrodkowych warstw, odpowiadających trzem różnym fazom w rozwoju pierwiastków, które się składają na ten nowotwór. Warstwy te są następujące:

1) w a r s t w a z e w n ę t r z n a (*zona externa*), w której spostrzegamy komórki większej, aniżeli w tkance normalnej objętości, opatrzone znaczną liczbą jąder;

2) w a r s t w a w e w n ę t r z n a c z y l i ś r e d n i a (*z. interna s. media*), przedstawiona przez pierwiastki komórkowe różnych wymiarów, mniej więcej jedne od drugich naciśnięte i zawierające zmienną liczbę jąder: jestto warstwa twórcza;

3) nakoniec w a r s t w a ś r o d k o w a (*z. centralis*), powstająca z nagromadzenia jąder i drobnych komórek, które podobnie jak komórki ropne, w zapaleniu zdają się być ostatecznym tworem nagromadzenia pierwiastków.

Mechanizm tworzenia się gruzelków łatwym jest do pojęcia. W daném miejscu komórki plasmatyczne (?), pobudzone chorobliwą przyczyną oddziałują nań, powiększając swą objętość obok współczesnego rozrostu (*hyperplasia*). Pierwszym objawem rozmnażania się komórek jest dzielenie się jąder. Większe komórki o zmiennej liczbie jąder od 10—15, wydłużają się i zbliżają jedne od drugich dopóty, dopóki błona otaczająca komórkę nie pęknie, uwalniając tém samém zawartość. Nowa ta generacya wydaje następne i tak dalej postępuje rozmnażanie się komórek, aż nadejdzie chwila, w której siła twórczości niszczy się w utworzeniu owych drobnych pierwiastków, podpadających przeistoczeniu tłuszczowemu. Dalej zobaczymy jednak, że przeistoczenie tłuszczowe ogarnia częstokroć pierwiastki komórkowe pierwój, nim czynność ich rozmnażania została ukończoną.

W ogóle tak powstałe nowotwory nie przyjmują godnych uwagi wymiarów, gdy zaś przyczyna jest energiczną i rozprzestrzenioną, wówczas nagromadzające się liczne ogniska, zlewają się z sobą w większe masy, tworzące t. z. n a s i ę k g r u ż l i c z y (*infiltratio tuberculosa*). Badając świeżo zdjęty gruzelek, przekonywamy się, że wszystkie jego pierwiastki anatomiczne mają bardzo wielkie podobieństwo do limfy i tkanek limfatycznych (*ganglia, folliculi*).

Takąto budowę gruzelka napotyamy, gdy jest jeszcze w t. z. okresie surowym (*stadium crudum*); lecz skoro nadejdzie chwila przeistoczenia wstecznego, wówczas występuje cały szereg nowych zmian.

Przemiana wsteczna gruzelków nie zawsze przedstawia jednakowe wejście. W pewnych razach wytwarza się ziarnistość tłuszczowa bardzo drobna i stosunkowo w małej ilości pierwiastki przybierają pewien połysk, kurczą się i przekształcają na pewien twór zeschnięty. Jestto rodzaj zsuchania się (*munificatio*), jak słusznie mówi p. K ü s s. W innych razach przeciwnie ziarna tłuszczowe są większej objętości, materya tłuszczowa nagromadza się daleko obficie. Dwie te różne formy przemiany wstecznej pośredniczą zwykle, podług p. Villemain, dwom różnym chorobliwym zejściom: pierwsza zwapnieniu, druga rozmięczeniu.

Rzucając okiem na powyższe badania, łatwo dostrzedz, że proces powstawania gruzelków bardzo się zbliża do wytwarzania się małych ognisk ropnych. Tylko, że w tych ostatnich pierwiastki komórkowe są nieco większej objętości, spojone między sobą za pomocą płynnej substancyi międzykomórkowej (*serum puris*), której brak jest w gruzelkach.

Opisana powyżej budowa gruzelka, jak mówi p. V i l l e m a i n jest typową (*granulation type*), od której nieraz granulacya gruzlicza znacznie się oddala. Niekiedy bowiem spostrzegamy granulacye, zawierające w swym środku zaledwie kilka pierwiastków o małych wymiarach, składające się po większej części z komórek rozmaitej wielkości na drodze czynnego rozmnażania, a podpadających przemianie wstecznej pierwój, nim twórczość doszła swego kresu. Na rozkroju gruzelek tego rodzaju zdaje się złożonym prawie zupełnie z pierwiastków podobnych do tych, jakie napotyamy w warstwie średniej (*z. media*) granulacyi typowej. Istnieje w nim pewna przewaga większych komórek nad jądrami i drobnymi komórkami, podczas, gdy przeciwnie w granulacyi typowej pierwiastki większych wymiarów są wyjątkowymi w warstwie środkowej (*z. centralis*), a nawet rzadko napotykanymi w warstwie średniej (*z. media*). Przemiana nekrobiotyczna ogarnia naraz tego rodzaju gruzelki w całym jego składzie, bezwzględnie na nieukończony rozwój.

Godną jest uwagi ta dążność gruzelków do przemian wstecznych, do rozpadu, do zgorzeli — a przyczyny tego mamy najsluszniejsze prawo szukać w braku naczyń lub zatkanu takowych skrzepami włóknikowemi. Komórki, pozbawione tym sposobem materyału odżywczego, zamierają, podpadając przemianom wstecznym; zjawisko to zarówno powstaje w odosobnionych granulacyach, jak i w nasięku na znacznej przestrzeni. Po przecięciu tkanek dotkniętych gruzlicą, krew się nie sączy, naczynia pozanikały i nastąpiła zupełna niemal bezkrwistość (*anaemia*). Podniesiony ucisk, który szczególnie ma miejsce na początku rozwoju procesu, sprowadza często pęknięcie naczyń krwionośnych włosowatych, a ztąd nieuniknione

przy gruźlicy płucnej krwotoki (*haemoptosis*). Zjawisko to zanikania naczyń tak w samych nowotworach, jak i po za ich granicą już oddawna spostrzegli, S c h r o e d e r van der K o l k i N a t a l i s, G u i l l o t.

Pod względem szybkości rozwoju gruźlicy w ogóle, a w szczególności gruźlicy płucnej, klinika już od najdawniejszych czasów zauważała dwie formy: przewlekłą i ostrą t. z. suchoty galopujące (*tuberculosis acuta*). Rzeczywiście są indywidua, u których pierwsze objawy gruźlicy należy odnieść do niepamiętnych niemal czasów, u których objawy rozmięczenia albo po wielu dopiero latach albo nawet weale nie występują. W innych znów współcześnie niemal z rozwojem gruzelków następuje ich rozmięczenie; obszerne jamy wytwarzające się skutkiem téj przemiany w ciągu niespełna kilku miesięcy zabijają swą ofiarę.

Różnice te formy klinicznej nie trudne są do wyjaśnienia na drodze anatomo-patologicznej. Zdarzają się, mówi p. V i l l e m i n, granulacye gruźlicze, nader powolnie zapuszczające się w organa, a obecność swą zdradzają zaledwie dostrzegalnymi objawami. Przebywają długi czas bez zmiany pośród zajętych tkanek, zanim ulegną rozmięczeniu, które téż tém później przychodzi do skutku, im powolniejszy był rozwój tych granulacyi. Co do nas, mówi dalej p. V i l l e m i n, sądzimy, że tego rodzaju opieszałość do przemian wstecznych odnieść należy do zwolna odbywającego się zaniku naczyń, dającego tym sposobem pierwiastkom czas dojścia do kresu swego rozwoju.

W innych razach gruzelki tworzą się z gwałtowną szybkością. Na wątléj powierzchni licznie nagromadzające się pierwiastki, uciskając się wzajemnie zlewają się w rozległe massy. W tym razie rozmięczenie występuje bardzo szybko, a szybkość ta jest w prostym stosunku do natężenia procesu gruźliczego. Tu téż właśnie zamknięcie naczyń wystąpiło nagle, wstrzymując odrazu dowóz soków odżywczych tak niezbędnych dla rozwoju pierwiastków. Te więc zamierają pierwéj, nim doszły kresu swego rozwoju, owszem przeistoczenie tłuszczowe pochłonęło je wtedy, gdy się znajdowały w całej pełni swego rozwoju. Jestto więc niedokończony rozwój, wstrzymany przedwczesną śmiercią pierwiastków, którym materiał odżywczy został gwałtownie odjęty.

Nie będziemy dalej postępować za gruzelkami w różnych organach, zatrzymamy się tylko na gruzelku płucnym, który dał początek różnym tłumaczeniom, dążącym do pomieszczenia gruźlicy w rzedzie jakichś szczególnych form nosologicznych. Przyznajemy, mówi p. V i l l e m i n, że proces gruźliczy organów oddechowych był dla nas przedmiotem długiej i mozolnej pracy. Fakta przeciwstawne nasuwały ciąglą wątpliwość w tłumaczeniu tego procesu, wątpliwość w znajomości budowy organów oddechowych. (Dok., nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— D o s w i a d e z e n i a n a d d z i a ł a n i e m b r o m k u p o t a s s u. Bromek potassu, który dawniej tak mało zwracał na siebie uwagi, ostatnimi czasy nabral wielkiego rozgłosu, jako gatunkowy środek leczniczy w chorobach nerwowych. — Z Francyi a szczególniej z Anglii napływało wiele spostrzeżeń kazuistycznych środka tego dotyczących, co P P. E u l e n b u r g i G u t t m a n n najnowsi badacze działania takowego słusznie zauważyli (Archiv V i r e h o w'a, 1867, zeszyt listopadowy). Wypadki tych spostrzeżeń były jednak bardzo różne: jedni upatrywali w bromku potassu prawdziwy środek gatunkowy na wiele z chorób nerwowych, np. epilepsyę, — inni zaprzeczali stanowczo temu mniemaniu działaniu. Tylko nowe badania doświadczalne mogły rozstrzygnąć tak sprzeczne zdania; do nich też uciekli się dwaj wyż przytoczeni badacze, a wypadki badań swych, dopełnionych w pracowni fizyologa berlińskiego R e y m o n d'a ogłosili w wyż przytoczonym zeszycie Archiwu V i r e h o w'a. Doświadczenia swoje robili oni na zwierzętach tak ciepło jak i zimno-krwistych (królikach i żabach) z bromkiem potassu, bromkiem sodu, bromkiem amonii i czystym bromem — i osiągnęli następujące rezultaty: 1) Fiziologiczne działanie bromku potassu zgadza się w zupełności z obserwowaném dotychczas działaniem terapeutyczném. 2) Najistotniejsze i najbardziej wyraźne jest działanie bromku potassu na o s r o d k i n e r w o w e i dla tego środek ten wskazanym będzie we wszystkich stanach podniesionój pobudzalności odruchowój, przy chorobliwie pobudzonój drażliwości w róż-

nych częściach ośrodkowego układu nerwowego, epilepsyi, chorei i t. p. 3) Jako środek u s y p i a j ą c y (*hypnoticum*), przez niektórych zalecany, nie ma bromek potassu, według doświadczeń na zwierzętach czynionych, żadnej wartości. 4) Działania narkotycznego badacze ani razu nie obserwowali u zwierząt. 5) D a w k i środka powinny być w i ę k s z e niż dotychczas używane, w ostatnich téż czasach niektórzy lekarze angielscy stosowali go bez złych następstw w dawkach nierównie większych niż dawniej. Zdaje się, że dopiero bardzo nadmierne dawki mogłyby działać trująco na ludzi. 7) Roztwory téj soli powinny być mocno rozcieńczone, w przeciwnym razie psuje się trawienie w żołądku. 7) Z doświadczeń nad zbliżoném do bromku potassu działaniem czystego bromu, bromku sodu i bromku amonu wykazuje się, że trzy te przetwory bromowe we względzie działania na organizm nie mogą być uważane ani za identyczne, ani nawet za spowinowaczone z bromkiem potassu. To téż i terapeutyczne zastępowanie tego ostatniego wspomnianemi przetworami, jak to często czynili amerykańscy i angielscy lekarze, nie może być naukowo usprawiedliwioném. Przy doświadczeniach z czystym bromem, np. wcale nie można było dopatrzeć się charakterystycznego działania bromku potassu na serce i układ nerwowy. Doświadczenia z bromkiem sodu wykazały, że sól ta zachowuje się zupełnie tak samo jak inne sole sodowe; brom więc w niej zawarty żadnego w działaniu jój nie bierze udziału. — Bromek amonu wreszcie zachowuje się, według doświadczeń E i G., jak wszystkie sole amoniakalne, a brom (?) i tu na działanie jego nie wpływa.

• — M l e c z a n ż e l a ż a (*ferrum lacticum*) i n a j p r z y j e m n i e j s z a forma jego zastosowania. Żelazo liczy się jak wiadomo do téj nieobfitój grupy środków lekarskich, których skuteczność żadnej nie może ulegać wątpliwości, i to zapewne jest przyczyną mnogości przetworów żelaznych, używanych w terapii. Z przetworów tych, żaden przecież nie był tak starannie studyowanym, jak mleczan żelaza. Panu G é l i s znanemu ze swych odkryć w dziedzinie chemii należy się zasługa, iż opierając się na licznych doświadczeniach fizyologicznych, poczynionych na zwierzętach wyjednał przetworowi temu zastosowanie w medycynie. W sprawozdaniu, które zasłużeńi członkowie paryżkiej cesarskiej akademii medycznej profesorowie B o u i l l a u d i F o u q u i e r, jako téż prezydent B a l l y złożyli téjże akademii z rozprawy G é l i s'a przedmiotu tego dotyczącej, oświadczają się oni za tém, iż wielu pacjentów, którzy używali mleczanu żelaza w postaci tak zwanych *dragées*, t. j. pigulek cukrem mocno powleczonej, najlepiej znosili go w ten sposób. Wiele osób dotkniętych blednicą, niedokrwistością z brakiem regularności, po używaniu tego przetworu, opuszczały szpital w zadawalniającym stanie zdrowia. Sprawozdanie to kończą oświadczeniem, iż niepodobna im nie wydać najprzyjaźniejszego sądu o przetworze zalecanym przez G é l i s'a, i że przetwór ten uważać należy jako ważny nabytek farmakologiczny. — Późniejsze sprawdzenie złożone téjże akademii w imieniu kommissyi złożonej z prof. V e l p e a u, T r o u s s e a u, B o u c h a r d a t, D e p a u l i J. B o u d e t, ujawniło przymioty mleczanu żelaza, odnoszące się do jego łatwój strawności i zdolności przyswajania się (*assimilatio*), które to przymioty stawiają go wyżej od innych przetworów żelaza. Kommissya ta przeprowadziła szereg porównawczych doświadczeń z preparatami żelaznemi, z których wykazało się, iż mleczan żelaza łatwój się trawi i przyswaja niż *ferrum tartarico-natronatum*, *ferrum citricum*, *Pyrophosphas ferri et sodae* i t. p. Co się tycze zalecanój przez G é l i s'a formy użycia tego środka (*dragées*), to ta daje podwójną rękojmię przyjemności smaku i niepsucia się lekarstwa.

— Od 1 stycznia do 31 grudnia z. r. (1867) miało miejsce w Paryżu 700 samobójstw. Między samobójcami znajdowało się: mężczyzn żonatych 79, wdowców 22, kawalerów 418, niewiadomego stanu 70; kobiet zamężnych 8, kobiet wdów 24, panien 39, niewiadomego stanu 8; wreszcie 4 chłopców i 3 dziewczyny poniżej 16 lat. — Najwięcej samobójstw spełniono w miesiącu kwietniu. — Nieszczęśliwych wypadków w ciągu tegoż roku zdarzyło się 3454, a z tych 790 śmierć za sobą pociągnęły. Przejechano osób 1488, z których 108 przypłaciło życiem. Poranionych było osób 1673.

— Statystyka ludności, urodzeń, śmierci, z obrachowaniem odsetki śmiertelności w m. Warszawie za rok 1867.— Warszawa liczy między swemi mieszkańcami chrześcian: męż. 78,232., kob. 89,741., razem 167,973; starozakonnych: męż. 38,191., kob. 41,504.,

razem 79,695; ogółem wszystkiej ludności 247,668. W roku 1867 urodziło się w Warszawie, *chrześcian*: płci męskiej 4,634., żeńskiej 4,498, razem 9,132; *starozakonnych*: płci męz. 1405., żeń. 1,126., razem 2,531.; ogółem 11,665. Umarło na *cholere chrześcian*: męz. 776, kob. 778., razem 1,554; *starozakonnych*: męz. 348, kob. 320., razem 668; ogółem 2,222., *umarło w skutek innych chorób chrześcian*: męz. 3,383, kob. 2423., razem 5,811., *starozakonnych*: męz. 1,092, kob. 1,312., razem 2404; ogółem 8,215.; łącznie całej ludności. na wszystkie choroby umarło w ciągu roku 1867: 10,437. *Odsetka śmiertelności cholery jest następująca dla chrześcian*: męz. 0,90., kob. 0,86., razem 0,91.; *dla starozakonnych*: męz. 0,91., kob. 0,79., razem 0,84.; ogółem 0,88. *i innych chorób dla chrześcian*: m., 4,85., k., 2,7., razem 3,50.; *dla starozakonnych* m. 2,84., k., 3,16., razem 3,10.; ogółem 3,38., łącznie wszystkich chorób w obu ludnościach 4,21. Na *cholere* umierał 1. człowiek na 112., na drugie choroby 1 na 30., na wszystkie choroby 1 na 24.

— Przez czas trwania cholery w Warszawie w 1867 r. od dnia 21 maja (2 czerwca) do dnia 6 (18) października, *zachorowało chrześcian*: m. 1695, kobiet 2233, d. 787, razem 4715; *starozakonnych*: m. 828, k. 891, d. 816, razem 2534; ogółem 7249. Z tych *wzdrowiało chrześcian*: m. 1096, k. 1585, d. 493; razem 3174; *starozakonnych*: m. 617, k. 704, d. 545, razem 1866; ogółem 5040. *Umarło chrześcian*: m. 599, k. 648, d. 294, razem 1541; *starozakonnych*: m. 211, k. 187, d. 270, razem 668; ogółem 2299. *Odsetka śmiertelności dla chrześcian*: m. 35, 34, k. 28, 12, d. 37, 35, razem 32, 68; *dla starozakonnych*: m. 25, 6, k. 20, d. 32, 12, razem 25, 96; ogółem 30, 04. Przybliżony stosunek śmiertelności do liczby chorych na *cholere* jest następny: *dla chrześcian*: m. 1:3, k. 1:4, d. 1:3 razem 1:3; *dla starozakonnych*: m. 1:4, k. 1:5, d. 1:3; razem 1:4; ogółem 1:3.

— † W dniu 10 lutego b. r. zmarł w Anglii naturalista D a w i d B r e w s t e r, urodzony w Szkocji dnia 11 grudnia 1781 r. — Pierwiastkowo miał on zamiar poświęcić się stanowi duchownemu, lecz wymowa R o b i s o n'a i P l a y f a i r'a prof. Edynburskich obudziła w nim żądze badania natury. Pierwsze doświadczenia jego tyczyły się nauki o polaryzacji światła, a ważne swe nad przedmiotem tym spostrzeżenia ogłosił w *Transactions* Edynburskiego towarzystwa nauk. — W 1808 r. objął redakcję *Edinburgh Encyclopaedia*, która wychodziła aż do r. 1830 (18 tomów), zasilana szeregiem doborowych prac jego. W roku 1819 wspólnie z J a m e s o'n'em założył: *Edinburgh Philosophical Journal* który od r. 1824 — 1832 wydawał sam, będąc jednocześnie czynnym przy wydawnictwie wielkiej *Encyclopaedia Britannica*. W swych *Letters on Natural Magic*, przedmiot ten traktował tyle naukowo ile zajmująco. Dokładny wykład nauki o świetle dał w dziele *Treatise on Optics* (Londyn 1832 r.; przekład niemiecki H a r t m a n n a 2 tomy, Quedlinburg 1835). Badania naukowe i odkrycia N e w t o n'a wybornie opisał w *Liefe of Sir Isaac Newton* (Londyn 1832; przekład niemiecki G o l d b e r g a, Lipsk 1833), a w *Martyrs of Science* (Edynburg 1841 i 1856) skreślił życiorysy G a l i l e u s z a, T y c h o n a d e B r a h e i K e p l e r'a. Na jego wniosek zebrało się w Yorku w 1831 r. zgromadzenie naturalistów, które doprowadziło do utworzenia „Brytańskiego towarzystwa popierania nauk.“ — Dążenia B r e w s t e r'a znachodziły powszechne uznanie tak w kraju jak i po zagranicą, wiele akademij i instytutów naukowych zapraszały go na swego honorowego członka i korespondenta, a zagranicami mocarze ozdabiali go swemi orderami. W r. 1859 szkoła Edynburska jednogłośnie obrala go swym kierownikiem. Opatrzony od swego rządu płacą roczną 300 funt. szt. Koniec swego życia przepędzał naprzemian w Edynburgu i posiadłości swjej ziemskiej — czerstwem zdrowiem ciesząc się prawie do zgonu. — W dzień jego pogrzebu, 14 lutego b. r. słuchalnia uniwersyteckie w Edynburgu były zamknięte, a cały skład uniwersytecki jako téż deputacya od szkockiego towarzystwa nauk pospieszyły uczcić śmiertelne jego ostatki!

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dla PP prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich dołącza się *Patologii i terapii szczegółowej ark. 5ty i 6ty, Anatomii patologicznej ark. 10ty. i Akuszerji ark. 6 ty.*

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
