

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

TREŚĆ: O nerwach pośredniczących wydzielaniu śliny w śliniance przyusznój (*Parotis*). Przez Prof. F. Nawrockiego. — Postrzeżenia poczynione w zakładzie pneumatycznym w Warszawie. Przez W. Brodowskiego. — Wyluszczenie kości udowej ze stawu biodrowego (*exarticulatio femoris*) (dokończenie). Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. — Kronika Zagraniczna. Wyleczenie bezgłosu (*aphonia*) za pomocą przecięcia tchawicy (*Tracheotomia*). Dr. Tabaczyński. — Część statystyczna. Sprawozdanie miesięczne z urodzeń i śmiertelności w Warszawie, za miesiąc Luty r. 1867. Prof. Dr. Wisłocki — Wiadomości bieżące.

O nerwach pośredniczących wydzielaniu śliny w śliniance przyusznój (*Parotis*).

Przez Prof. Feliksa Nawrockiego.

Jak mięsień pod wpływem nerwu (motorycznego) się kurczy, tak ślinianka wydziela ślinę, ilekroć nerwy do niej idące są w stanie rozdrażnienia. Odmienny skutek rozdrażnienia nerwów, co do istoty równych sobie, polega jedynie na tém, że się zatapiają w organach odmiennego układu. Drażniąc nerwy idące do gruczołów ślinowych, wywołać zdołamy wyciek śliny nawet wtedy, gdy wszelki przyływ krwi do gruczołu odcięto; parcie z jaką ślina się wydziela, przewyższa parcie ościenne krwi w tętnicy szyjnej; nie tylko ilość lecz i gęstość (ciężar gatunkowy) wydzielonej śliny zależy od stopnia (wielkości) rozdrażnienia, jakiemu nerwy uległy. Drażniąc nerwy wymienione słabemi prądami elektrycznymi przez pewien czas (np. 5 minut), otrzymamy małą ilość rzadkiej, wodnistej śliny; gdy przez następne 5 minut znacznie silniejszych do drażnienia użyjemy prądów, nie tylko ilość wydzielonej śliny, lecz i ciężar jęj gatunkowy znacznie się zwiększy. Ślina wydzielona pod wpływem silnych (względnie) prądów elektrycznych jest gęstą, kleistą; zawiera znaczną ilość części stałych; odsetki części stałych nieorganicznych zwiększyły się wpradzie, lecz głównie to powiększenie odsetek dotyczy części stałych organicznych.

Glandula submaxillaris psa drażniona przez 5 minut:

- a) Słabemi prądami, wydzieliła 2,4 gr. śliny zawierających 0,38% części stałych organicznych.
- b) silnemi prądami, wydzieliła 5,9 gr. śliny zawierających 1,52% części stałych organicznych.

Te kilka słów skreśliliśmy dla przekonania czytelnika, że wyrzeczenie pierwotne K. L u d w i g'a: „śliny tworzy się pod wpływem nerwów“ jest faktem dzisiaj wszechstronnie dowiedzionym; w obecnym artykuliku podamy wyniki licznych doświadczeń, jakie podjęliśmy (przedewszystkiém) dla zbadania nerwów, w wymienionym celu do ślinianki przyusznój idących.

Ślinianka przyuszna otrzymuje gałązki nerwowe, pod których wpływem ślina się wyrabia, z dwóch źródeł: od nerwu sympatycznego, i z pnia nerwu twarzowego; z ostatniego za pomocą n. petrosi superficialis minoris. Że z części nervi facialis w kanale F a l l o p i u s z a zawartej, odchodzą gałązki do gruczołu przyusznego, już C l a u d e B e r n a r d i S c h i f f wykazali (cf. C l a u d e B e r n a r d: Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. 1858. pg. 155 sq.; J. M. S c h i f f; Lehrbuch der Muskel-und Nervenphysiologie 1858—59. pg. 394 sq.). N. petrosus superf. min. idzie do zwoju usznego (Ganglion oticum A r n o l d i); od tegoż odchodzi gałązka, w dalszym przebiegu do n. auriculotemporalis przylegająca i z nim się zrastająca.

Wymienione nerwy wprost działają; n. glossopharyngeus zaś, jest jedynym nerwem zwrotnie wydzielaniu śliny w Parotis służącym.

Doświadczenia nasze robiliśmy na psach, kotach i królikach; celem wykonania operacyi znieczulaliśmy koty słabo eterem, albo mieszaniną eteru i chloroformu, psy zaś usypialiśmy po części wstrzyknięciem odpowiedniej ilości chlorku Morfiny (Morphium hydrochloratum) w żyłę twarzową lub szyjną; u królików uważaliśmy narkozę za zbytę. U królików i kotów, drażniliśmy odosobniony nerw sympatyczny na szyi; u psów zaś wspólny trzon dośrodkowy nerwu błędnego i sympatycznego.— Najsilniej działa nerw sympatyczny u królików, słabiej u kotów; u psów w ogóle mimo licznych doświadczeń zaledwie dwa razy, lecz dobitnie, wpływ śliny z przewodu Stenonowego zauważyliśmy.

Również n. auriculotemporałem odkryliśmy u trzech wymienionych rodzaj zwierząt i przecięliśmy go tuż przy odejściu od trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego; tak mechaniczne jak elektryczne drażnienie części odśrodkowej nerwu skroniowego, sprawiało obfitą wydzielinę śliny zarówno u wszystkich trzech rodzaj; siła parcia, z jaką u psa ślina wyciekała, wynosiła 105 młm. rtęci.—Nerw sympatyczny (następnie) drażniony sprowadzał wyciek śliny i wtedy nawet, gdyśmy przed kilku godzinami przecięli n. auriculotemporałem i część jego odśrodkową za pomocą szczypcyków wyrwali z tkanki gruczoła ślinowego.

Że nerw twarzowy wydaje gałązki wydzielaniu śliny w gruczoły przyusznym pośredniczące, wykazuje następne doświadczenie, które z jednakowym wynikiem wielokroć razy powtórzyliśmy. Wprowadziwszy w pierw rurkę szklaną w przewód S t e n o n a, za pomocą noża kuchennego jedném cięciem głowę królika od tułowia oddzieliśmy; czaszkę piłą amputacyjną w samym środku przepiłowaliśmy, a do reszty głowę rachiotomem rozdwoiliśmy. Po wyjęciu mózgu ślina się wydzielala, ilekroć razy drażniliśmy nerw twarzowy w otworze usznym wewnętrznym; drażnienie (elektryczne) nerwu trójdzielnego nie wywoływało albo wcale, albolii nader słaby wyciek śliny. Wyciek zaś kilku kropli, jaki i my zauważyliśmy przy drażnieniu elektryczném nerwu trójdzielnego w jamie czaszkowej, nie zmusza

nas bynajmniej do przyjęcia nowych włókien wydzielaniu pośredniczących, któreby z nerwu trójdzielnego pochodziły; ponieważ gałąź nerwu twarzowego zrasta się z nerwem skroniowym, częścią trójdzielnego będącym, to wtedy drażnienie elektryczne, jakiemu nerw trójdzielny ulegnie, również i wymienionej gałęzi się udzieli. Jestto niczém więcej, jak działaniem pośredniem, innym przykładem uwydatniającym, że nerw elektrycznie drażniony i drugi jemu przylegający do czynności pobudza (paradoxe Zuckung cf. J. M a j e r: Fiziologia układu nerwowego, 1854 pg. 70.). Spostrzeżenie R a h n a (H e n l e's Zft. f. rat. Med. N. F. I. 1851. pg. 285. sq.), że wypalenie zwoju G a s s e r a obok siódła tureckiego za pomocą kwasu saletrzanego sprowadza u królika obfity ślinotok, z łatwością pojmiemy zważywszy, że właśnie n. petrosus supef. min. po wyjściu z kanała F a l l o p i u s z a pod wymienionym zwojem przechodzi, a zatem zarówno uległ bezpośredniemu wpływowi kwasu saletrzanego.

Że nerwy sekrecyjne łączą się dopiero zewnątrz czaszki z n. auriculotemporalis, za tém przemawia następne doświadczenie. U wielkiego psa odkryliśmy trzecią gałąź nerwu trójdzielnego aż do foramen ovale; drażniąc część dośrodkową (również odkrytego) n. glossopharyngei, otrzymaliśmy drogą zwrotną wydzielinę śliny; następnie przecinaliśmy z kolei każdą gałązkę nerwową, jaka z zewnątrz (t. j. nie od trzonu nerwu trójdzielnego) do nerwu skroniowego dochodziła; drażnienie glossopharyngei sprowadzało wyciek śliny po przecięciu Chordae tympani (nawet, gdy dla łatwiejszego poglądu na nerwy w głębi leżące, n. alveolarem i lingualem przy foramen alveolare internum odcięliśmy); skuteczném zaś więcej się nie okazywało, skorośmy gałązkę idącą od Ganglion oticum do n. auriculotemporalis przecięli. Oględziny po zabiciu psa dokonana wykazały, iż auriculotemporalis przy odejściu od nerwu trójdzielnego był nienaruszonym.

Drażnienie części dośrodkowej nerwu językowego (lingualis) u wymienionych trzech rodzaj zwierząt, zawsze było bezskuteczném.

E c k h a r d w ostatnim poszycie „Henle's Zft. Dritte Reihe. XXIX 1 Heft pg. 80 sq.“ podaje, że u owiec (?) ślinianka przyuszna wydziela ślinę bez wpływu nerwów zewnątrz tejże się poczynających; żałuję mocno, że brak funduszu nie dozwolił mi dotychczas tego podania E c k h a r d a doświadczałnej poddać krytyce, tém więcej, że Wittich u owiec wpływ śliny z przewodu Stenońskiego w skutek rozdrażnienia nerwu sympatycznego zauważał (cf. Virchowa Archiv. XXXVII pg. 93 sq.).

Obszerniejszą o téj kwestyi wiadomość z dokładnym opisem doświadczeń, później ogłoszę.

Postrzeżenia poczynione w zakładzie pneumatycznym w Warszawie,
przez Wincenego Brodowskiego.

1. *Chroniczne zapalenie wysiękowe opłucnej (pleuritis exsudativa chronica);
wyzdrowienie.*

Dnia 19go października 1866 roku wstąpił do szpitala ujazdowskiego żołnierz 33 lat wieku, który na kilka dni przedtém zaczął doświadczać kłócia w lewym

boku, przy kaszlu i głębszém wdychaniu znacznie się powiększającego; jednocześnie zjawiała się także i gorączka. Przy pierwszém badaniu chorego, znaleziono go w następującym stanie: budowa ciała mocna, oddech częsty i utrudniony, odstępy między żebrami z lewój strony klatki nieco powiększone, z lekka wypukłone. Przy opukiwaniu wykryto z téj samój strony z przodu począwszy od 4-go żebra, z tyłu zaś od połowy łopatki, odgłos tępy aż do dołu klatki piersiowój; odpowiednio wzmiankowanemu stopieniu, szmerów oddechowych żadnych nie było słyhać. Z prawój strony odgłos jasny i oddech pęcherzykowy. Koniec serca zepchnięty do lewego brzegu mostka. Język suchy, tętno 120 razy na minutę, wieczorami majaczenie. Na mocy tych danych rozpoznano: ostre zapalenie opłucnój wysiękowe (*pleuritis exsudativa acuta*).

Po dwumiesięcznej kuracyi w szpitalu, w czasie którój stosowano wewnątrz rozmaite leki przeczyszczające, jako też i Inf. digit. cum kali acetico, zewnątrz kilkakrotnie bańki nacinane, wezykatorye i t. p. wysięk nie tylko nie uległ wessaniu, ale stopniowo się powiększał i nakoniec wypełnił całą jamę lewój opłucnój. Poczém ordynujący lekarz, professor Brodowski przysłał chorego do mego zakładu 20 grudnia, który tegoż samego dnia rozpoczął kuracyę ściśnioném powietrzem.

Chory po dwumiesięcznym przeszło cierpieniu i znajdowaniu się w szpitalu blady, wychudły, przy najmniejszym ruchu męczy się, oddech utrudniony i ciężki (26 razy na minutę), uskarża się na duszność, ciężkość w piersiach, niemniej i na ból w lewym boku, który się wzmaga przy kaszlu i głębszém wdychaniu; klatka piersiowa z lewój strony znacznie podniesiona, przy oddychaniu pozostaje prawie nieruchomą; przyłożona do niój ręka, podczas gdy chory mówi, nie czuje drżenia odstępy między żebrami z téj strony daleko większe niż z prawój, wypukłone; bicie serca wyczuwać się dawało na linii sutkowój prawój, śledziona wystawała na parę cali z pod żeber. Przy pukaniu z lewój strony odgłos tępy na całej przestrzeni klatki piersiowój tak z przodu jak i z tyłu, szmerów oddechowych żadnych, z prawój zaś strony odgłos jasny szmer pęcherzykowy wzmocniony (*respiratio puerilis*), chory uskarża się na brak apetytu i snu.

Po pięciu dwugodzinnych posiedzeniach odbywanych codziennie pod ciśnieniem 30 cent. ból i duszność mniejsza, klócia chory doznaje tylko przy bardzo głębokim wdychaniu, apetyt większy, sen dobry, część górna klatki piersiowój przy oddychaniu porusza się, odgłos w tém miejscu jaśniejszy, szmery pęcherzykowe jakkolwiek bardzo jeszcze słabe słyszeć się jednak już dają; w dolnych zaś częściach téj samój połowy klatki piersiowój, z przodu zacząwszy od 4go żebra, z tyłu od połowy łopatki, odgłos tępy, oraz zupełny brak szmerów oddechowych. Po dwunastu posiedzeniach ani bólu, ani też klócia chory wcale już nie doznawał, uczucie ciężkości w piersiach i duszność znikła tak dalece, że chory ze szpitala bez najmniejszego zmęczenia przychodził do zakładu, oddychał swobodnie. Przy badaniu chorego w owym czasie łatwo się dostrzegać dawało, że jego klatka piersiowa z lewój strony uległa spłaszczeniu, w skutek czego chory był nieco pochylony na tę stronę; odgłos jasny na całej przestrzeni klatki piersiowój jak z przodu tak i z tyłu, oddech pęcherzykowy nieco słabszy z lewój strony, niż z prawój. Po piętnastu posiedzeniach ani śladu wysięku, skrzywienie większe.

2. *Gruźlica poczynająca się płuc (tuberculosis incipiens pulmonum). Zapalenie wysiękowe opłucnej (pleuritis exsudativa). Wyzdrowienie.*

Pan C..., wieku lat 26, do miesiąca stycznia 1866 roku cieszył się zdrowiem dobrém, w styczniu zaś w skutek zaziębnienia dostał silnych dreszczów, które z przerwami trwały od 10ej z rana do 7ej w wieczór. Dreszcze te w rozmaitym stopniu codziennie się powtarzały a jednocześnie chory zaczął kaszlać. Po użyciu siarczanu chininy dreszcze na krótki czas znikły; kaszel flegmisty nie tylko nie ustał, lecz owszem powiększył się, plwociny nawet niekiedy bywały krwią zabarwione. Przymiennie chory zaczął doznawać bólu w piersiach i czuł się coraz więcej osłabionym. W czerwcu był wysłany przez lekarzy do wód Szczawnickich. Podczas podróży, w Krakowie dostał silnego kłócia w lewym boku, jednocześnie stan gorączkowy powiększył się. Lekarze miejscowi radzili choremu kilka tygodni pozostać w Krakowie, chory jednak nie usłuchał ich rady i pojechał do wód wyżej wzmiankowanych.

Po dwu miesięcznej kuracyi wodami szczawnickimi nie wiele się zmieniło w stanie jego zdrowia; z wyjątkiem gorączki, która ustala, reszta objawów chorobowych jako to: kaszel z plwocinami niekiedy krwią zabarwionymi, ból piersi, kłócie w lewym boku, brak apetytu i snu, oraz osłabienie ogólne pozostały aż do rozpoczęcia leczenia ściśnionem powietrzem. Dnia 18 października 1866 r. Pan C... zgłosił się do mego zakładu, przedstawiając stan następujący: budowy ciała wątłej, blady, osłabiony, z obojęzycznymi wystającymi, z klatką piersiową u góry spłaszczoną, z lewej zaś strony zaczawszy od 3go żebra nieco rozszerzoną, odstępy między żebrami w tej części powiększone, wyrównane; koniec serca zepchnięty po za prawy brzeg mostka. Przy perkussyi, znalazłem z przodu z prawej strony pod obojęzkiem a z tyłu nad grzebieniem łopatkowym odgłos stłumiony, z lewej zaś strony, od obojęzyka aż do 3go żebra z przodu, a do połowy łopatki z tyłu odgłos jasny, poniżej zaś odgłos tępy. Przy wysłuchiowaniu, z prawej strony z przodu pod obojęzkiem a z tyłu nad grzebieniem łopatkowym słyszeć się dawał a przy mówieniu chorego głos wzmocniony, wydychanie przedłużone (*expiratio prolongata*); niżej zaś jak z przodu tak i z tyłu szmery pęcherzykowe. Z lewej strony pod obojęzkiem szmer pęcherzykowy wzmocniony (*respiratio puerilis*) aż do 3go żebra; takiż sam z tyłu od góry do połowy łopatki. Poniżej żadnych szmerów nie było słyhać. Tętno słabe na minutę uderzało 84 razy, odetchnień zaś w tym samym czasie chory skuteczniał 26. Pojemność płuc, mierzona za pomocą spirometru, równała się tylko sześćdziesięciu całom sześciennym francuzkim.

Z wyżej przytoczonych objawów łatwo było przyjść do tego wniosku, że chory cierpi na poczynającą się rozwijać gruźlicę u szczytu prawego płuca i wysięk w lewej opłucnej.

Po ośmiu dwugodzinnych posiedzeniach, codziennie od 18 października odbywanych pod ciśnieniem $1\frac{1}{2}$ atmosfery, chory zaczął czuć się znacznie lepiej. Kaszel się zmniejszył, flegma łatwiej się oddzielała i przestała krwią zabarwiać, kłócie w lewym boku ustało, apetyt i sen znacznie się polepszyły, duszność tylko przy prędszych ruchach występowała. Wysięk widocznie się zmniejszył:

przy perkusyi bowiem, z lewej strony klatki piersiowej między 3 i 6 żebrem odgłos otrzymywał się jaśniejszy, a przy wysłuchiwaniu, oddech pęcherzykowy osłabiony dawał się już słyszeć. Z prawej strony pod obojczykiem wydechania przedłużonego ledwo ślady pozostały.

Po dwudziestu posiedzeniach, badając chorego przekonałem się, że z prawej strony tak z przodu pod obojczykiem, jak z tyłu nad grzebieniem łopatkowym, sftunienie znikło; szmer pęcherzykowy w tych miejscach był tylko nieco osłabiony, przy mówieniu chorego głos nie był wzmocniony; z lewej zaś strony klatki piersiowej odgłos jasny i oddech pęcherzykowy dawał się już słyszeć po całej przestrzeni; kaszel i ból w boku ustąpił, apetyt znacznie się poprawił, tętno 66, oddechów 18 na minutę, pojemność płuc równała się 150 sześciennym cal. franc. ogólny stan P. C. nie zostawiał nic do życzenia.

3) *Przekrwienie chroniczne rdzenia kręgowego* (hyperaemia chr. medullae spinalis). Wyzdrowienie.

Pan S..., wieku lat 30tu, budowy ciała wątłej, przeszło od dwóch lat doświadcza bólu tępego między łopatkami, z kąd ten się rozchodzi niekiedy aż do przedniej części klatki piersiowej; wówczas chory doznaje ściskania w piersiach i krtani. Ból ten odpowiada 4, 5 i 6mu kręgom grzbietowym, za naciskaniem których znacznie się zwiększa, przy naginaniu zaś i skręcaniu stosu kręgowego, pozostaje bez zmiany. Czucie w większym, władza zaś w mniejszym stopniu, tak w dolnych jak i górnych kończynach jest osłabioną. Nadto chory doświadcza uczucia jakby był pasem mocno ściśnięty i pełzania mrówek po nogach. Ogólne osłabienie dosyć znaczne, nastrój ducha smutny, brak apetytu, stolec po większej części zatrzymane. Wszystkie te objawy przemawiały za cierpieniem rdzenia kręgowego, którego zrazu bliżej oznaczyć nie mogłem, a które, jak się z leczenia okazało, niczem innem nie było jak tylko chroniczném przekrwieniem.

Zaleciłem zrazu choremu wewnątrz środki lekko przeczyszczające, a zewnątrz odciągające jakoto: suche bańki, wezykatorye i t. p.

Gdy po kilku dniach takiego leczenia chory nie tylko nie doznał żadnej ulgi, lecz przeciwnie czuł się bardziej osłabionym niż przedtém, wówczas zaproponowałem mu kuracyę ściśnioném powietrzem, którą rozpoczął 31 października 1866 roku.

Po 6ciu dwugodzinnych posiedzeniach odbywanych codziennie, przy 30 cent. ciśnienia, ból z pomiędzy łopatek ustąpił i tylko przy mocném naciskaniu na kręgi takowy dawał się uczuwać, lecz bardzo słaby, uczucie ściskania pasem znikło, pełzania mrowia doświadczał, ale daleko w słabszym stopniu.

Po 15tu posiedzeniach, bólu przy najsilniejszém naciskaniu wyżej pomienionych kręgów nie czuł, uczucie ściskania w piersiach, pełzania mrowia zupełnie znikło, czucie w kończynach wróciło, apetyt dobry, stolec przez cały ciąg kuracyi regularny, ogólny stan znacznie się polepszył, chory nabrał ciała, humor dawny wesoły wrócił, jedném słowem opuścił zakład zupełnie zdrów. Po dwóch miesiącach przypadkiem spotkany chory oświadczył mi, iż się cieszy dotychczas najlepszém zdrowiem.

Wyłuszczenie kości udowej ze stawu biodrowego (*exarticulatio femoris*).

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(Dokończenie).

W r. 1625 Duchesne, chirurg francuzki, odejmowania i wyłuszczenia członków przy ciężkich obrażeniach kończyn pierwszy uznał za środek leczniczy pożyteczny i konieczny. Od czasu odkrycia mechanizmu obrotu krwi (Wiliam Harvey, 1619) i wprowadzenia w powszechne użycie przez Morela (1674) tętnocisku, operacje te stawały się coraz częstszymi. Królewska Akademia chirurgiczna w Paryżu stanęła na początku XVIII wieku (1731) na czele nauki i wszelkie kwestye odnoszące się do chirurgii sama podejmowała i ożywiała przez udzielanie wielkich nagród za rozprawy konkursowe na wyznaczone przez nią temata. Po wielu głośnych rozprawach i premiach przyszła kolej na staw biodrowy. Pierwszy Morand (w r. 1739) złożył Akademii chir. traktat p. n. „*Sur la désarticulation coxo-fémorale*,” w której wykazał możebność wyłuszczenia uda ze stawu biodrowego (Volcker i Puthod). W r. 1743 Ravaton zamierzał pierwszy wykonać tę operację na żywym człowieku z powodu złamania powikłanego uda w okolicy skreću większego, ale przegłosowany na *consilium* zamiaru swego zaniechał. W r. 1748 Lalouette napisał drugą rozprawę o operacji w mowie będącej, chociaż on, tak samo jak przedtem Morand, wykonał ją tylko na trupie. Pierwsze wyłuszczenie (na żywym człowieku) zrobił Dr. La Croix (w szpitalu *Hôtel-Dieu d'Orléans* r. 1748) na 14-letnim chłopcu, którego udo z powodu nadużycia sporyszu (*raphania*) uległo zgorzeli i główka kości udowej utrzymywała się w panewce za pośrednictwem więzu okrągłego, z łutowiem zaś łączył tylko kończynę *n. ischiadicus*. La Croix rozcinając nożyczkami więz i nerw oddzielił udo od tułowia; w 4 dni potém odjął drugie udo na rozciągłości kości téż z powodu zgorzeli. Chociaż chory umarł po 15 dniach po operacji, dał jednakże pierwszy dotykalny przykład, że życie bez obecności uda jest możebne. Akademia chirurgiczna w r. 1756 a następnie w 1759 wyznaczyła premium za rozprawę na temat: „o wskazaniach do wyłuszczenia uda i sposobach wykonywania téj operacji.“ Z 44 współubiegających się otrzymał wielką nagrodę Dr. Barbet i Akademia zgodnie z wnioskami konkurującego uznała operację wyłuszczenia uda za świetny nabytek nowszej chirurgii. Chociaż w z. w. jeszcze trzy razy z powodu obrażeń operacja ta była wykonaną, właściwie jednakże stworzył tę operację, podał sposoby operowania i sześć obserwacyj z własnej praktyki przedstawił D. I. Larrey (1812 r.), chirurg Napoleona I. Po nim okazali pewne usługi w części czysto technicznej operacji Manec, Scoutteten, Baudens, Delpesch, Langenbeck.

Następnie, skoro zaczęto w medycynie uwzględniać statystykę chorób, rezultatów leczenia ich i operacyj i w pewnym stopniu uznano ją za probierz (*criterium*) skuteczności rozmaitych sposobów leczenia i leków, i skoro liczbami wykazaną została ogromna śmiertelność po operacjach odejmowania członków, chirurgowie zwrócili szczególną uwagę, oprócz bliższego zbadania wskazań, jeszcze na oznaczenie najwłaściwszego czasu do wykonywania ich. Od czasu znamienitych rozpraw w łonie Akademii chirurgicznej skutkiem przerażającej śmiertelności (90%) po bitwie pod Fontenoy (11 maja 1745 r.)

wywołanych, jedni chirurgowie oświadczyli się za bezpośredniem wykonywaniem operacyi, zaraz po otrzymaniu rany, w 24—48 godzin, to jest przed rozwojem objawów zapalnych (*amputatio v. exarticulatio v. resectio primaria, immediata*): drudzy zaś, nieodrzucając konieczności w pewnych razach bezpośredniego wykonania operacyi, przyjęli za zasadę uciekać się do nich po zupełnym rozwoju objawów zapalnych, między 15—30 d. po obrażeniu (*operatio secundaria, mediata, consecutiva*); inni nareszcie jeszcze bardziej postępując w kierunku zachowawczym, zalecali uciekanie się do operacyi jeszcze w późniejszym okresie, mianowicie po zupełnem złagodzeniu ostrego zapalenia, kiedy cierpienie przeszło w stan chroniczny, w którym już nie rozciągłość obrażenia pierwotnego, ale obfite ropienie, gorączka trawiąca, wyniszczenie sił chorego są głównemi wskazaniami do operacyi (*operatio ulterior, tardiva*, po kilku miesiącach i więcej od czasu pierwotnego obrażenia). Na czele zwolenników pierwszego poglądu stali Le Dran, Bouchier, Percival Pott, Guthrie, John Bell, Percy, Larrey, Dupuytren, Baudens, I. Roux, których doświadczenie i nauka wystarczały, aby zasada przez nich wyznawana stała się powszechną pomiędzy większością chirurgów i jak przedtem, tak i w czasie ostatnich wojen w Krymie i we Włoszech ściśle zachowywaną była. W szeregu rzeczników drugiego obozu byli Lecomte, Fauré (otrzymał wielką nagrodę), John Hunter, Malgaigne, Velpeau.

Hołdując nauce pierwszych, chirurgowie w ciągu długiego czasu wykonywali i wyłuszczenie uda bezpośrednio po zranieniu i najczęściej mieli rezultaty niepomysłne. W r. 1834 Lubiot (*Thèse de la Faculté de Montpellier*), a po nim w r. 1841 Sédillot (*Annales de la chirurgie française et étrangère. Tome second. 1841. De l'amputation coxo-fémorale*) zwrócili uwagę lekarzy, że odnośnie do stawu biodrowego zasada bezpośredniego operowania musi uleść wyjątkowi i dowodzenia swe poparli statystyką. Za nimi oświadczyli się Légouest (*De la disarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée*), Verneuil, Lenoir, Porta, (*Della disarticulatione del Cotile, rapporto del Prof. L. Porta, comunicato al Reale Istituto Lombardo di scienze lettere ed arti nella tornata del 12 Luglio 1860*).

Uznając konieczność odjęcia uda ze stawu zaraz po zranieniu w wypadkach, kiedy kończyna jest prawie zupełnie oderwaną, lub kiedy szyjka i głowa kości udowej są zmiażdżone, a obok tego naczynia wielkie ranione i części miękkie na rozległej przestrzeni zniszczone, w innych razach uważają oni za właściwsze dać obrażonej kończynie odpowiednie położenie (nawpół zgięte na planum i nelineatum duplex, lub wyprostowane, jak to się praktykowało w czasie wojny włoskiej 1859 r.), unieruchomić ją i po natychmiastowem wyjęciu odłamków kości, ułatwiając to sobie potrzebnemi nacięciami części miękkich, zastosować na część ranioną przeciwzapalne środki (zimne okłady, lód); inni (Bégin) radzą wyjmować odłamki w okresie ropienia; Esmerch zaś i Stromeyer są zdania, żeby nie drażnić rany, odłamki kostne zostawić na miejscu. w dalszym tylko przebiegu choroby, jeżeli zbyt duże ropienie, niszcząc siły, grozi choremu utratą życia, radzą szukać pomocy w usunięciu uda. Demme zebrał w swojej statystyce 62 wypadki wyłuszczeń uda z powodu ran postrzałowych, w których

śmiertelność stosownie do czasu wykonania operacyi była następująca: w 1 okresie (e x a r t. p r i m.) zrobiono oper. 38, umarło 38 (100 %); w 2 okresie (e x. s e c u n d.) zrobiono oper. 16, z tych wyzdrowiało 5, umarło 11 (68%); w 3 okresie (e x a r t. u l t e r.) zrobiono 8 op. z nich wyzdrowiało 6, umarło 2 (25,0%). Cyfry te przemawiają na korzyść operowania w 3im okresie; są one znaczące i dla tego szczególną na nie zwracamy uwagę. W ogóle znamy w nauce 17 autentycznych wypadków wyzdrowienia po wyłuszczeniu kości udowej ze stawu biodrowego z powodu obrażeń. Oto nazwiska operatorów i data operacyj: 1) P e r r a u l t (1774 r. zmiążdżenie uda); 2) B l a n d i n (1792 r. złamanie postrzałowe szyjki kości udowej); 3) P e r r e t (1796 r.); 4) W e n d e l s t a e d t (1798 r. po bitwie pod Abukir); 5) L a r r e y (1812 r. po bitwie pod Witebskiem); 6) B r o w n r i g g (1812 r.); 7) G u t h r i e (1815 r. po bitwie pod Waterloo operacya wykonana w Brukselli w obec L a r r e y'a ranionego i wziętego do niewoli); 8) B r y c e (1827 r. w Atenach); 9) B a u d e n s (1836 r. w Afryce); 10) S é d i l l o t (1840 w Paryżu); 11) L a n g e n b e e k (1848 r. w Schleswig Hollstejn); 12) M a c l e o d (1855 r. w Krymie), 13) I s n a r d (1859 r. w Brescia); 14 i 15 J. R o u x (1859 r. w Tulonie); 16) A r l a n d (1859 r. w Tulonie); 17) N e u d ö r f e r (1859 r. w Weronie). Zatem z 62 operowanych z powodu ran postrzałowych umarło 51 (82%). Prawda, stosunek to śmiertelności wielki, ale dla ocenienia doniosłości jego pamiętać winniśmy, że śmiertelność przy amputatio femoris w skutku ran postrzałowych wynosi 74%, a exarticulatio genu 87%; przypomnijmy sobie nadto, że w obec rozciągłości obrażeń, przy którym wskazanem jest wyłuszczenie uda, jeżeli téj operacyi nie dokonamy, smutniejszy jeszcze los oczekuje chorych, jak tego mamy rażący przykład z ostatniej wojny Stanów Zjednoczonych, gdzie na 3106 złamań postrzałowych uda w 82 razach złamania te sięgały aż do stawu biodrowego: chirurgowie amerykańscy ożywieni duchem chirurgii zachowawczej dwóm tylko ranionym wykonali wyłuszczenie uda, pozostałych 80 leczyli sposobem wyczekującym; na nieszczęście wszyscy ci zmarli. Porównując zatem rezultaty leczenia operacyjnego i wyczekującego czyli zachowawczego (bez operacyi), bez wahania się przechylamy się na korzyść pierwszego i zdanie Prof. S é d i l l o t'a, który powiada: „l'amputation coxo-fémorale mérite d'être comptée au nombre de plus précieuses ressources de la chirurgie“ w zupełności podzielamy. Nie ukrywamy bynajmniej, że w ostatniej wojnie krymskiej wszyscy ranieni, którym zrobiono wyłuszczenie uda, zmarli (wyłączając jednego Anglika); operacyj tych wykonano 37, mianowicie w armii: francuzkiej 20, angielskiej 9, rosyjskiej 6, włoskiej 2 (śmiertelność 100%); nie dziwimy się dla tego bynajmniej, jeżeli uwzględniając te tylko wyniki Professor S t r o m e y e r o operacyi wyłuszczenia uda mógł wyrzec: „dass es noch nicht erwiesen sei, ob sie ueberhaupt einen Platz unter den chirurgischen Operationen verdiene“ Chcąc dokładnie ocenić; znaczenie tak wielkiej śmiertelności w Krymie, trzeba uwzględnić tę okoliczność, że wszystkie wyłuszczenia uda (wyłączając 8 franc.) robione były w 1 okresie, w którym do dziś dnia wszyscy operowani umierali, kiedy tymczasem z liczby operowanych w 2 okresie umiera $\frac{3}{4}$, w 3 okresie $\frac{2}{3}$. Na szczęście ludzkości obra-

żenia postrzałowe stawu biodrowego, dzięki jego szczególnemu położeniu, należą do najrzadszych pomiędzy ranami stawów: wiadomo bowiem, że z okolic ciała ulegających obrażeniu największy procent wypada na udo (14%) i goleń (10%), najmniejszy zaś na staw biodrowy (1%) i kolanowy (2%).

Staw biodrowy może być raniony od wewnątrz, jeżeli kula przenika doń przez więcie kulszowe (*incis. isch.*), lub guz kulszowy (*tuber isch.*), lub gdy złamanie, lub szczeliny kości miednicy sięgają aż do panewki; albo też kula przenika do stawu od zewnątrz. Współcześnie mogą być obrażone panewka, główka kości udowej i torebka stawowa, albo też pojedynczo. Kula uderzając o skręt większy może go oderwać, zmiażdżyć, uwięzgnąć w nim, albo nienaruszając całości kości, może wywołać w niej szczeliny; tak samo może złamać, zmiażdżyć szyjkę i główkę kości udowej, lub też w nich uwięzgnąć; współcześnie może spowodować wstrząśnienie, stłuczenie trzona kości udowej, albo nawet i podłużne szczeliny. Określenie, złamania szyjki uda (*crepitatio, rotatio externa pedis*), możliwe jest chociaż częstokroć trudne, określenie zaś rozciągłości obrażenia kości prawie niepodobne, zwłaszcza z początku; ztąd to sprawiedliwem jest w obec niepewnej diagnostyki wstrzymać się na czas pewien od wszelkiej czynniejszej interweneyi chirurgicznej; a dla dokładniejszego rozpoznania rozciągłości obrażenia dozwolonem jest zrobić podłużne cięcie na zewnętrznej części uda, przyczem jeżeli szyjka okaże się całą i złamanie nie sięga do stawu, zadaniem będzie chirurga wyjąć odłamki i starać się o zachowanie członka; jeżeli złamanie sięga aż do stawu, szyjka i główka potrzaskane trzeba natychmiast wykonać rezekcyę stawu, chociaż niektórzy chirurdzy (Pir o g o w, D e m m e) radzą i w tych wypadkach zacząć leczenie od sposobu wyczekującego, zachowawczego; oderwanie tylko uda w bliskości stawu, głębokie zniszczenie wielkiej przestrzeni części miękkich, zmiażdżenie kości ze zranieniem wielkich naczyń upoważniają chirurga do wyłuszczenia natychmiastowego uda.

Oprócz ran stawu i trzonu kości udowej będących głównemi wskazaniem do wyłuszczenia uda (*exarticulatio traumatica Malgaigne*), niektóre choroby, mianowicie zapalenie złośliwe okostnej (*periostitis septica*), i szpiku kostnego, (*osteomyelitis septica*), jak niemniej rozległe próchnienie i zgorzel kości udowej z przestoczeniem części miękkich (D e l p e c h, B a f f o s, C h a u m e t), a także zgorzel kończyny np. *sub myrmeciasi* (L a C r o i x, Z a n g, S a b a t i e r) zaliczają się do wskazań wyłuszczenia uda (*exarticulatio pathologica*). Wyniki w tym ostatnim razie są lepsze: Doktor E s c h e (Ueber die Enuclatio pelvi-femoralis. Würzburg, 1863 r.) zebrał 157 wypadków wyłuszczenia uda, z których 57 wyzdrowiało, 94 umarło (9%).

Wywody statystyczne, chociaż różne co do śmiertelności (82% przy *exart. traum. primar.* i 59% przy *exart. pathologica*) przy rozmaitych wskazaniach, przekonywają nas, że operacya wyłuszczenia uda, w obecnym stanie pojęć lekarskich ma prawo obywatelstwa w nauce, i że przy pewnych stanach patologicznych żadną inną operacyą zastąpioną być nie może, oraz że czas do jej wykonania najstosowniejszy jest ten, kiedy już wszystkie inne lecznicze środki wyczerpane zostały. Chory nasz, jak z przebiegu choroby, widzieliśmy, znajduje się właśnie w tych warun-

kach, mianowicie: obrażenia jego są tak rozległe, że przez rezekcyę już usuniętemi być nie mogą, i znajduje się on w tém *stadium*, gdzie ropienie długie i wycieńczenie sił staje się już *momentum urgens*, gdzie dalsze wyczekiwanie stanowczo jest zgubném dla chorego. Wśród takich okoliczności przystąpiliśmy do wykonania operacyi, przez którą usuwaliśmy ognisko grożącego niebezpieczeństwa, ale ogromem świeżego obrażenia (odjęcie $\frac{1}{3}$ części ciała, przecięcie wielkich naczyń i nerwów, wielkość rany,) wystawialiśmy chorego na nowe, niemniej téż groźne następstwa. Prawda, ale zostawiając chorego bez operacyi, skazywalibyśmy go na śmierć pewną, uskuteczniając zaś ją, wskrzeszamy iskierkę nadziei, która jeszcze czasami rozpłomienić się może.

Chorego ułożyliśmy na brzegu łóżka, na grzbiecie; z powodu wycieńczenia sił, chloroformem nawpół go tylko uspiliśmy (*semianaesthesia*); z licznych sposobów operowania (z płatami, kolisty, owalarny) w danym wypadku uznaliśmy za najwłaściwsze wykroić jeden płat przedni (Baudens-Langenbeck) od wewnątrz ku zewnątrz przez przekłucie (*punctio*); kiedy Kol. Stankiewicz przycisnął tętnicę udową do gałęzi poziomej kości łonowej odcinając zarazem skórę okolicy pachwinowej ku górze, sami stanawszy na zewnętrznej stronie chorego, i celem większego napięcia części miękkich ująwszy je lewą ręką na przedniej górnej części uda, ściągaliśmy ku środkowi, w prawej zaś trzymając nóż długi, śpiczasty, obosieczny przekłuliśmy nim na 1 cal z tyłu i $1\frac{1}{2}$ cala poniżej kolca biodrowego przedniego górnego (*sp. ilei anter. super.*) części miękkie i posuwając nóż po przedniej powierzchni kości rozcięliśmy torebkę stawową i koniec noża wyprowadziliśmy na wewnętrznej powierzchni uda w okolicy połączenia gałęzi zstępującej kości łonowej z gałęzią wstępującą k. kulszowej. Następnie prowadząc nóż ku dołowi i stopniowo ku przodowi, wykroiliśmy płat z części miękkich kształtu okrągłego, długości 7 cali. Przy wykrajaniu płatu, tętnica w nim została przez Kol. Stankiewicza ujęta i zaciśnięta. Potém odciągnęliśmy płat ku górze i ująwszy potrząskaną szyjkę kości udowej kostnemi kleszczami *Fergussona* powiększyliśmy otwór w torebce stawowej i odcinając główkę ku dołowi rozcięliśmy więz wałeczkowy (*lig. teres*), oraz tylne przyczepy torebki i cięcie tylne, którem oddzieliliśmy zupełnie udo od związku z tułowiem, skończyliśmy w rowku podkulszowym (*plica subischiodica*). Wykrojony płat dokładnie pokrył powierzchnię rany; brzegi jego w 9ciu miejscach złączyliśmy za pomocą szwu (*sutura circumvoluta*) z brzegami rany tylnej i obłożywszy szarpią umocowaliśmy je tasiemkami lepkiego plastru. Oprócz tętnicy udowej podwiązaliśmy jeszcze 9 naczyń, pomiędzy któremi 2 żyły; chory utracił krwi w czasie operacyi bardzo mało. Po operacyi: chory blady, ciągle go mgli, pot zimny pokrył jego czoło, tętno miękkie, uderza 120 razy. Choremu daliśmy kielich czerwonego wina i szklankę gorącego rosołu, a obok tego zaordynowaliśmy kamforę z chiną. Stan części obrażonych był następujący: panewka nienaruszona; szyjka kości udowej na drobne odłamki strząskana; główka, chociaż formę zachowała, na znacznej przestrzeni pozbawioną była chrząstki i w 2ch miejscach zarysowane na niej szczeliny (*fissurae*); skręt większy znacznie uszkodzony; kość udowa w górnej części obnażona od okostnej na znacznej przestrzeni, kąpie się w ropie, na

niej podłużna szczelina, wybiegająca ze skreću większego. Szpik kanału kostnego w ogóle w stanie przekrwienia, czerwony, w niektórych miejscach szaro-brunatny, ma rozsiane liczne ogniska ropne (*osteomyelitis chronica*). Mięśnie okrażające udo nasiąknięte ropą (*infiltratio purulenta*); tkanka łączna podskórna i międzymięśniowa w wielu miejscach w rozpadzie.

O ile nam wiadomo, jest to szósta operacya wyluszczenia uda w naszym kraju: wszystkie skończyły się śmiercią operowanych. Pierwszą operacyę w moim czasie wykonał w Polsce w r. 1831 Prof. S é d i l l o t; w tymże roku Prof. D e m m e (ojciec) wykonał 3 takowych operacyj także w Polsce, ale operowani jego umarli: jeden w 3, drugi w 5, trzeci w 13 d. po operacyi. Prof. P o r c y a n k o wykonał wyluszczenie uda w Wilnie, również ze śmiertelnym zejściem. Chory nasz po operacyi zostawiony był pieczy miejscowego lekarza, który zawiadomił nas potem o śmierci operowanego następniej przy objawach ostatecznego wycieńczenia. Sekcyja robioną nie była.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wyleczenie bezgłosu (*aphonia*) za pomocą przecięcia tchawicy (*Tracheotomia*).

Wziernik krtaniowy, ten wynalazek naszego czasu, co raz to częściej przysługuje się nam do rozpoznania chorób i ich usunięcia. Otóż znowu jeden wypadek, dowodzący jak potrzebny jest wziernik nie tylko lekarzom specjalistom, ale każdemu zajmującemu się praktyką a szczególnie chirurgiczną, bo bez niego nie byłoby w naszym wypadku możliwem odgadnięcie przyczyny niemoty, a tém bardziej usunięcie jęj. W wypadku, który Dr. M o u r a - B o u r o n i l l o n przedstawił paryżkiej Akademii nauk, można powiedzieć: rzeczywiście wziernik uratował młodemu człowiekowi życie i ustalił całą jego przyszłość. Wypadek ten jest następujący: M. X..., młodzieniec siedmnaścieletni, otrzymał dnia 26 października 1865 r. kilka ran narzędziem ostrym w okolicę krtani, mianowicie regionis crico-thyreoideae. Mięśnie obrączko-tarczowe (*erico-thyreoidei*) i obrączko-nalewkowe (*erico-arytaenoidi*) były przecięte.

Brzegi rany zeszył chirurg w Havre, poczem zagojenie szybko nastąpiło, lecz utrata głosu pozostała. 18go stycznia 1866 r. przybył ów młodzieniec do Paryża i udał się do Dra M., który za pomocą wziernika następujące zrobił spostrzeżenia: 1) zranienia w krtani żadnego; 2) struny głosowe nie zbliżają się do siebie dostatecznie, 3) pod głośnia (glottis) znajduje się blizna. Blizna ta jest podobną do pletwy ptaków wodnych, kształtu półksiężycowego z ostremi końcami; wypukła jęj podstawa przytwierdzoną jest do przedniej wklęsłej sciany chrząstki pierścieniowej (*cart. cricoidea*), 8—10 milimetrów poniżej przedniego złączenia (*commissura ant.*) strun głosowych; cienki jęj brzeg parabolicznego kształtu odpowiadał $\frac{1}{3}$ części głośni, a swemi końcami przytykał do przednich wyrostków chrząstek nalewkowych w kierunku od przodu i dołu, do tyłu i góry. Łatwo odgadnąć, że tchawica o $\frac{1}{3}$ część zwężoną była, zatem także i kolumna powietrza wychodząca z płuc mniejszej musiała być objętości o $\frac{1}{3}$; a w skutek tego nie mogły powstawać drgania strun głosowych. Chory był bardzo drażliwego usposobienia; niemożna więc było robić częstszych posiedzeń ani spostrzeżeń, a tém mniej pomysłu o wyrznięciu tęj blizny drogami naturalnemi. Dr. M... radził przeto przecięcie krtani (*laryngotomia*) którą znany paryżki chirurg M. A. Richard wykonał. Kiedy chrząstka tarczowa była przecięta i obie jęj połowy rozwarte, natenczas Dr. M. wyciął prawą połowę powyższej blizny. Krtani zostawiono otwartą, ażeby w razie odrośnięcia blizny (*fausse cicatrice*) można było ją zuiweczyć czy to nożem czy też środkami wypalającymi. Zagojenie nastąpiło na drodze ropienia (*p. secundam intentionem*). Dnia 20 kwietnia 1866 r. chory zaczynał nabierać głosu, a w miarę zmniejszającego się zapalenia, głos coraz to więcej nabierał dźwięku, jednakowoż zupełnie nie mógł się oczyścić, gdyż struny głosowe nie odzyskały prawidłowej

elastyczności, ani też prawidłowo zbliżyć się do siebie nie mogły; — głos zatem był niski (basse) i trochę chrapliwy. Młodzieniec atoli może się z drugimi zupełnie porozumieć, będąc teraz sam zupełnie zrozumiałym. (Wiener Med. Wechenschrift. Nr. 8, 1867).

Dr. Tabaczyński.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Sprawozdanie miesięczne z Urodzeń i Śmiertelności w Warszawie, za miesiąc Luty r. 1867.

Urodziło się:	Chrześcian.			Starozakonnych.			Ogółem.
	męzkiej.	żeńsk.	pełni razem.	męzkiej.	żeńsk.	pełni razem.	
z małżeństwa	147	130	276	49	52	101	387
z stanu wolnego	11	31	31	—	—	—	31
podrzutków	58	60	118	—	—	—	118
Razem	216	219	435	49	52	101	536
Umarło: od 0 — 1 roku życia	91	87	178	34	41	75	253
„ 2 — 7 „	48	48	96	17	15	32	128
„ 8 — 20 „	8	5	13	2	1	3	16
„ 21 — 60 „	75	49	114	17	11	28	142
„ 61 — 80 „	16	13	29	7	4	11	40
„ 81 i dalej „	2	2	4	1	—	1	5
Razem	230	204	434	78	72	150	584

W tym miesiącu liczba urodzeń spadła jeszcze niżej od zeszłego, a to o 46 osób, i jest nawet mniejszą od śmiertelności tego miesiąca o 48 osób. — To zmniejszenie należy przypisać głównie zmniejszeniu liczby podrzutków w tym miesiącu, których przybyło o 19 mniej, oraz zmniejszeniu liczby urodzeń u starozakonnych o 15 osób, gdy tymczasem u chrześcian urodziło się z małżeństwa jedynie o 11 mniej, a ze stanu wolnego nawet tylko o 1 mniej. Wiadocznem, iż rozbudzenie się i spotęgowanie siły twórczej w przyrodzie, a nawet w świecie zwierzęcym, nie objawia się wcale na wiosnę w rodzie ludzkim a przynajmniej w Warszawie, a post i drożyzna, panujące zwykle w tych czasach, wywarły swój wpływ szkodliwy w tej mierze. Nawet podrzutków było mniej.

Śmiertelność w tym miesiącu wzrosła o 10 wypadków, i to na niekorzyść starozakonnych; albowiem zmarło u nich o 6 osób więcej niż u chrześcian, gdy tymczasem podwyższenie liczby śmiertelności u tychże o 4 osób, przypisać należy zwiększonej liczbie wypadków śmierci między podrzutkami, których umarło o 4 więcej niż weszłym miesiącu.

I liczba *nieżywo urodzonych* jest w tym miesiącu jeszcze mniejszą, w stosunku do zeszłego o 6 (17 : 23), z których 7 przypada na starozakonnych a 10 na chrześcian, a zatem stosunek, jak zwykle, dla starozakonnych niekorzystny. — Za to śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia, po odtrąceniu liczby nieżywych porodów, wzięta w ogóle, jest w tym miesiącu bardziej niekorzystną dla chrześcian, niżeli dla starozakonnych (168 : 68), nie odpowiada bowiem stosunkowi obu ludności (2 : 1). Jeżeli zaś weźmiemy stosunek zmarłych dzieci w 1-ym roku życia do liczby urodzeń u chrześcian i u starozakonnych, to się okaże, iż tenże wypadnie na niekorzyść ostatnich. Odtrąciwszy bowiem od liczb urodzeń i śmiertelności u chrześcian liczbę podrzutków, to się okaże iż u nich zmarło 50% urodzonych (159 : 317), gdy tymczasem u starozakonnych zmarło 66,6% urodzonych w tym miesiącu (68 : 101.) Te liczby dowodzą dalej, że ta wysoka śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia utrzymuje się stale w naszym grodzie, i przedstawia stale stosunek niekorzystniejszy dla starozakonnych. Okres życia od 2-o do 7-o roku włącznie przedstawia 128 wypadków śmierci, czyli w przecięciu 22. 5 na rok, a 16 : 65 w stosunku obu ludności, — gdy tymczasem okres *czwarty* od 21 do 60 r. włącznie, obejmujący przeto 40 lat życia i przedstawiający 142 wypadków śmierci wogóle, nie daje na rok tylko 3 : 55 w przecięciu, czyli 2. 85 : 0,7. stosunku obu ludności. Piąty okres obejmujący lat 20-a od 61 — 80 roku życia włącznie, daje w przecięciu 2 wypadki rocznie czyli 1,45 : 0,55 stosunku obu ludności; *trzeci* okres obejmujący lat 13-ie, od 8-o — 20 r. życia włącznie daje w przecięciu 1. 23 rocznie czyli 1 : 0,23 stosunku obu ludności, a ostatni okres obejmujący w tym miesiącu 17 lat, daje 0,3 rocznie czyli 0,17 : 0,23 obu ludności, która to ostatnia cyfra jest wskazówką, iż ludności chrześciańskiej nierównie więcej dochodzi do wieku nad 80 lat, inaczejby ich tyle w tym wieku umrzeć nie mogło. W tym miesiącu bowiem

umarło 4 chrześcian z tego okresu, z których najstarszy: mężczyzna, miał lat 97, a jeden tylko starozakonny w wieku lat 83. Jeżeli porównamy cyfry śmiertelności pojedynczych okresów z odpowiedniami cyframi zeszłego miesiąca, to się okazuje, iż ten przyrost śmiertelności pada zupełnie na okres 4-ty, t. j. wiek od 21-o do 60 roku życia. Różnica bowiem wynosi 25; a ponieważ ogólna liczba śmiertelności przedstawia zwiększenie jedynie o 10 osób, więc widocznem jest, iż odpowiednio inne okresy zmniejszenie okazywać muszą. To zwiększenie śmiertelności w tym okresie wypadła głównie na niekorzyść chrześcian, z których zmarło o 23 osób więcej, gdy tymczasem u starozakonnych tylko 2; chociaż w ogóle zmarło w tym miesiącu u starozakonnych o 6 osób więcej a u chrześcian tylko o 4.

Z tąd wynika że śmiertelność u chrześcian w innych okresach życia była stosunkowo o wiele mniejszą od śmiertelności odpowiedniej w zeszłym miesiącu, niż u starozakonnych. W ogóle powiedzieć można jednak, iż miesiąc Luty mniej był przyjaznym dla zdrowia ludności warszawskiej niż Styczeń, bo pomimo to, iż mniej dni liczy, jednak ogólna liczba śmiertelności była większą. W miesiącu Styczniu przypada bowiem na każdy rok życia, odrzuciwszy podzatków, nieżywo urodzonych i nad 80 lat mających w przecięciu 6.75 wypadków śmierci, w Lutym zaś 7.

Co do *form chorobnych*, największą liczbę wypadków z ludności nad 1 rok mającej, przedstawiają *suchoty*, na które zmarło 111 osób, a zatem o 16 więcej niż w zeszłym miesiącu. Na *tyfus* zmarło osób 90, o 25 osób więcej niż w Styczniu, a o 4 więcej niż w Grudniu. Prócz tego przedstawiają choroby zapalne liczbę największą, bo 56 wypadków; reszta *form chorobnych*, dostarczyła już tylko liczby mało znaczne. Do nich należą choroby wysypkowe 25, pługowe 6, wyniszczenie ogólne 7, zgrzybiałość starości (*marasmus senilis*) 17; nagłych śmierci było wypadków 13, śmierci wypadkowych 4, samobójstw 1.

Co do *zatrudnienia*, to i tą razą, jak po największej części, dostarczyło zatrudnienie kupieckie i handlujących największą liczbę wypadków śmierci, bo 115, i rzemieślnicze: 114, za nimi idą *wyrobnicy*: 101, stan *urzędniczy* 76, a zatem więcej niż sług, z których umarło 57, dalej stan obywatelski 47; b. wojskowych 29, fabrycznego zatrudnienia 30, żebraków 3, z lekarskiego stanu 2, nauczycielskiego 1. Z tej całej liczby umarło w szpitalach 161 osób, o 55 więcej niż w zeszłym miesiącu, chociaż i tą razą ogólna śmiertelność szpitali wynosi niespełna $\frac{1}{3}$ całej śmiertelności.

Dochodzeń *sądowo-lekarskich* odbyto w ogóle 33, z których 18 odnosiło się w ogóle do śmierci nagłych i przypadkowych. Między temi zasługują na uwagę jeden wypadek pęknięcia aorty brzusznej, drugi aorty wstępującej i 1 wstrząśnienia mózgu. Na płodach nieżywych było dochodzenie w 6 wypadkach, a w 4 na dzieciach nieżywo narodzonych.

Prócz tego uwagi godnemi są 2 wypadki; jeden dotyczący śmierci z zagorzenia, a jeden ze wstrząśnienia mózgu w skutek spadnięcia z wysokości na bruk. W jednym wypadku odbyto dochodzenie na żywym, chorym na zapalenie stawu barkowego w skutek pobicia. (?)

Także i jeden wypadek naturalnej ospy miał miejsce. Obserwowany był w szpitalu Ś. Ducha.

W jednym wypadku jeden z lekarzy miasta kazał zabrać i zniszczyć zgnile ciało z za rogatki do miasta na sprzedaż przywiezione. Również i na 2 krowach padłych odbyło się dochodzenie policyjno-weterynaryjne, które jednak żadnej zarazy nie wykazało.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 24 do 30 Kwietnia (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	626	149	144	32	599
„ Śgo Ducha	143	33	39	6	131
„ Ewangelickim	83	16	27	6	66
„ Śgo Rocha	101	26	51	—	76
„ Śgo Jana Bożego	167	4	—	2	169
„ Śgo Łazarza	370	49	72	1	322
„ Starozakonnych	346	64	83	6	321
Ogółem:	1836	341	416	77	1684

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu 36 oddziału anatomii, fizyologii i nauk przyrodniczych, odbytém dnia 30 kwietnia r. b. 1) professor F u d a k o w s k i przedstawił roztwór chlorowodorny pepsyny, którą otrzymał z precedzonego płynu wymiotów nader obfitych, kwaśnych i fermentujących. Po poddaniu tego płynu dyfuzji za pomocą właściwego przyrządu ciecz z dyalizatora przesiąknięta przestała fermentować, oddziaływanie jęj chemiczne stało się obojętne i zawierała znaczną ilość pepsyny, która w zupełności rozpuszczała skrzepłe ciała białkowe. Doświadczenia w tym celu zrobione na posiedzeniu wykazały, że znaczne skrzepy czystego włókna krwi wołowej w przeciągu 4 minut najzupełniej rozpuszczone zostały w tym roztworze chlorowodornym pepsyny. Professor F u d a k o w s k i nadmienil przytęm, że gdy sztuczną pepsynę otrzymaną z żołądka wieprzowego za pomocą fosforanu wapnia i rozpuszczoną w kwasie chlorowodornym poddawał kilkakrotnie dyfuzji w celu oczyszczenia jęj, otrzymywał zawsze w dyalizatorze roztwór silnie kwaśno oddziaływający, fakt ten przemawiałby więc za zdaniem Al. Schmidt'a, iż pepsyna silniej wiąże kwas chlorowodorny niż inne kwasy. — 2) Prof. B r o d o w s k i przedstawił a) okaz mięsaka rdzenia kręgowego (sarcoma medullae spinalis), umiejscowionego w górnej jego części piersiowej. Nowotwór ten stanowił zgrubienie walcowate 6—8 centymetrów długie, 2 centym. szerokie ściśle ograniczone. Badanie mikroskopowe wykazało, iż nowotwór ten złożony był z komórek wrzecionowatych opatrzonych nadzwyczaj długimi wypustkami i z substancji między-komórkowej miękkiej i drobno - ziarnistej. Pierwiastki morfologiczne rdzenia zachowane były tylko na obwodzie tego nowotworu gdzie reszki rdzenia przedstawiały się w kształcie pochwy otaczającej. Zresztą cały rdzeń, był nieco rozpulchniony a kanał jego rozszerzony zawierał nadmierną ilość płynu surowiczego (hydrops canalis centralis medullae). Na szczególną uwagę zasługuje tu ten fakt, iż objawy jakie za życia występowały nie cechowały się bynajmniej zupełnym bezwładem i bezczulością kończyn dolnych, owszem do śmierci istniał tam słaby ruch dowolny a przez kilka ostatnich miesięcy miało miejsce ciągle kurczowe zginanie mimowolne w stawie kolanowym i udowym.

b) Okaz mięsaka włóknistego mózdzku (fibrosarcoma cerebeli), który wyrastał z brzegu prawego jego zrazu przedniego, pokryty był oponami i wnikał głęboko do półkuli mózdzku. Korzenie nerwu trójdzielnego z tęj strony były znacznie ścięnczone, a odnoga mózdzku do mostu Varola uciśnięta i ku tyłowi odsunięta. Za guzem znajdowała się mała torbiel z płynną zawartością surowiczą, ściana jęj od wewnątrz nie posiadała nabłonka. Powstawanie tęj torbieli objaśnia Prof. B r o d o w s k i prawdopodobnie przez stłuszczenie i zanik miejscowy komórek nowotworu; a chociaż mięsaki należą do nowotworów o trwałych pierwiastkach, jednak znajdowały się w owym nowotworze w wielu miejscach komórki w stłuszczenie przechodzące.

c) Okaz kalafiorowatego raka (Zottenkrebs) wsierdzia. Na powierzchni wsierdzia prawej komórki serca, zajętego rakiem rdzeniakiem, wyrastały liczne brodaweczki na cienkich szypułkach, pokryte nabłonkiem u powierzchni słupkowatym a w dolnych warstwach płaskim. Miejscem powstawania ich jest podścielisko raka które przedstawia w tych miejscach budowę gałęzistą, jako zawiązek brodawek. Okaz ten jest nader rzadkim, w całej bowiem literaturze nie ma wzmianki o powstawaniu raka kalafiorowatego na wsierdzu. Pochodzi on od trupa, u którego znaleziono i w innych organach nowotwory rakowe, lecz nigdzie nie było kalafiorowatego, mianowicie w wątrobie, żołądku, w gruczołach limfatycznych brzusznych i klatki piersiowej był wszędzie rak rdzeniak.

d) Żołądek z wrzodami gruzliczymi, umiejscowionymi w bliskości wpustu żołądka na krzywiznie mniejszej i przedniej ścianie, okolica odźwiernika była wolną. O powstawaniu ich z rozpadu gruzełków przekonało badanie mikroskopowe. Gruzełki i wrzody znajdowały się także w szczytach płuc, wgruczołach kręzkowych i w kiszkach, jednakowoż dwunastnica i część odźwiernikowa była od nich wolną; jest to więc dowód, iż wrzody gruzlicze w żołądku nie koniecznie powstają przez bezpośrednie rozszerzanie się ich z kiszek.

— Na posiedzeniu Komissyi Balneologicznej Tow. Nauk. Krak. w dniu 29 kwietnia b. r. odbytém, Prf. Dr. S t o p e c z a ń s k i miał zabrać głos o nowo przez siebie dokonany rozbiórze chemicznym szczawy Słotwińskiej (źdroju będącego własnością c. k. zakładu wód

i kąpeli mineralnych w Krynicy); gdy jednak Prof. Stopczyński nagle zasłabł, przeto Dr. Doskowski zajął posiedzenie odczytaniem „ogólnego poglądu na ruch i postęp zdrojowisk krajowych za r. 1866,” opartego na szczegółowych sprawozdaniach pojedynczych zakładów zdrojowych, jakie w powyższym roku na użytek Komisji Bal. nadesłały: *Busk, Ciechocinek, Iwonicz, Krynica, Krościenko, Lubień, Majdan średni, Rabka, Solec, Proszowice i Szczawnica.*

Inne zakłady zdrojowe swych sprawozdań, pomimo ponawianego wzywania ze strony Komisji Bal. czynionego, tego roku nie nadesłały.

Po odczytaniu przez sprawozdawcę wiadomości co do ruchu i postępu w każdym pojedynczym zakładzie zdrojowym oddzielnie uskutecznióm, przewodniczący w Komisji Bal. Dr. Dietl tudzież jej członkowie Prof. Majer, Aleksandrowicz, Prof. Kuczyński, Dr. Sciborowski, Dr. WarszaUER, i sekretarz Komisji Dr. Zieleniewski po wiele razy zabierali głos, czyniąc uwagi nad rozmaitemi szczegółami odczytywanego sprawozdania dotyczącemi

Nie przytaczamy tutaj ostatecznego wyniku ze sprawozdania Dr. Doskowskiego, to jest wiadomości statystycznych z r. 1866 co do liczby gości zdrojowych, co do ilości udzielonych kąpeli mineralnych, lub co do rozprzedanej liczby flaszek wód lekarskich krajowych; albowiem cyfry te znajdują nasi Czytelnicy w „Gazecie Lekarskiej” (z r. b. N. 35), których nam poprzednio udzielił Sekretarz Komisji Balneologicznej Dr. Zieleniewski.

— W ciągu r. z. przez akuszerów miasta (Warszawy) podana była pomoc lekarska w porodach 2481, z których było: I) pod względem skutku: a) pomyslnych 2317; b) ze śmiercią matki 4; c) ze śmiercią dziecka 158; d) ze śmiercią obojga 2; II) ze względu gatunku porodu: 1) prawidłowych 2165, z tych: a) główkowych 2158, b) nóżkowych 5; c) pośladowych 2; 2) przedwczesnych 111, z tych: a) pomyslnych 11; b) ze śmiercią dziecka 100; 3) nieprawidłowych 206: a) twarzowych 2; b) poprzecznych 69; c) z wypadnięciem rączki 14; d) z wypadnięciem sznurka 9; e) ze spazmami 2; f) z krwotokami 34; g) z ciasnością miednicy 75; III) udzielono pomoc ręczną 206: A) przez obrót 89: a) pomyslnie 60; b) ze śmiercią dziecka 26; c) ze śmiercią matki 2; d) ze śmiercią obojga 1; B) zakładano kleszcze 82; C) wyjmowano łożysko 35; IV) ze względu płodu: a) pojedynczych 2456; b) bliźniąt 24; c) trojaków 1.

— W d. 19 kwietnia b. r. umarł w Paryżu w 67 r. życia Dr. Jobert (de Lamballe), prof. Chirurgii na wydziale lekarskim, członek akademii lekarskiej, rady zdrowia, lejbchirurg Cesarza Napoleona, chirurg honorowy szpitali paryzkich, autor wielu dzieł. Zasługi jego naukowe poznamy bliżej w przyszłych numerach naszego pisma. Tamże zmarli Doktorowie Raclé (autor dzieła „*Traité de diagnostic médical*”), Foy i Simon.

— Zakład leczniczy chorób oczu pod zarządem lekarza Dobrzańskiego w ciągu r. z. dawał pomoc mężczyznom 36, kobietom 27 (razem 63). Średni pobyt chorego w zakładzie wynosił dni 28; operacyj wykonano 33, mianowicie: katarakty 7, sztucznej źrenicy 13, zyza 12, wyluszczenie kuli oka 1.

— *Cholera w Galicyi* trwała od 3 lipca 1866 do 12 marca 1867 i już całkiem ustala. W ciągu tych 8 miesięcy w 121 powiatach a 1012 miejscach z ludnością 1,686,708 chorowało na cholereę osób 65,761, z których wyzdrowiało 34,425 osób, a umarło 31,336. (Przegląd Lekarski).

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz.**

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

Redakcyja Gazety Lekarskiej przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

TREŚĆ: O nerwach pośredniczących wydzielaniu śliny w śliniance przyusznój (*Parotis*). Przez Prof. F. Nawrockiego. — Postrzeżenia poczynione w zakładzie pneumatycznym w Warszawie. Przez W. Brodowskiego. — Wyluszczenie kości udowej ze stawu biodrowego (*exarticulatio femoris*) (dokończenie). Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. — Kronika Zagraniczna. Wyleczenie bezgłosu (*aphonia*) za pomocą przecięcia tchawicy (*Tracheotomia*). Dr. Tabaczynski. — Część statystyczna. Sprawozdanie miesięczne z urodzeń i śmiertelności w Warszawie, za miesiąc Luty r. 1867. Prof. Dr. Wisłocki — Wiadomości bieżące.

O nerwach pośredniczących wydzielaniu śliny w śliniance przyusznój (*Parotis*).

Przez Prof. Feliksa Nawrockiego.

Jak mięsień pod wpływem nerwu (motorycznego) się kurczy, tak ślinianka wydziela ślinę, ilekroć nerwy do niej idące są w stanie rozdrażnienia. Odmienny skutek rozdrażnienia nerwów, co do istoty równych sobie, polega jedynie na tém, że się zatapiają w organach odmiennego układu. Drażniąc nerwy idące do gruczołów ślinowych, wywołać zdołamy wyciek śliny nawet wtedy, gdy wszelki przyływ krwi do gruczołu odcięto; parcie z jaką ślina się wydziela, przewyższa parcie ościenne krwi w tętnicy szyjnej; nie tylko ilość lecz i gęstość (ciężar gatunkowy) wydzielonej śliny zależy od stopnia (wielkości) rozdrażnienia, jakiemu nerwy uległy. Drażniąc nerwy wymienione słabemi prądami elektrycznymi przez pewien czas (np. 5 minut), otrzymamy małą ilość rzadkiej, wodnistej śliny; gdy przez następne 5 minut znacznie silniejszych do drażnienia użyjemy prądów, nie tylko ilość wydzielonej śliny, lecz i ciężar jęj gatunkowy znacznie się zwiększy. Ślina wydzielona pod wpływem silnych (względnie) prądów elektrycznych jest gęstą, kleistą; zawiera znaczną ilość części stałych; odsetki części stałych nieorganicznych zwiększyły się wpradzie, lecz głównie to powiększenie odsetek dotyczy części stałych organicznych.

Glandula submaxillaris psa drażniona przez 5 minut:

a) Słabemi prądami, wydzieliła 2,4 gr. śliny zawierających 0,38% części stałych organicznych.

b) silnemi prądami, wydzieliła 5,9 gr. śliny zawierających 1,52% części stałych organicznych.

Te kilka słów skreśliliśmy dla przekonania czytelnika, że wyrzeczenie pierwotne K. L u d w i g'a: „śliny tworzy się pod wpływem nerwów“ jest faktem dzisiaj wszechstronnie dowiedzionym; w obecnym artykuliku podamy wyniki licznych doświadczeń, jakie podjęliśmy (przedewszystkiém) dla zbadania nerwów, w wymienionym celu do ślinianki przyusznój idących.

Ślinianka przyuszna otrzymuje gałązki nerwowe, pod których wpływem ślina się wyrabia, z dwóch źródeł: od nerwu sympatycznego, i z pnia nerwu twarzowego; z ostatniego za pomocą n. petrosi superficialis minoris. Że z części nervi facialis w kanale F a l l o p i u s z a zawartej, odchodzą gałązki do gruczołu przyusznego, już C l a u d e B e r n a r d i S c h i f f wykazali (cf. C l a u d e B e r n a r d: Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. 1858. pg. 155 sq.; J. M. S c h i f f; Lehrbuch der Muskel-und Nervenphysiologie 1858—59. pg. 394 sq.). N. petrosus superf. min. idzie do zwoju usznego (Ganglion oticum A r n o l d i); od tegoż odchodzi gałązka, w dalszym przebiegu do n. auriculotemporalis przylegająca i z nim się zrastająca.

Wymienione nerwy wprost działają; n. glossopharyngeus zaś, jest jedynym nerwem zwrotnie wydzielaniu śliny w Parotis służącym.

Doświadczenia nasze robiliśmy na psach, kotach i królikach; celem wykonania operacyi znieczulaliśmy koty słabo eterem, albo mieszaniną eteru i chloroformu, psy zaś usypialiśmy po części wstrzyknięciem odpowiedniej ilości chlorku Morfiny (Morphium hydrochloratum) w żyłę twarzową lub szyjną; u królików uważaliśmy narkozę za zbytę. U królików i kotów, drażniliśmy odosobniony nerw sympatyczny na szyi; u psów zaś wspólny trzon dośrodkowy nerwu błędnego i sympatycznego.— Najsilniej działa nerw sympatyczny u królików, słabiej u kotów; u psów w ogóle mimo licznych doświadczeń zaledwie dwa razy, lecz dobitnie, wpływ śliny z przewodu Stenonowego zauważyliśmy.

Również n. auriculotemporałem odkryliśmy u trzech wymienionych rodzaj zwierząt i przecięliśmy go tuż przy odejściu od trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego; tak mechaniczne jak elektryczne drażnienie części odśrodkowej nerwu skroniowego, sprawiało obfitą wydzielinę śliny zarówno u wszystkich trzech rodzaj; siła parcia, z jaką u psa ślina wyciekała, wynosiła 105 młm. rtęci.—Nerw sympatyczny (następnie) drażniony sprowadzał wyciek śliny i wtedy nawet, gdyśmy przed kilku godzinami przecięli n. auriculotemporałem i część jego odśrodkową za pomocą szczypczyków wyrwali z tkanki gruczoła ślinowego.

Że nerw twarzowy wydaje gałązki wydzielaniu śliny w gruczoły przyusznym pośredniczące, wykazuje następne doświadczenie, które z jednakowym wynikiem wielokroć razy powtórzyliśmy. Wprowadziwszy w pierw rurkę szklaną w przewód S t e n o n a, za pomocą noża kuchennego jedném cięciem głowę królika od tułowia oddzieliśmy; czaszkę piłą amputacyjną w samym środku przepiłowaliśmy, a do reszty głowę rachiotomem rozdwoiliśmy. Po wyjęciu mózgu ślina się wydzielała, ilekroć razy drażniliśmy nerw twarzowy w otworze usznym wewnętrznym; drażnienie (elektryczne) nerwu trójdzielnego nie wywoływało albo wcale, albolu nader słaby wyciek śliny. Wyciek zaś kilku kropli, jaki i my zauważyliśmy przy drażnieniu elektryczném nerwu trójdzielnego w jamie czaszkowej, nie zmusza

nas bynajmniej do przyjęcia nowych włókien wydzielaniu pośredniczących, któreby z nerwu trójdzielnego pochodziły; ponieważ gałąź nerwu twarzowego zrasta się z nerwem skroniowym, częścią trójdzielnego będącym, to wtedy drażnienie elektryczne, jakiemu nerw trójdzielny ulegnie, również i wymienionej gałęzi się udzieli. Jestto niczém więcej, jak działaniem pośredniem, innym przykładem uwydatniającym, że nerw elektrycznie drażniony i drugi jemu przylegający do czynności pobudza (paradoxe Zuckung cf. J. M a j e r: Fiziologia układu nerwowego, 1854 pg. 70.). Spostrzeżenie R a h n a (H e n l e's Zft. f. rat. Med. N. F. I. 1851. pg. 285. sq.), że wypalenie zwoju G a s s e r a obok siódła tureckiego za pomocą kwasu saletrzanego sprowadza u królika obfity ślinotok, z łatwością pojmiemy zważywszy, że właśnie n. petrosus supef. min. po wyjściu z kanała F a l l o p i u s z a pod wymienionym zwojem przechodzi, a zatem zarówno uległ bezpośredniemu wpływowi kwasu saletrzanego.

Że nerwy sekrecyjne łączą się dopiero zewnątrz czaszki z n. auriculotemporalis, za tém przemawia następne doświadczenie. U wielkiego psa odkryliśmy trzecią gałąź nerwu trójdzielnego aż do foramen ovale; drażniąc część dośrodkową (również odkrytego) n. glossopharyngei, otrzymaliśmy drogą zwrotną wydzielinę śliny; następnie przecinaliśmy z kolei każdą gałązkę nerwową, jaka z zewnątrz (t. j. nie od trzonu nerwu trójdzielnego) do nerwu skroniowego dochodziła; drażnienie glossopharyngei sprowadzało wyciek śliny po przecięciu Chordae tympani (nawet, gdy dla łatwiejszego poglądu na nerwy w głębi leżące, n. alveolarem i lingualem przy foramen alveolare internum odcięliśmy); skuteczném zaś więcej się nie okazywało, skorośmy gałązkę idącą od Ganglion oticum do n. auriculotemporalis przecięli. Oględziny po zabiciu psa dokonana wykazały, iż auriculotemporalis przy odejściu od nerwu trójdzielnego był nienaruszonym.

Drażnienie części dośrodkowej nerwu językowego (lingualis) u wymienionych trzech rodzaj zwierząt, zawsze było bezskuteczném.

E c k h a r d w ostatnim poszycie „Henle's Zft. Dritte Reihe. XXIX 1 Heft pg. 80 sq.“ podaje, że u owiec (?) ślinianka przyuszna wydziela ślinę bez wpływu nerwów zewnątrz tejże się poczynających; żałuję mocno, że brak funduszu nie dozwolił mi dotychczas tego podania E c k h a r d a doświadczałnej poddać krytyce, tém więcej, że Wittich u owiec wpływ śliny z przewodu Stenońskiego w skutek rozdrażnienia nerwu sympatycznego zauważał (cf. Virchowa Archiv. XXXVII pg. 93 sq.).

Obszerniejszą o téj kwestyi wiadomość z dokładnym opisem doświadczeń, później ogłoszę.

Postrzeżenia poczynione w zakładzie pneumatycznym w Warszawie,
przez Wincenego Brodowskiego.

1. *Chroniczne zapalenie wysiękowe opłucnej (pleuritis exsudativa chronica);
wyzdrowienie.*

Dnia 19go października 1866 roku wstąpił do szpitala ujazdowskiego żołnierz 33 lat wieku, który na kilka dni przedtém zaczął doświadczać kłócia w lewym

boku, przy kaszlu i głębszém wdychaniu znacznie się powiększającego; jednocześnie zjawiała się także i gorączka. Przy pierwszém badaniu chorego, znaleziono go w następującym stanie: budowa ciała mocna, oddech częsty i utrudniony, odstępy między żebrami z lewój strony klatki nieco powiększone, z lekka wypukłone. Przy opukiwaniu wykryto z téj samój strony z przodu począwszy od 4-go żebra, z tyłu zaś od połowy łopatki, odgłos tępy aż do dołu klatki piersiowój; odpowiednio wzmiankowanemu stopieniu, szmerów oddechowych żadnych nie było słyhać. Z prawój strony odgłos jasny i oddech pęcherzykowy. Koniec serca zepchnięty do lewego brzegu mostka. Język suchy, tętno 120 razy na minutę, wieczorami majaczenie. Na mocy tych danych rozpoznano: ostre zapalenie opłucnój wysiękowe (*pleuritis exsudativa acuta*).

Po dwumiesięcznej kuracyi w szpitalu, w czasie którój stosowano wewnątrz rozmaite leki przeczyszczające, jako też i Inf. digit. cum kali acetico, zewnątrz kilkakrotnie bańki nacinane, wezykatorye i t. p. wysięk nie tylko nie uległ wessaniu, ale stopniowo się powiększał i nakoniec wypełnił całą jamę lewój opłucnój. Poczém ordynujący lekarz, professor Brodowski przysłał chorego do mego zakładu 20 grudnia, który tegoż samego dnia rozpoczął kuracyę ściśnioném powietrzem.

Chory po dwumiesięcznym przeszło cierpieniu i znajdowaniu się w szpitalu blady, wychudły, przy najmniejszym ruchu męczy się, oddech utrudniony i ciężki (26 razy na minutę), uskarża się na duszność, ciężkość w piersiach, niemniej i na ból w lewym boku, który się wzmaga przy kaszlu i głębszém wdychaniu; klatka piersiowa z lewój strony znacznie podniesiona, przy oddychaniu pozostaje prawie nieruchomą; przyłożona do niój ręka, podczas gdy chory mówi, nie czuje drżenia odstępy między żebrami z téj strony daleko większe niż z prawój, wypukłone; bicie serca wyczuwać się dawało na linii sutkowój prawój, śledziona wystawała na parę cali z pod żeber. Przy pukaniu z lewój strony odgłos tępy na całej przestrzeni klatki piersiowój tak z przodu jak i z tyłu, szmerów oddechowych żadnych, z prawój zaś strony odgłos jasny szmer pęcherzykowy wzmocniony (*respiratio puerilis*), chory uskarża się na brak apetytu i snu.

Po pięciu dwugodzinnych posiedzeniach odbywanych codziennie pod ciśnieniem 30 cent. ból i duszność mniejsza, klócia chory doznaje tylko przy bardzo głębokim wdychaniu, apetyt większy, sen dobry, część górna klatki piersiowój przy oddychaniu porusza się, odgłos w tém miejscu jaśniejszy, szmery pęcherzykowe jakkolwiek bardzo jeszcze słabe słyszeć się jednak już dają; w dolnych zaś częściach téj samój połowy klatki piersiowój, z przodu zacząwszy od 4go żebra, z tyłu od połowy łopatki, odgłos tępy, oraz zupełny brak szmerów oddechowych. Po dwunastu posiedzeniach ani bólu, ani też klócia chory wcale już nie doznawał, uczucie ciężkości w piersiach i duszność znikła tak dalece, że chory ze szpitala bez najmniejszego zmęczenia przychodził do zakładu, oddychał swobodnie. Przy badaniu chorego w owym czasie łatwo się dostrzegać dawało, że jego klatka piersiowa z lewój strony uległa spłaszczeniu, w skutek czego chory był nieco pochylony na tę stronę; odgłos jasny na całej przestrzeni klatki piersiowój jak z przodu tak i z tyłu, oddech pęcherzykowy nieco słabszy z lewój strony, niż z prawój. Po piętnastu posiedzeniach ani śladu wysięku, skrzywienie większe.

2. *Gruźlica poczynająca się płuc (tuberculosis incipiens pulmonum). Zapalenie wysiękowe opłucnej (pleuritis exsudativa). Wyzdrowienie.*

Pan C..., wieku lat 26, do miesiąca stycznia 1866 roku cieszył się zdrowiem dobrém, w styc zniu zaś w skutek zaziębnienia dostał silnych dreszczów, które z przerwami trwały od 10ej z rana do 7ej w wieczór. Dreszcze te w rozmaitym stopniu codziennie się powtarzały a jednocześnie chory zaczął kaszlać. Po użyciu siarczanu chininy dreszcze na krótki czas znikły; kaszel flegmisty nie tylko nie ustał, lecz owszem powiększył się, plwociny nawet niekiedy bywały krwią zabarwione. Przymtem chory zaczął doznawać bólu w piersiach i czuł się coraz więcej osłabionym. W czerwcu był wysłany przez lekarzy do wód Szczawnickich. Podczas podróży, w Krakowie dostał silnego klócia w lewym boku, jednocześnie stan gorączkowy powiększył się. Lekarze miejscowi radzili choremu kilka tygodni pozostać w Krakowie, chory jednak nie usłuchał ich rady i pojechał do wód wyżej wzmiankowanych.

Po dwu miesięcznej kuracyi wodami szczawnickiemi nie wiele się zmieniło w stanie jego zdrowia; z wyjątkiem gorączki, która ustala, reszta objawów chorobowych jako to: kaszel z plwocinami niekiedy krwią zabarwionemi, ból piersi, klócie w lewym boku, brak apetytu i snu, oraz osłabienie ogólne pozostały aż do rozpoczęcia leczenia ściśnioném powietrzem. Dnia 18 października 1866 r. Pan C... zgłosił się do mego zakładu, przedstawiając stan następujący: budowy ciała wątłej, blady, osłabiony, z obojęzycznymi wystającymi, z klatką piersiową u góry spłaszczoną, z lewej zaś strony zaczawszy od 3go żebra nieco rozszerzoną, odstępy między żebrami w tej części powiększone, wyrównane; koniec serca zepchnięty po za prawy brzeg mostka. Przy perkussyi, znalazłem z przodu z prawej strony pod obojęzikiem a z tyłu nad grzebieniem łopatkowym odgłos stłumiony, z lewej zaś strony, od obojęzyka aż do 3go żebra z przodu, a do połowy łopatki z tyłu odgłos jasny, poniżej zaś odgłos tępy. Przy wysłuchiowaniu, z prawej strony z przodu pod obojęzikiem a z tyłu nad grzebieniem łopatkowym słyszeć się dawał a przy mówieniu chorego głos wzmocniony, wydychanie przedłużone (*expiratio prolongata*); niżej zaś jak z przodu tak i z tyłu szmery pęcherzykowe. Z lewej strony pod obojęzikiem szmer pęcherzykowy wzmocniony (*respiratio puerilis*) aż do 3go żebra; takież sam z tyłu od góry do połowy łopatki. Poniżej żadnych szmerów nie było słyhać. Tętno słabe na minutę uderzało 84 razy, odetchnień zaś w tym samym czasie chory skuteczniał 26. Pojemność płuc, mierzona za pomocą spirometru, równała się tylko sześćdziesięciu całom sześciennym francuzkim.

Z wyżej przytoczonych objawów łatwo było przyjść do tego wniosku, że chory cierpi na poczynającą się rozwijać gruźlicę u szczytu prawego płuca i wysięk w lewej opłucnej.

Po ośmiu dwugodzinnych posiedzeniach, codziennie od 18 października odbywanych pod ciśnieniem $1\frac{1}{2}$ atmosfery, chory zaczął czuć się znacznie lepiej. Kaszel się zmniejszył, flegma łatwiej się oddzielała i przestała krwią zabarwiać, klócie w lewym boku ustało, apetyt i sen znacznie się polepszyły, duszność tylko przy prędszych ruchach występowała. Wysięk widocznie się zmniejszył:

przy perkusyi bowiem, z lewej strony klatki piersiowej między 3 i 6 żebrem odgłos otrzymywał się jaśniejszy, a przy wysłuchiwaniu, oddech pęcherzykowy osłabiony dawał się już słyszeć. Z prawej strony pod obojczykiem wydechania przedłużonego ledwo ślady pozostały.

Po dwudziestu posiedzeniach, badając chorego przekonałem się, że z prawej strony tak z przodu pod obojczykiem, jak z tyłu nad grzebieniem łopatkowym, sftunienie znikło; szmer pęcherzykowy w tych miejscach był tylko nieco osłabiony, przy mówieniu chorego głos nie był wzmocniony; z lewej zaś strony klatki piersiowej odgłos jasny i oddech pęcherzykowy dawał się już słyszeć po całej przestrzeni; kaszel i ból w boku ustąpił, apetyt znacznie się poprawił, tętno 66, oddechów 18 na minutę, pojemność płuc równała się 150 sześciennym cal. franc. ogólny stan P. C. nie zostawiał nic do życzenia.

3) *Przekrwienie chroniczne rdzenia kręgowego (hyperaemia chr. medullae spinalis). Wyzdrowienie.*

Pan S..., wieku lat 30tu, budowy ciała wątłej, przeszło od dwóch lat doświadcza bólu tępego między łopatkami, z kąd ten się rozchodzi niekiedy aż do przedniej części klatki piersiowej; wówczas chory doznaje ściskania w piersiach i krtani. Ból ten odpowiada 4, 5 i 6mu kręgom grzbietowym, za naciskaniem których znacznie się zwiększa, przy naginaniu zaś i skręcaniu stosu kręgowego, pozostaje bez zmiany. Czuć w większym, władza zaś w mniejszym stopniu, tak w dolnych jak i górnych kończynach jest osłabioną. Nadto chory doświadcza uczucia jakby był pasem mocno ściśnięty i pełzania mrówek po nogach. Ogólne osłabienie dosyć znaczne, nastrój ducha smutny, brak apetytu, stolec po większej części zatrzymane. Wszystkie te objawy przemawiały za cierpieniem rdzenia kręgowego, którego zrazu bliżej oznaczyć nie mogłem, a które, jak się z leczenia okazało, niczem innem nie było jak tylko chronicznym przekrwieniem.

Zaleciłem zrazu choremu wewnątrz środki lekko przeczyszczające, a zewnątrz odciągające jakoto: suche bańki, wezykatorye i t. p.

Gdy po kilku dniach takiego leczenia chory nie tylko nie doznał żadnej ulgi, lecz przeciwnie czuł się bardziej osłabionym niż przedtém, wówczas zaproponowałem mu kuracyę ściśnioném powietrzem, którą rozpoczął 31 października 1866 roku.

Po 6ciu dwugodzinnych posiedzeniach odbywanych codziennie, przy 30 cent. ciśnienia, ból z pomiędzy łopatek ustąpił i tylko przy mocném naciskaniu na kręgi takowy dawał się uczuwać, lecz bardzo słaby, uczucie ściskania pasem znikło, pełzania mrowia doświadczał, ale daleko w słabszym stopniu.

Po 15tu posiedzeniach, bólu przy najsilniejszém naciskaniu wyżej pomienionych kręgów nie czuł, uczucie ściskania w piersiach, pełzania mrowia zupełnie znikło, czucie w kończynach wróciło, apetyt dobry, stolec przez cały ciąg kuracyi regularny, ogólny stan znacznie się polepszył, chory nabrał ciała, humor dawny wesoły wrócił, jedném słowem opuścił zakład zupełnie zdrów. Po dwóch miesiącach przypadkiem spotkany chory oświadczył mi, iż się cieszy dotychczas najlepszém zdrowiem.

Wyłuszczenie kości udowej ze stawu biodrowego (*exarticulatio femoris*).

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(Dokończenie).

W r. 1625 Duchesne, chirurg francuzki, odejmowania i wyłuszczenia członków przy ciężkich obrażeniach kończyn pierwszy uznał za środek leczniczy pożyteczny i konieczny. Od czasu odkrycia mechanizmu obrotu krwi (Wiliam Harvey, 1619) i wprowadzenia w powszechne użycie przez Morela (1674) tętnocisku, operacje te stawały się coraz częstszymi. Królewska Akademia chirurgiczna w Paryżu stanęła na początku XVIII wieku (1731) na czele nauki i wszelkie kwestye odnoszące się do chirurgii sama podejmowała i ożywiała przez udzielanie wielkich nagród za rozprawy konkursowe na wyznaczone przez nią temata. Po wielu głośnych rozprawach i premiach przyszła kolej na staw biodrowy. Pierwszy Morand (w r. 1739) złożył Akademii chir. traktat p. n. „*Sur la désarticulation coxo-fémorale*,” w której wykazał możebność wyłuszczenia uda ze stawu biodrowego (Volcker i Puthod). W r. 1743 Ravaton zamierzał pierwszy wykonać tę operację na żywym człowieku z powodu złamania powikłanego uda w okolicy skreću większego, ale przegłosowany na *consilium* zamiaru swego zaniechał. W r. 1748 Lalouette napisał drugą rozprawę o operacyi w mowie będącej, chociaż on, tak samo jak przedtem Morand, wykonał ją tylko na trupie. Pierwsze wyłuszczenie (na żywym człowieku) zrobił Dr. La Croix (w szpitalu *Hôtel-Dieu d'Orléans* r. 1748) na 14-letnim chłopcu, którego udo z powodu nadużycia sporyszu (*raphania*) uległo zgorzeli i główka kości udowej utrzymywała się w panewce za pośrednictwem więzu okrągłego, z łutowiem zaś łączył tylko kończynę *n. ischiadicus*. La Croix rozcinając nożyczkami więz i nerw oddzielił udo od tułowia; w 4 dni potém odjął drugie udo na rozciągłości kości téż z powodu zgorzeli. Chociaż chory umarł po 15 dniach po operacyi, dał jednakże pierwszy dotykalny przykład, że życie bez obecności uda jest możebne. Akademia chirurgiczna w r. 1756 a następnie w 1759 wyznaczyła premium za rozprawę na temat: „o wskazaniach do wyłuszczenia uda i sposobach wykonywania téj operacyi.“ Z 44 współubiegających się otrzymał wielką nagrodę Dr. Barbet i Akademia zgodnie z wnioskami konkurującego uznała operację wyłuszczenia uda za świetny nabytek nowszej chirurgii. Chociaż w z. w. jeszcze trzy razy z powodu obrażeń operacya ta była wykonaną, właściwie jednakże stworzył tę operację, podał sposoby operowania i sześć obserwacyj z własnej praktyki przedstawił D. I. Larrey (1812 r.), chirurg Napoleona I. Po nim okazali pewne usługi w części czysto technicznej operacyi Manec, Scoutteten, Baudens, Delpesch, Langenbeck.

Następnie, skoro zaczęto w medycynie uwzględniać statystykę chorób, rezultatów leczenia ich i operacyj i w pewnym stopniu uznano ją za probierz (*criterium*) skuteczności rozmaitych sposobów leczenia i leków, i skoro liczbami wykazaną została ogromna śmiertelność po operacyach odejmowania członków, chirurgowie zwrócili szczególną uwagę, oprócz bliższego zbadania wskazań, jeszcze na oznaczenie najwłaściwszego czasu do wykonywania ich. Od czasu znamienitych rozpraw w łonie Akademii chirurgicznej skutkiem przerażającej śmiertelności (90%) po bitwie pod Fontenoy (11 maja 1745 r.)

wywołanych, jedni chirurgowie oświadczyli się za bezpośredniem wykonywaniem operacyi, zaraz po otrzymaniu rany, w 24—48 godzin, to jest przed rozwojem objawów zapalnych (*amputatio v. exarticulatio v. resectio primaria, immediata*): drudzy zaś, nieodrzucając konieczności w pewnych razach bezpośredniego wykonania operacyi, przyjęli za zasadę uciekać się do nich po zupełnym rozwoju objawów zapalnych, między 15—30 d. po obrażeniu (*operatio secundaria, mediata, consecutiva*); inni nareszcie jeszcze bardziej postępując w kierunku zachowawczym, zalecali uciekanie się do operacyi jeszcze w późniejszym okresie, mianowicie po zupełnem złagodzeniu ostrego zapalenia, kiedy cierpienie przeszło w stan chroniczny, w którym już nie rozciągłość obrażenia pierwotnego, ale obfite ropienie, gorączka trawiąca, wyniszczenie sił chorego są głównemi wskazaniami do operacyi (*operatio ulterior, tardiva*, po kilku miesiącach i więcej od czasu pierwotnego obrażenia). Na czele zwolenników pierwszego poglądu stali Le Dran, Bouchier, Percival Pott, Guthrie, John Bell, Percy, Larrey, Dupuytren, Baudens, I. Roux, których doświadczenie i nauka wystarczały, aby zasada przez nich wyznawana stała się powszechną pomiędzy większością chirurgów i jak przedtem, tak i w czasie ostatnich wojen w Krymie i we Włoszech ściśle zachowywaną była. W szeregu rzeczników drugiego obozu byli Lecointe, Fauré (otrzymał wielką nagrodę), John Hunter, Malgaigne, Velpeau.

Hołdując nauce pierwszych, chirurgowie w ciągu długiego czasu wykonywali i wyłuszczenie uda bezpośrednio po zranieniu i najczęściej mieli rezultaty niepomysłne. W r. 1834 Iubiot (*Thèse de la Faculté de Montpellier*), a po nim w r. 1841 Sédillot (*Annales de la chirurgie française et étrangère. Tome second. 1841. De l'amputation coxo-fémorale*) zwrócili uwagę lekarzy, że odnośnie do stawu biodrowego zasada bezpośredniego operowania musi uleść wyjątkowi i dowodzenia swe poparli statystyką. Za nimi oświadczyli się Légouest (*De la disarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée*), Verneuil, Lenoir, Porta, (*Della disarticulatione del Cotile, rapporto del Prof. L. Porta, comunicato al Reale Istituto Lombardo di scienze lettere ed arti nella tornata del 12 Luglio 1860*).

Uznając konieczność odjęcia uda ze stawu zaraz po zranieniu w wypadkach, kiedy kończyna jest prawie zupełnie oderwaną, lub kiedy szyjka i głowa kości udowej są zmiażdżone, a obok tego naczynia wielkie ranione i części miękkie na rozległej przestrzeni zniszczone, w innych razach uważają oni za właściwsze dać obrażonej kończynie odpowiednie położenie (nawpół zgięte na planum i nelineatum duplex, lub wyprostowane, jak to się praktykowało w czasie wojny włoskiej 1859 r.), unieruchomić ją i po natychmiastowem wyjęciu odłamków kości, ułatwiając to sobie potrzebnymi nacięciami części miękkich, zastosować na część ranioną przeciwzapalne środki (zimne okłady, lód); inni (Bégin) radzą wyjmować odłamki w okresie ropienia; Esmerch zaś i Stromeyer są zdania, żeby nie drażnić rany, odłamki kostne zostawić na miejscu. w dalszym tylko przebiegu choroby, jeżeli zbyt duże ropienie, niszcząc siły, grozi choremu utratą życia, radzą szukać pomocy w usunięciu uda. Demme zebrał w swojej statystyce 62 wypadki wyłuszczeń uda z powodu ran postrzałowych, w których

śmiertelność stosownie do czasu wykonania operacyi była następująca: w 1 okresie (e x a r t. p r i m.) zrobiono oper. 38, umarło 38 (100 %); w 2 okresie (e x. s e c u n d.) zrobiono oper. 16, z tych wyzdrowiało 5, umarło 11 (68%); w 3 okresie (e x a r t. u l t e r.) zrobiono 8 op. z nich wyzdrowiało 6, umarło 2 (25,0%). Cyfry te przemawiają na korzyść operowania w 3im okresie; są one znaczące i dla tego szczególną na nie zwracamy uwagę. W ogóle znamy w nauce 17 autentycznych wypadków wyzdrowienia po wyłuszczeniu kości udowej ze stawu biodrowego z powodu obrażeń. Oto nazwiska operatorów i data operacyj: 1) P e r r a u l t (1774 r. zmiążdżenie uda); 2) B l a n d i n (1792 r. złamanie postrzałowe szyjki kości udowej); 3) P e r r e t (1796 r.); 4) W e n d e l s t a e d t (1798 r. po bitwie pod Abukir); 5) L a r r e y (1812 r. po bitwie pod Witebskiem); 6) B r o w n r i g g (1812 r.); 7) G u t h r i e (1815 r. po bitwie pod Waterloo operacya wykonana w Brukselli w obec L a r r e y'a ranionego i wziętego do niewoli); 8) B r y c e (1827 r. w Atenach); 9) B a u d e n s (1836 r. w Afryce); 10) S é d i l l o t (1840 w Paryżu); 11) L a n g e n b e e k (1848 r. w Schleswig Hollstejn); 12) M a c l e o d (1855 r. w Krymie), 13) I s n a r d (1859 r. w Brescia); 14 i 15 J. R o u x (1859 r. w Tulonie); 16) A r l a n d (1859 r. w Tulonie); 17) N e u d ö r f e r (1859 r. w Weronie). Zatem z 62 operowanych z powodu ran postrzałowych umarło 51 (82%). Prawda, stosunek to śmiertelności wielki, ale dla ocenienia doniosłości jego pamiętać winniśmy, że śmiertelność przy amputatio femoris w skutku ran postrzałowych wynosi 74%, a exarticulatio genu 87%; przypomnijmy sobie nadto, że w obec rozciągłości obrażeń, przy których wskazanem jest wyłuszczenie uda, jeżeli téj operacyi nie dokonamy, smutniejszy jeszcze los oczekuje chorych, jak tego mamy rażący przykład z ostatniej wojny Stanów Zjednoczonych, gdzie na 3106 złamań postrzałowych uda w 82 razach złamania te sięgały aż do stawu biodrowego: chirurgowie amerykańscy ożywieni duchem chirurgii zachowawczej dwóm tylko ranionym wykonali wyłuszczenie uda, pozostałych 80 leczyli sposobem wyczekującym; na nieszczęście wszyscy ci zmarli. Porównując zatem rezultaty leczenia operacyjnego i wyczekującego czyli zachowawczego (bez operacyi), bez wahania się przechylamy się na korzyść pierwszego i zdanie Prof. S é d i l l o t'a, który powiada: „l'amputation coxo-fémorale mérite d'être comptée au nombre de plus précieuses ressources de la chirurgie“ w zupełności podzielamy. Nie ukrywamy bynajmniej, że w ostatniej wojnie krymskiej wszyscy ranieni, którym zrobiono wyłuszczenie uda, zmarli (wyłączając jednego Anglika); operacyj tych wykonano 37, mianowicie w armii: francuzkiej 20, angielskiej 9, rosyjskiej 6, włoskiej 2 (śmiertelność 100%); nie dziwimy się dla tego bynajmniej, jeżeli uwzględniając te tylko wyniki Professor S t r o m e y e r o operacyi wyłuszczenia uda mógł wyrzec: „*dass es noch nicht erwiesen sei, ob sie ueberhaupt einen Platz unter den chirurgischen Operationen verdiene*“ Chcąc dokładnie ocenić; znaczenie tak wielkiej śmiertelności w Krymie, trzeba uwzględnić tę okoliczność, że wszystkie wyłuszczenia uda (wyłączając 8 franc.) robione były w 1 okresie, w którym do dziś dnia wszyscy operowani umierali, kiedy tymczasem z liczby operowanych w 2 okresie umiera $\frac{3}{4}$, w 3 okresie $\frac{2}{3}$. Na szczęście ludzkości obra-

żenia postrzałowe stawu biodrowego, dzięki jego szczególnemu położeniu, należą do najrzadszych pomiędzy ranami stawów: wiadomo bowiem, że z okolic ciała ulegających obrażeniu największy procent wypada na udo (14%) i goleń (10%), najmniejszy zaś na staw biodrowy (1%) i kolanowy (2%).

Staw biodrowy może być raniony od wewnątrz, jeżeli kula przenika doń przez więcie kulszowe (*incis. isch.*), lub guz kulszowy (*tuber isch.*), lub gdy złamanie, lub szczeliny kości miednicy sięgają aż do panewki; albo też kula przenika do stawu od zewnątrz. Współcześnie mogą być obrażone panewka, główka kości udowej i torebka stawowa, albo też pojedynczo. Kula uderzając o skręt większy może go oderwać, zmiażdżyć, uwięzgnąć w nim, albo nienaruszając całości kości, może wywołać w niej szczeliny; tak samo może złamać, zmiażdżyć szyjkę i główkę kości udowej, lub też w nich uwięzgnąć; współcześnie może spowodować wstrząśnienie, stłuczenie trzona kości udowej, albo nawet i podłużne szczeliny. Określenie, złamania szyjki uda (*crepitatio, rotatio externa pedis*), możliwe jest chociaż częstokroć trudne, określenie zaś rozciągłości obrażenia kości prawie niepodobne, zwłaszcza z początku; ztąd to sprawiedliwem jest w obec niepewnej diagnostyki wstrzymać się na czas pewien od wszelkiej czynniejszej interweneyi chirurgicznej; a dla dokładniejszego rozpoznania rozciągłości obrażenia dozwolonem jest zrobić podłużne cięcie na zewnętrznej części uda, przyczem jeżeli szyjka okaże się całą i złamanie nie sięga do stawu, zadaniem będzie chirurga wyjąć odłamki i starać się o zachowanie członka; jeżeli złamanie sięga aż do stawu, szyjka i główka potrzaskane trzeba natychmiast wykonać rezekcyę stawu, chociaż niektórzy chirurdzy (Pir o g o w, D e m m e) radzą i w tych wypadkach zacząć leczenie od sposobu wyczekującego, zachowawczego; oderwanie tylko uda w bliskości stawu, głębokie zniszczenie wielkiej przestrzeni części miękkich, zmiażdżenie kości ze zranieniem wielkich naczyń upoważniają chirurga do wyłuszczenia natychmiastowego uda.

Oprócz ran stawu i trzonu kości udowej będących głównemi wskazaniem do wyłuszczenia uda (*exarticulatio traumatica Malgaigne*), niektóre choroby, mianowicie zapalenie złośliwe okostnej (*periostitis septica*), i szpiku kostnego, (*osteomyelitis septica*), jak niemniej rozległe próchnienie i zgorzel kości udowej z przestoczeniem części miękkich (D e l p e c h, B a f f o s, C h a u m e t), a także zgorzel kończyny np. *sub myrmeciasi* (L a C r o i x, Z a n g, S a b a t i e r) zaliczają się do wskazań wyłuszczenia uda (*exarticulatio pathologica*). Wyniki w tym ostatnim razie są lepsze: Doktor E s c h e (Ueber die Enuclatio pelvi-femoralis. Würzburg, 1863 r.) zebrał 157 wypadków wyłuszczenia uda, z których 57 wyzdrowiało, 94 umarło (9%).

Wywody statystyczne, chociaż różne co do śmiertelności (82% przy *exart. traum. primar.* i 59% przy *exart. pathologica*) przy rozmaitych wskazaniach, przekonywają nas, że operacya wyłuszczenia uda, w obecnym stanie pojęć lekarskich ma prawo obywatelstwa w nauce, i że przy pewnych stanach patologicznych żadną inną operacyą zastąpioną być nie może, oraz że czas do jej wykonania najstosowniejszy jest ten, kiedy już wszystkie inne lecznicze środki wyczerpane zostały. Chory nasz, jak z przebiegu choroby, widzieliśmy, znajduje się właśnie w tych warun-

kach, mianowicie: obrażenia jego są tak rozległe, że przez rezekcyę już usuniętemi być nie mogą, i znajduje się on w tém *stadium*, gdzie ropienie długie i wycieńczenie sił staje się już *momentum urgens*, gdzie dalsze wyczekiwanie stanowczo jest zgubném dla chorego. Wśród takich okoliczności przystąpiliśmy do wykonania operacyi, przez którą usuwaliśmy ognisko grożącego niebezpieczeństwa, ale ogromem świeżego obrażenia (odjęcie $\frac{1}{3}$ części ciała, przecięcie wielkich naczyń i nerwów, wielkość rany,) wystawialiśmy chorego na nowe, niemniej téż groźne następstwa. Prawda, ale zostawiając chorego bez operacyi, skazywalibyśmy go na śmierć pewną, uskuteczniając zaś ją, wskrzeszamy iskierkę nadziei, która jeszcze czasami rozplomienić się może.

Chorego ułożyliśmy na brzegu łóżka, na grzbiecie; z powodu wycieńczenia sił, chloroformem nawpół go tylko uspiliśmy (*semianaesthesia*); z licznych sposobów operowania (z płatami, kolisty, owalarny) w danym wypadku uznaliśmy za najwłaściwsze wykroić jeden płat przedni (Baudens-Langenbeck) od wewnątrz ku zewnątrz przez przekłucie (*punctio*); kiedy Kol. Stankiewicz przycisnął tętnicę udową do gałęzi poziomej kości łonowej odcinając zarazem skórę okolicy pachwinowej ku górze, sami stanąwszy na zewnętrznej stronie chorego, i celem większego napięcia części miękkich ująwszy je lewą ręką na przedniej górnej części uda, ściągaliśmy ku środkowi, w prawej zaś trzymając nóż długi, śpiczasty, obosieczny przekłuliśmy nim na 1 cal z tyłu i $1\frac{1}{2}$ cala poniżej kolca biodrowego przedniego górnego (*sp. ilei anter. super.*) części miękkie i posuwając nóż po przedniej powierzchni kości rozcięliśmy torebkę stawową i koniec noża wyprowadziliśmy na wewnętrznej powierzchni uda w okolicy połączenia gałęzi zstępującej kości łonowej z gałęzią wstępującą k. kulszowej. Następnie prowadząc nóż ku dołowi i stopniowo ku przodowi, wykroiliśmy płat z części miękkich kształtu okrągłego, długości 7 cali. Przy wykrajaniu płatu, tętnica w nim została przez Kol. Stankiewicza ujęta i zaciśnięta. Potém odciągnęliśmy płat ku górze i ująwszy potrząskaną szyjkę kości udowej kostnemi kleszczami *Fergussona* powiększyliśmy otwór w torebce stawowej i odcinając główkę ku dołowi rozcięliśmy więz wałeczkowy (*lig. teres*), oraz tylne przyczepy torebki i cięcie tylne, którem oddzieliśmy zupełnie udo od związku z tułowiem, skończyliśmy w rowku podkulszowym (*plica subischiodica*). Wykrojony płat dokładnie pokrył powierzchnię rany; brzegi jego w 9ciu miejscach złączyliśmy za pomocą szwu (*sutura circumvoluta*) z brzegami rany tylnej i obłożwszy szarpią umocowaliśmy je tasiemkami lepkiego plastru. Oprócz tętnicy udowej podwiązaliśmy jeszcze 9 naczyń, pomiędzy któremi 2 żyły; chory utracił krwi w czasie operacyi bardzo mało. Po operacyi: chory blady, ciągle go mgli, pot zimny pokrył jego czoło, tętno miękkie, uderza 120 razy. Choremu daliśmy kielich czerwonego wina i szklankę gorącego rosołu, a obok tego zaordynowaliśmy kamforę z chiną. Stan części obrażonych był następujący: panewka nienaruszona; szyjka kości udowej na drobne odłamki strząskana; główka, chociaż formę zachowała, na znacznej przestrzeni pozbawioną była chrząstki i w 2ch miejscach zarysowane na niej szczeliny (*fissurae*); skręt większy znacznie uszkodzony; kość udowa w górnej części obnażona od okostnej na znacznej przestrzeni, kąpie się w ropie, na

niej podłużna szczelina, wybiegająca ze skreću większego. Szpik kanału kostnego w ogóle w stanie przekrwienia, czerwony, w niektórych miejscach szaro-brunatny, ma rozsiane liczne ogniska ropne (*osteomyelitis chronica*). Mięśnie okrażające udo nasiąknięte ropą (*infiltratio purulenta*); tkanka łączna podskórna i międzymięśniowa w wielu miejscach w rozpadzie.

O ile nam wiadomo, jest to szósta operacya wyluszczenia uda w naszym kraju: wszystkie skończyły się śmiercią operowanych. Pierwszą operacyę w moim czasie wykonał w Polsce w r. 1831 Prof. S é d i l l o t; w tymże roku Prof. D e m m e (ojciec) wykonał 3 takowych operacyj także w Polsce, ale operowani jego umarli: jeden w 3, drugi w 5, trzeci w 13 d. po operacyi. Prof. P o r c y a n k o wykonał wyluszczenie uda w Wilnie, również ze śmiertelnym zejściem. Chory nasz po operacyi zostawiony był pieczy miejscowego lekarza, który zawiadomił nas potem o śmierci operowanego następniej przy objawach ostatecznego wycieńczenia. Sekcyja robioną nie była.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wyleczenie bezgłosu (*aphonia*) za pomocą przecięcia tchawicy (*Tracheotomia*).

Wziernik krtaniowy, ten wynalazek naszego czasu, co raz to częściej przysługuje się nam do rozpoznania chorób i ich usunięcia. Otóż znowu jeden wypadek, dowodzący jak potrzebny jest wziernik nie tylko lekarzom specjalistom, ale każdemu zajmującemu się praktyką a szczególnie chirurgiczną, bo bez niego nie byłoby w naszym wypadku możliwem odgadnięcie przyczyny niemoty, a tém bardziej usunięcie jęj. W wypadku, który Dr. M o u r a - B o u r o n i l l o n przedstawił paryżkiej Akademii nauk, można powiedzieć: rzeczywiście wziernik uratował młodemu człowiekowi życie i ustalił całą jego przyszłość. Wypadek ten jest następujący: M. X..., młodzieniec siedmnoletni, otrzymał dnia 26 października 1865 r. kilka ran narzędziem ostrym w okolicę krtani, mianowicie regionis crico-thyreoideae. Mięśnie obrączko-tarczowe (*erico-thyreoidei*) i obrączko-nalewkowe (*erico-arytaenoidi*) były przecięte.

Brzegi rany zeszył chirurg w Havre, poczem zagojenie szybko nastąpiło, lecz utrata głosu pozostała. 18go stycznia 1866 r. przybył ów młodzieniec do Paryża i udał się do Dra M., który za pomocą wziernika następujące zrobił spostrzeżenia: 1) zranienia w krtani żadnego; 2) struny głosowe nie zbliżają się do siebie dostatecznie, 3) pod głośnia (glottis) znajduje się blizna. Blizna ta jest podobną do pletwy ptaków wodnych, kształtu półksiężycowego z ostremi końcami; wypukła jęj podstawa przytwierdzoną jest do przedniej wklęsłej sciany chrząstki pierścieniowej (*cart. cricoidea*), 8—10 milimetrów poniżej przedniego złączenia (*commissura ant.*) strun głosowych; cienki jęj brzeg parabolicznego kształtu odpowiadał $\frac{1}{3}$ części głośni, a swemi końcami przytykał do przednich wyrostków chrząstek nalewkowych w kierunku od przodu i dołu, do tyłu i góry. Łatwo odgadnąć, że tchawica o $\frac{1}{3}$ część zwężoną była, zatem także i kolumna powietrza wychodząca z płuc mniejszej musiała być objętości o $\frac{1}{3}$; a w skutek tego nie mogły powstawać drgania strun głosowych. Chory był bardzo drażliwego usposobienia; niemożna więc było robić częstszych posiedzeń ani spostrzeżeń, a tém mniej pomysleć o wyrznięciu tęj blizny drogami naturalnemi. Dr. M... radził przeto przecięcie krtani (*laryngotomia*) którą znany paryżki chirurg M. A. Richard wykonał. Kiedy chrząstka tarczowa była przecięta i obie jęj połowy rozwarte, natenczas Dr. M. wyciął prawą połowę powyższej blizny. Krtani zostawiono otwartą, ażeby w razie odrośnięcia blizny (*fausse cicatrice*) można było ją zuiweczyć czy to nożem czy też środkami wypalającymi. Zagojenie nastąpiło na drodze ropienia (*p. secundam intentionem*). Dnia 20 kwietnia 1866 r. chory zaczynał nabierać głosu, a w miarę zmniejszającego się zapalenia, głos coraz to więcej nabierał dźwięku, jednakowoż zupełnie nie mógł się oczyścić, gdyż struny głosowe nie odzyskały prawidłowej

elastyczności, ani też prawidłowo zbliżyć się do siebie nie mogły; — głos zatem był niski (basse) i trochę chrapliwy. Młodzieniec atoli może się z drugimi zupełnie porozumieć, będąc teraz sam zupełnie zrozumiałym. (Wiener Med. Wechenschrift. Nr. 8, 1867).

Dr. Tabaczyński.

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Sprawozdanie miesięczne z Urodzeń i Śmiertelności w Warszawie, za miesiąc Luty r. 1867.

Urodziło się:	Chrześcian.			Starozakonnych.			Ogółem.
	męzkiej.	żeńsk.	pełni razem.	męzkiej.	żeńsk.	pełni razem.	
z małżeństwa	147	130	276	49	52	101	387
z stanu wolnego	11	31	31	—	—	—	31
podrzutków	58	60	118	—	—	—	118
Razem	216	219	435	49	52	101	536
Umarło: od 0 — 1 roku życia	91	87	178	34	41	75	253
„ 2 — 7 „	48	48	96	17	15	32	128
„ 8 — 20 „	8	5	13	2	1	3	16
„ 21 — 60 „	75	49	114	17	11	28	142
„ 61 — 80 „	16	13	29	7	4	11	40
„ 81 i dalej „	2	2	4	1	—	1	5
Razem	230	204	434	78	72	150	584

W tym miesiącu liczba urodzeń spadła jeszcze niżej od zeszłego, a to o 46 osób, i jest nawet mniejszą od śmiertelności tego miesiąca o 48 osób. — To zmniejszenie należy przypisać głównie zmniejszeniu liczby podrzutków w tym miesiącu, których przybyło o 19 mniej, oraz zmniejszeniu liczby urodzeń u starozakonnych o 15 osób, gdy tymczasem u chrześcian urodziło się z małżeństwa jedynie o 11 mniej, a ze stanu wolnego nawet tylko o 1 mniej. Wiadocznem, iż rozbudzenie się i spotęgowanie siły twórczej w przyrodzie, a nawet w świecie zwierzęcym, nie objawia się wcale na wiosnę w rodzie ludzkim a przynajmniej w Warszawie, a post i drożyzna, panujące zwykle w tych czasach, wywarły swój wpływ szkodliwy w tej mierze. Nawet podrzutków było mniej.

Śmiertelność w tym miesiącu wzrosła o 10 wypadków, i to na niekorzyść starozakonnych; albowiem zmarło u nich o 6 osób więcej niż u chrześcian, gdy tymczasem podwyższenie liczby śmiertelności u tychże o 4 osób, przypisać należy zwiększonej liczbie wypadków śmierci między podrzutkami, których umarło o 4 więcej niż weszłym miesiącu.

I liczba *nieżywo urodzonych* jest w tym miesiącu jeszcze mniejszą, w stosunku do zeszłego o 6 (17 : 23), z których 7 przypada na starozakonnych a 10 na chrześcian, a zatem stosunek, jak zwykle, dla starozakonnych niekorzystny. — Za to śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia, po odtrąceniu liczby nieżywych porodów, wzięta w ogóle, jest w tym miesiącu bardziej niekorzystną dla chrześcian, niżeli dla starozakonnych (168 : 68), nie odpowiada bowiem stosunkowi obu ludności (2 : 1). Jeżeli zaś weźmiemy stosunek zmarłych dzieci w 1-ym roku życia do liczby urodzeń u chrześcian i u starozakonnych, to się okaże, iż tenże wypadnie na niekorzyść ostatnich. Odtrąciwszy bowiem od liczb urodzeń i śmiertelności u chrześcian liczbę podrzutków, to się okaże iż u nich zmarło 50% urodzonych (159 : 317), gdy tymczasem u starozakonnych zmarło 66,6% urodzonych w tym miesiącu (68 : 101.) Te liczby dowodzą dalej, że ta wysoka śmiertelność dzieci w 1-ym roku życia utrzymuje się stale w naszym grodzie, i przedstawia stale stosunek niekorzystniejszy dla starozakonnych. Okres życia od 2-o do 7-o roku włącznie przedstawia 128 wypadków śmierci, czyli w przecięciu 22. 5 na rok, a 16 : 65 w stosunku obu ludności, — gdy tymczasem okres *czwarty* od 21 do 60 r. włącznie, obejmujący przeto 40 lat życia i przedstawiający 142 wypadków śmierci wogóle, nie daje na rok tylko 3 : 55 w przecięciu, czyli 2. 85 : 0,7. stosunku obu ludności. Piąty okres obejmujący lat 20-a od 61 — 80 roku życia włącznie, daje w przecięciu 2 wypadki rocznie czyli 1,45 : 0,55 stosunku obu ludności; *trzeci* okres obejmujący lat 13-ie, od 8-o — 20 r. życia włącznie daje w przecięciu 1. 23 rocznie czyli 1 : 0,23 stosunku obu ludności, a ostatni okres obejmujący w tym miesiącu 17 lat, daje 0,3 rocznie czyli 0,17 : 0,23 obu ludności, która to ostatnia cyfra jest wskazówką, iż ludności chrześciańskiej nierównie więcej dochodzi do wieku nad 80 lat, inaczejby ich tyle w tym wieku umrzeć nie mogło. W tym miesiącu bowiem

umarło 4 chrześcian z tego okresu, z których najstarszy: mężczyzna, miał lat 97, a jeden tylko starozakonny w wieku lat 83. Jeżeli porównamy cyfry śmiertelności pojedynczych okresów z odpowiedniami cyframi zeszłego miesiąca, to się okazuje, iż ten przyrost śmiertelności pada zupełnie na okres 4-ty, t. j. wiek od 21-o do 60 roku życia. Różnica bowiem wynosi 25; a ponieważ ogólna liczba śmiertelności przedstawia zwiększenie jedynie o 10 osób, więc widocznem jest, iż odpowiednio inne okresy zmniejszenie okazywać muszą. To zwiększenie śmiertelności w tym okresie wypada głównie na niekorzyść chrześcian, z których zmarło o 23 osób więcej, gdy tymczasem u starozakonnych tylko 2; chociaż w ogóle zmarło w tym miesiącu u starozakonnych o 6 osób więcej a u chrześcian tylko o 4.

Z tąd wynika że śmiertelność u chrześcian w innych okresach życia była stosunkowo o wiele mniejszą od śmiertelności odpowiedniej w zeszłym miesiącu, niż u starozakonnych. W ogóle powiedzieć można jednak, iż miesiąc Luty mniej był przyjaznym dla zdrowia ludności warszawskiej niż Styczeń, bo pomimo to, iż mniej dni liczy, jednak ogólna liczba śmiertelności była większą. W miesiącu Styczniu przypada bowiem na każdy rok życia, odrzuciwszy podzatków, nieżywo urodzonych i nad 80 lat mających w przecięciu 6.75 wypadków śmierci, w Lutym zaś 7.

Co do *form chorobnych*, największą liczbę wypadków z ludności nad 1 rok mającej, przedstawiają *suchoty*, na które zmarło 111 osób, a zatem o 16 więcej niż w zeszłym miesiącu. Na *tyfus* zmarło osób 90, o 25 osób więcej niż w Styczniu, a o 4 więcej niż w Grudniu. Prócz tego przedstawiają choroby zapalne liczbę największą, bo 56 wypadków; reszta *form chorobnych*, dostarczyła już tylko liczby mało znaczne. Do nich należą choroby wysypkowe 25, płożowe 6, wyniszczenie ogólne 7, zgrzybiałość starości (*marasmus senilis*) 17; nagłych śmierci było wypadków 13, śmierci wypadkowych 4, samobójstw 1.

Co do *zatrudnienia*, to i tą razą, jak po największej części, dostarczyło zatrudnienie kupieckie i handlujących największą liczbę wypadków śmierci, bo 115, i rzemieślnicze: 114, za nimi idą *wyrobnicy*: 101, stan *urzędniczy* 76, a zatem więcej niż sług, z których umarło 57, dalej stan obywatelski 47; b. wojskowych 29, fabrycznego zatrudnienia 30, żebraków 3, z lekarskiego stanu 2, nauczycielskiego 1. Z tej całej liczby umarło w szpitalach 161 osób, o 55 więcej niż w zeszłym miesiącu, chociaż i tą razą ogólna śmiertelność szpitali wynosi niespełna $\frac{1}{3}$ całej śmiertelności.

Dochodzeń *sądowo-lekarskich* odbyto w ogóle 33, z których 18 odnosiło się w ogóle do śmierci nagłych i przypadkowych. Między temi zasługują na uwagę jeden wypadek pęknięcia aorty brzusznej, drugi aorty wstępującej i 1 wstrząśnienia mózgu. Na płodach nieżywych było dochodzenie w 6 wypadkach, a w 4 na dzieciach nieżywo narodzonych.

Prócz tego uwagi godnemi są 2 wypadki; jeden dotyczący śmierci z zagorzenia, a jeden ze wstrząśnienia mózgu w skutek spadnięcia z wysokości na bruk. W jednym wypadku odbyto dochodzenie na żywym, chorym na zapalenie stawu barkowego w skutek pobicia. (?)

Także i jeden wypadek naturalnej ospy miał miejsce. Obserwowany był w szpitalu Ś. Ducha.

W jednym wypadku jeden z lekarzy miasta kazał zabrać i zniszczyć zgnile ciało z za rogatki do miasta na sprzedaż przywiezione. Również i na 2 krowach padłych odbyło się dochodzenie policyjno-weterynaryjne, które jednak żadnej zarazy nie wykazało.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich. od dnia 24 do 30 Kwietnia (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	626	149	144	32	599
„ Śgo Ducha	143	33	39	6	131
„ Ewangelickim	83	16	27	6	66
„ Śgo Rocha	101	26	51	—	76
„ Śgo Jana Bożego	167	4	—	2	169
„ Śgo Łazarza	370	49	72	1	322
„ Starozakonnych	346	64	83	6	321
Ogółem:	1836	341	416	77	1684

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu 36 oddziału anatomii, fizyologii i nauk przyrodniczych, odbytém dnia 30 kwietnia r. b. 1) professor F u d a k o w s k i przedstawił roztwór chlorowodorny pepsyny, którą otrzymał z precedzonego płynu wymiotów nader obfitych, kwaśnych i fermentujących. Po poddaniu tego płynu dyfuzji za pomocą właściwego przyrządu ciecz z dyalizatora przesiąknięta przestała fermentować, oddziaływanie jęj chemiczne stało się obojętne i zawierała znaczną ilość pepsyny, która w zupełności rozpuszczała skrzepłe ciała białkowane. Doświadczenia w tym celu zrobione na posiedzeniu wykazały, że znaczne skrzepy czystego włókna krwi wołowej w przeciągu 4 minut najzupełniej rozpuszczone zostały w tym roztworze chlorowodornym pepsyny. Professor F u d a k o w s k i nadmienil przytęm, że gdy sztuczną pepsynę otrzymaną z żołądka wieprzowego za pomocą fosforanu wapnia i rozpuszczoną w kwasie chlorowodornym poddawał kilkakrotnie dyfuzji w celu oczyszczenia jęj, otrzymywał zawsze w dyalizatorze roztwór silnie kwaśno oddziaływający, fakt ten przemawiałby więc za zdaniem Al. Schmidt'a, iż pepsyna silniej wiąże kwas chlorowodorny niż inne kwasy. — 2) Prof. B r o d o w s k i przedstawił a) okaz mięsaka rdzenia kręgowego (sarcoma medullae spinalis), umiejscowionego w górnej jego części piersiowej. Nowotwór ten stanowił zgrubienie walcowate 6—8 centymetrów długie, 2 centym. szerokie ściśle ograniczone. Badanie mikroskopowe wykazało, iż nowotwór ten złożony był z komórek wrzecionowatych opatrzonych nadzwyczaj długimi wypustkami i z substancji między-komórkowej miękkiej i drobno - ziarnistej. Pierwiastki morfologiczne rdzenia zachowane były tylko na obwodzie tego nowotworu gdzie reszki rdzenia przedstawiały się w kształcie pochwy otaczającej. Zresztą cały rdzeń, był nieco rozpulchniony a kanał jego rozszerzony zawierał nadmierną ilość płynu surowiczego (hydrops canalis centralis medullae). Na szczególną uwagę zasługuje tu ten fakt, iż objawy jakie za życia występowały nie cechowały się bynajmniej zupełnym bezwładem i bezczulością kończyn dolnych, owszem do śmierci istniał tam słaby ruch dowolny a przez kilka ostatnich miesięcy miało miejsce ciągle kurczowe zginanie mimowolne w stawie kolanowym i udowym.

b) Okaz mięsaka włóknistego mózdzku (fibrosarcoma cerebeli), który wyrastał z brzegu prawego jego zrazu przedniego, pokryty był oponami i wnikał głęboko do półkuli mózdzku. Korzenie nerwu trójdzielnego z tęj strony były znacznie ścięnczone, a odnoga mózdzku do mostu Varola uciśnięta i ku tyłowi odsunięta. Za guzem znajdowała się mała torbiel z płynną zawartością surowiczą, ściana jęj od wewnątrz nie posiadała nabłonka. Powstawanie tęj torbieli objaśnia Prof. B r o d o w s k i prawdopodobnie przez stłuszczenie i zanik miejscowy komórek nowotworu; a chociaż mięsaki należą do nowotworów o trwałych pierwiastkach, jednak znajdowały się w owym nowotworze w wielu miejscach komórki w stłuszczenie przechodzące.

c) Okaz kalafiorowatego raka (Zottenkrebs) wsierdzia. Na powierzchni wsierdzia prawej komórki serca, zajętego rakiem rdzeniakiem, wyrastały liczne brodaweczki na cienkich szypułkach, pokryte nabłonkiem u powierzchni słupkowatym a w dolnych warstwach płaskim. Miejscem powstawania ich jest podścielisko raka które przedstawia w tych miejscach budowę gałęzistą, jako zawiązek brodawek. Okaz ten jest nader rzadkim, w całej bowiem literaturze nie ma wzmianki o powstawaniu raka kalafiorowatego na wsierdzu. Pochodzi on od trupa, u którego znaleziono i w innych organach nowotwory rakowe, lecz nigdzie nie było kalafiorowatego, mianowicie w wątrobie, żołądku, w gruczołach limfatycznych brzusznych i klatki piersiowej był wszędzie rak rdzeniak.

d) Żołądek z wrzodami gruzliczymi, umiejscowionymi w bliskości wpustu żołądka na krzywiznie mniejszej i przedniej ścianie, okolica odźwiernika była wolną. O powstawaniu ich z rozpadu gruczeków przekonało badanie mikroskopowe. Gruczeki i wrzody znajdowały się także w szczytach płuc, w gruczołach kręzkowych i w kiszkach, jednakowoż dwunastnica i część odźwiernikowa była od nich wolną; jest to więc dowód, iż wrzody gruzlicze w żołądku nie koniecznie powstają przez bezpośrednie rozszerzanie się ich z kiszek.

— Na posiedzeniu Komissyi Balneologicznej Tow. Nauk. Krak. w dniu 29 kwietnia b. r. odbytém, Prf. Dr. S t o p e c z a ń s k i miał zabrać głos o nowo przez siebie dokonany rozbiórze chemicznym szczawy Słotwińskiej (źdroju będącego własnością c. k. zakładu wód

i kąpeli mineralnych w Krynicy); gdy jednak Prof. Stopczyński nagle zasłabł, przeto Dr. Doskowski zajął posiedzenie odczytaniem „ogólnego poglądu na ruch i postęp zdrojowisk krajowych za r. 1866,” opartego na szczegółowych sprawozdaniach pojedynczych zakładów zdrojowych, jakie w powyższym roku na użytek Komisji Bal. nadesłały: *Busk, Ciechocinek, Iwonicz, Krynica, Krościenko, Lubień, Majdan średni, Rabka, Solec, Proszowice i Szczawnica.*

Inne zakłady zdrojowe swych sprawozdań, pomimo ponawianego wzywania ze strony Komisji Bal. czynionego, tego roku nie nadesłały.

Po odczytaniu przez sprawozdawcę wiadomości co do ruchu i postępu w każdym pojedynczym zakładzie zdrojowym oddzielnie uskutecznióm, przewodniczący w Komisji Bal. Dr. Dietl tudzież jej członkowie Prof. Majer, Aleksandrowicz, Prof. Kuczyński, Dr. Sciborowski, Dr. WarszaUER, i sekretarz Komisji Dr. Zieleniewski po wiele razy zabierali głos, czyniąc uwagi nad rozmaitemi szczegółami odczytywanego sprawozdania dotyczącemi

Nie przytaczamy tutaj ostatecznego wyniku ze sprawozdania Dr. Doskowskiego, to jest wiadomości statystycznych z r. 1866 co do liczby gości zdrojowych, co do ilości udzielonych kąpeli mineralnych, lub co do rozprzedanej liczby flaszek wód lekarskich krajowych; albowiem cyfry te znajdują nasi Czytelnicy w „Gazecie Lekarskiej” (z r. b. N. 35), których nam poprzednio udzielił Sekretarz Komisji Balneologicznej Dr. Zieleniewski.

— W ciągu r. z. przez akuszerów miasta (Warszawy) podana była pomoc lekarska w porodach 2481, z których było: I) pod względem skutku: a) pomyslnych 2317; b) ze śmiercią matki 4; c) ze śmiercią dziecka 158; d) ze śmiercią obojga 2; II) ze względu gatunku porodu: 1) prawidłowych 2165, z tych: a) główkowych 2158, b) nóżkowych 5; c) pośladowych 2; 2) przedwczesnych 111, z tych: a) pomyslnych 11; b) ze śmiercią dziecka 100; 3) nieprawidłowych 206: a) twarzowych 2; b) poprzecznych 69; c) z wypadnięciem rączki 14; d) z wypadnięciem sznurka 9; e) ze spazmami 2; f) z krwotokami 34; g) z ciasnością miednicy 75; III) udzielono pomoc ręczną 206: A) przez obrót 89: a) pomyslnie 60; b) ze śmiercią dziecka 26; c) ze śmiercią matki 2; d) ze śmiercią obojga 1; B) zakładano kleszcze 82; C) wyjmowano łożysko 35; IV) ze względu płodu: a) pojedynczych 2456; b) bliźniąt 24; c) trojaków 1.

— W d. 19 kwietnia b. r. umarł w Paryżu w 67 r. życia Dr. Jobert (de Lamballe), prof. Chirurgii na wydziale lekarskim, członek akademii lekarskiej, rady zdrowia, lejbchirurg Cesarza Napoleona, chirurg honorowy szpitali paryzkich, autor wielu dzieł. Zasługi jego naukowe poznamy bliżej w przyszłych numerach naszego pisma. Tamże zmarli Doktorowie Raclé (autor dzieła „*Traité de diagnostic médical*”), Foy i Simon.

— Zakład leczniczy chorób oczu pod zarządem lekarza Dobrzańskiego w ciągu r. z. dawał pomoc mężczyznom 36, kobietom 27 (razem 63). Średni pobyt chorego w zakładzie wynosił dni 28; operacyj wykonano 33, mianowicie: katarakty 7, sztucznej źrenicy 13, żyła 12, wyluszczenie kuli oka 1.

— *Cholera w Galicyi* trwała od 3 lipca 1866 do 12 marca 1867 i już całkiem ustala. W ciągu tych 8 miesięcy w 121 powiatach a 1012 miejscach z ludnością 1,686,708 chorowało na cholereę osób 65,761, z których wyzdrowiało 34,425 osób, a umarło 31,336. (Przegląd Lekarski).

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz.**

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

Redakcyja Gazety Lekarskiej przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
