

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: **Prace oryginalne.** Chrzęstniak ramienia (*enchondroma humeri*) niezwykłych rozmiarów. Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*). Przez Aleksandra Stockmanna. (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna.** Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie. Spostrzeżenie Horacyusza Robinsona Storer (w Bostonie). (Dokończenie). **Wiadomości bieżące.** Dawka i znaczenie lekarskie kwasu karbolowego. Doktoryzacye. Dziecinne ambulatorium lekarzy Dudrewicza i Szancera. Uniwersytet Warszawski. **Dodatek.** Farmakologii arkusz 14-ty Tomu IIgo, Toksykologii arkusz 12-ty, Pediatrii arkusz 12-ty.

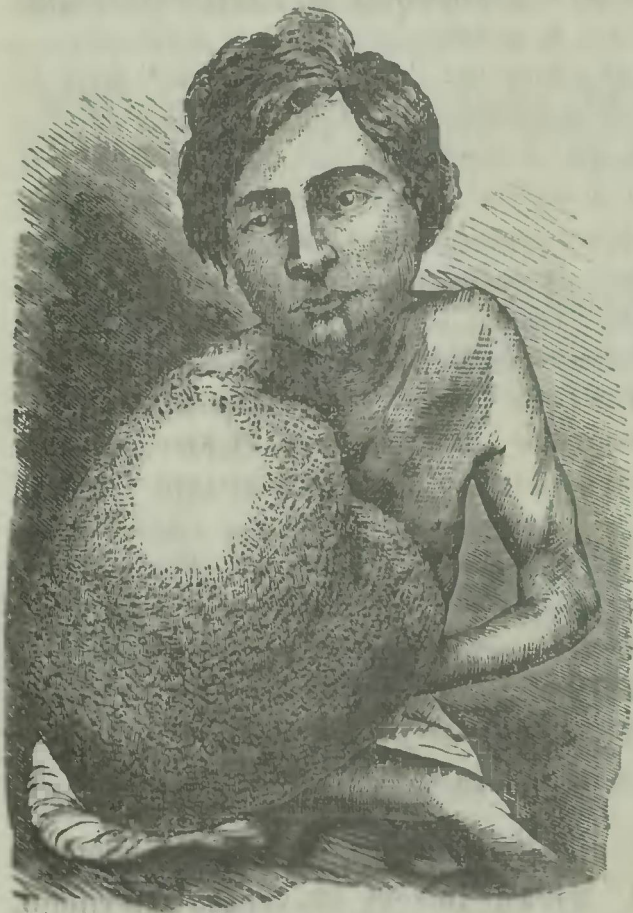
Chrzęstniak ramienia (*enchondroma humeri*) niezwykłych rozmiarów.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

W dniu 2 czerwca b. r. wszedł do kliniki chirurgicznej szpitala Dzieciątka Jezus Z. M., czeladnik młynarski, lat 24 wieku liczący, wzrostu miernego, stosownie do swego wieku wątko zbudowany, wychudły. Z. M. ma na ramieniu prawém olbrzymią narośl (*tumor*), kształtu gruszki, ze wszystkich stron ramię opasującą i rozciągającą się od stawu barkowego (*articulatio humeri*) aż do 1/4 dolnej części ramienia. Wymiary téj narośli są następujące: obwód w miejscu najgrubszym wynosi 89 centymetrów, obwód końca górnego guza sięga 55 cent., końca zaś dolnego. w miejscu gdzie przechodzi w ramię, 32 ctm. Wymiar podłużny przedni dochodzi do 40 ctm., podłużny tylny do 38 ctm., podłużny zaś wewnętrzny ma 17 ctm. Na narośli siedzą jeszcze dwie płaskie wypukłości w kształcie odcinków kul: jedna mniejsza na stronie zewnętrznej górnej, w miejscu odpowiadającém położeniu mięśnia naramiennego (11 ctm. średnicy), druga zaś większa na stronie przedniej guza (16 ctm.); ztąd to cała narośl wygląda jakby złożoną była z trzech zrazów, przedzielonych jasno wyrażonemi bruzdami. W samym środku przedniej wypukłości spostrzega się otwór

wielkości dwugroszniaka, brzegi którego pokryte są masą gąbczastą wystającą na 2 linje nad powierzchnię skóry, łatwo krwawiącą; z otworu tego sączy się płyn żółtawy, przezroczysty, gęstości surowicy. Skóra guz pokrywająca w jednych miejscach jest gładką, w drugich zaś nierówną, chropawą, usianą brodawkami skórnymi, przerosłemi do wielkości główek szpilkowych; barwa jej naturalna, miejscami lekko zaczerwieniona. Na powierzchni całej narośli znajduje się sieć rozszerzonych i nastrożonych krwionośnych naczyń, które na przedniej części rozszerzają się i dochodzą do grubości pióra kruczego,

Fig. 1sza.



Zaworski Marcin. Chrzęstniak ramienia (*enchondroma humeri*). (Podług fotografii Brandla).

a w niektórych miejscach nawet gęsiego. Skóra na guzie nie przesuwalna, w fałdy ująć się nie daje, dopiero na końcu górnym i dolnym staje się ruchomą. Konsystencya nowotworu w rozmaitych miejscach jest odmienną, w ogóle jednak powiedzieć można, że jest twardą, sprężystą: już to podobna do tój, jaką daje przy pociskaniu palcami gałka oczna, już to chrząstkowata, sprężysta, chęłbocząca. Ta nienormalna odporność nie kończy się tam, gdzie skóra zaczyna być przesuwalną, przeciwnie ku górze sięga dalej, zajmuje brzeg wyrostka barkowego i brzeg zewnętrzny łopatki. Guz przy pociskaniu jest bolesny, ale nie we wszystkich miejscach jednostajnie: najboleśniejsze są punkta twarde, chrząstkowate; od czasu do czasu bóle przychodzą dobrowolnie, (bez nacisku) i są albo kłujące, albo téż strzelające, promieniejące od górnego do zewnętrznego końca guza, a czasem nawet aż do palców. Temperatura narośli jest nieco podwyższona. Ruchów czynnych ramieniem chory wykonywać nie może, drugą jednak ręką unosi guz jakby obce ciało i przytem czuje mocne ciężenie. Ruchy bierne, jakkolwiek bardzo ograniczone, w stawie barkowym wywołać można, a to przez ustalenie (*immobilisatio*) łopatki i uniesienie lub opuszczanie chorego ramienia, jak również przez wykonanie obrotów na zewnątrz, na wewnątrz, a nawet około osi (*abductio, adductio, rotatio*). Na dolnym końcu guza ciągłość (*continuitas, integritas*) kości ramieniowej jest zniszczona: ująwszy bowiem rękami dolny koniec ramienia zaraz powyżej stawu łokciowego wykonać można ruchy obrotowe w tém miejscu, gdzie zdrowy dolny koniec kości wybiega z dolnego końca guza; nienormalne te ruchy są tak swobodne, jakby w tém miejscu był wytworzony dokładny staw wrzekomy

Fig. 1sza.

(*pseudarthrosis*). Gruczoły podpachowe bynajmniej nie obrzmiały; w kącie dołu pachowego wyczuwa się wyraźne tętnienie tętnicy pachowej po za obrębem guza. Części miękkie powyżej i poniżej guza (okolica barkowa, przedramię, ręka) surowiczo nacieknięte (*oedema*).

Co do stanu ogólnego: chory bardzo wyniszczony, najchętniej zostaje w łóżku, w położeniu nawpół siedzącym, zdrową ręką podtrzymuje guz, głowę zaś opiera na przedniej wyniosłości nowotworu. Skóra na całej powierzchni ciała żółtawa, tkanka łączno-tłuszczowa słabo rozwinięta, mięśnie wiotkie. W prawej połowie klatki piersiowej szmery oddechowe mniej wyraźne; śledziona i wątroba powiększone; mocza wydziela się prawidłowo, białka nie zawiera; w żołądku i kiszka objawy nieżytu chronicznego; umysłowe zdolności dosyć tępe.

O powstaniu i rozwoju guza dowiedzieliśmy się co następuje: chory, jakkolwiek od urodzenia wątpy, wciąż jednak będąc zdrow zupełnie, na początku jesieni roku zeszłego, bez żadnej przyczyny, doznawać zaczął strzykania w całej prawej kończynie górnej. Strzykanie to, z początku rzadko się zjawiające, z czasem stało się tak częstym i dokuczliwym, że chory zmuszony był zaprzestać zwykłej pracy. W połowie m-ca stycznia r. b. chory przypadkowo wymacał na górnej przedniej powierzchni ramienia prawego guzik wielkości orzecha łaskowego, twardego, nieco bolesny, nieruchomy. Guzeł ten rosnął prędko, tak że w ciągu kilku tygodni doszedł do wielkości pięści; następnie z każdym prawie dniem bardziej się powiększał w objętości i obejmować zaczął ramię ze wszystkich stron. Dopiero rozwój guza zdawał się być jeszcze gwałtowniejszym i rzeczywiście w ciągu ostatnich czterech miesięcy doszedł on do olbrzymich rozmiarów, wyżej podanych. W miarę powiększania się guza ruchy kończyny stopniowo stały się utrudnionymi, a w końcu i zupełnie niemożliwymi. Przed miesiącem na przedniej powierzchni guza z początku jednolitego, powstawać zaczęła wypukłość, a przed parą tygodniami druga mniejszej objętości. W tym też czasie w samym środku wypukłości pierwszej utworzył się mały guziczek, na którym gdy naskórek oddzielił się, pozostało owrzodzenie powierzchowne; następnie we środku wrzodu powstał otwór prowadzący aż do środka narośli, (*fi-stula*) brzegi zaś jego pokryły się bujną ziarniną. W tym krótkim czasie prędkiego rozwoju guza chory opadał na siłach i znacznie wychudł, apetyt jednakże i trawienie zostały zachowane; stan wciąż był bezgorączkowy.

Zestawiając powyższe objawy kliniczne, tworzące fizyognomię fizyczną guza, oraz uwzględniając czas rozwoju tej narośli, co do istoty tego nowotworu makroskopijnie możemy zrobić trzy przypuszczenia: 1) albo guz ten złożony jest z pierwiastków anatomicznych rakowych (*carcinoma*), 2) albo tworzą go elementy mięsakowe (*sarcoma*), lub 3) w końcu, główną składową jego częścią jest chrząstniak (*enchondroma*) prosty, albo chrząstniak kostnawy (*chondroma osteoides, v. desmochondroma*). Jakkolwiek wszystkie trzy te nowotwory pod wielu względami praktycznymi różnią się od siebie, co z jednej strony ułatwia wprawdzie ich rozpoznanie, z drugiej jednak mają też one wiele cech wspólnych tak w swoim przebiegu, jak i we wpływie na organizm, tak, że ostatecznie o ich bu-

dowie i naturze przekonać się tylko możemy z mikroskopijnego badania. Zupełnie nie zajęte sprawą chorobną najbliższe do guza gruczoły limfatyczne wykluczały rak kości, odporność twarda narośli przemawiała za chrząstniakiem, nadzwyczajna znowu prędkość rośnięcia guza i nie zwykłe rozmiary jego zdawały się świadczyć o naturze jego mięsakowej. Badanie mikroskopijne wykazało, że nowotwór ten był chrząstniakiem, jakkolwiek przeciwko temu najwyraźniej mówiły czas rozwoju, który w chrząstniakach jest nader powolnym, i wielkość guza; do dziś dnia bowiem opisane chrząstniaki objętością swoją nie sięgały więcej nad główkę dziecka.

Nowotwory, o których mowa, wszystkie są natury złośliwej, bo rozsiewanie się (*disseminatio*) i rozpowszechnienie się (*generalisatio*), a zatem i zakażenie (*infectio*) wszystkim są wspólne. Jakkolwiek złośliwość ta jest względna i w każdym z tych nowotworów sobie właściwa, jednakże powiedzieć można, że rokowanie w każdym z nich jest złe, i jedyną, chociaż czasową, deszczułką zbawienia chorych, jest wczesne usunięcie tych nowotworów z organizmu, to jest przed ich rozpowszechnieniem się i zakażeniem następczém ustroju.

Stając na takim punkcie widzenia rzeczy, jedyny sposób ratowania naszego chorego upatrywaliśmy w zupełném odjęciu guza razem z chorą kończyną. Stosunki anatomiczne dozwalały wykonanie wyłuszczenia ramienia (*exarticulatio humeri*), chory zaś jakkolwiek był wyniszczony, ale stan jego bezgorączkowy i wszystkie organa zdrowe pozwalały spodziewać się dobrego zejścia operacji, propozycję której jak przyjął chory ze skwapliwością, tak z niecierpliwością wyglądał jój wykonania.

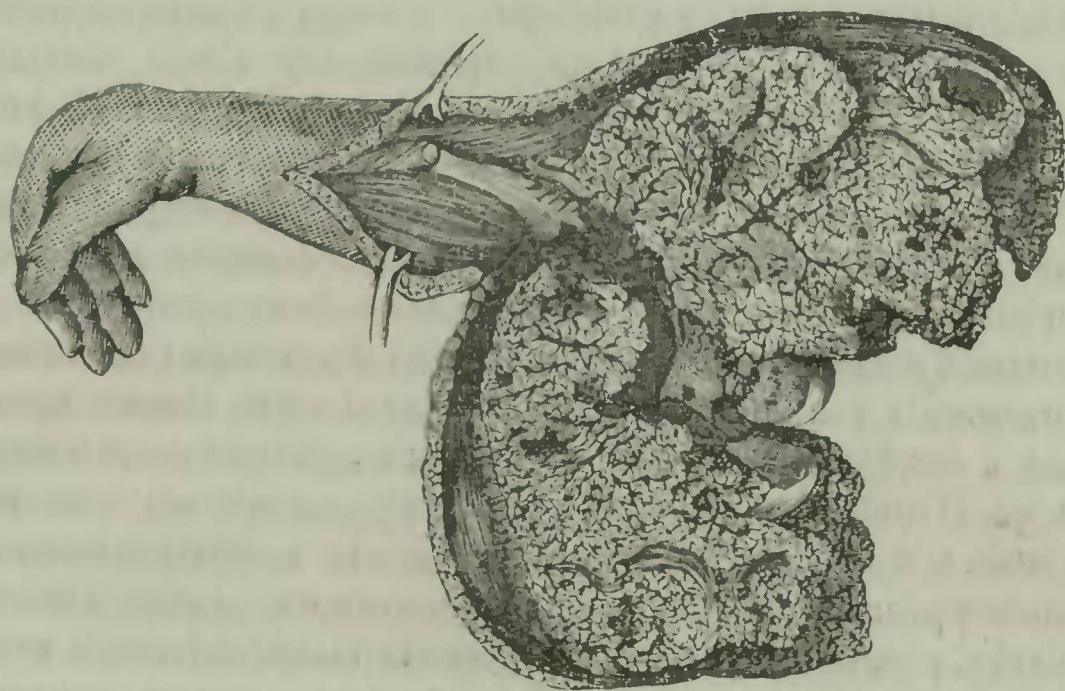
Przed przystąpieniem do zamierzonego wyłuszczenia ramienia zarządziliśmy najprzód w d. 3 czerwca zdjęcie modelu gipsowego z guza i nadto tegoż dnia chory posłany był do fotografa celem zdjęcia portretu jego samego i narośli. Po dokonaniu tego wszystkiego chory uczuł się mocno zmęczonym, przytém okazał się wielki ból w guzie i wieczorem wystąpiły dreszcze, które odtąd codziennie po dwa razy przychodziły; chory stracił apetyt, język stał się nieczysty, tętno uderza 112 razy na minutę, temperatura 39,8, ciepłota guza zwiększyła się, z przetoki sączyć się zaczęła znacznie większa ilość płynu brudnego, posoczystego, cuchnącego. Na guz zastosowaliśmy zimny okład, po lekkim przeczyszczeniu chorego, przeznaczyliśmy mu po 5 granów *chinini sulfurici* trzy razy dziem. Objawy te odnieśliśmy na karb zaczynającego się zakażenia chorego rozpadowemi pierwiastkami nowotworu (*septicaemia*). W takim położeniu rzeczy o operacji mowy już być nie mogło. 4go czerwca: tętno 124, miękkie, temperatura 40°; wieczorem chory majaczy. 5go czerwca z rana: tętno 128, ciepłota 40°; tegoż dnia wieczorem: tętno 128, temperatura 40,8°, chory majaczy. 6go czerwca: chory nadzwyczajnie osłabiony, tętno 128, temp. 40,8°. 7go czerwca z rana: chory nie spał noc całą, ciągłe majaczenie, tętno 134, temperatura 40,4°. Wieczorem tegoż dnia: tętno 138°, drobne; temperatura 39,8; na zewnętrznej powierzchni guza wystąpiły pęcherze zgorzelinowe; płyn w nich rzadki, mętny, cuchnący; ręce chłodne, majaczenie ciche, ciągłe, skóra

ma odcień brudno-żółtawy, oczy połyskujące, język suchy. O godzinie 12tej w nocy (z dnia 7 na 8 czerwca) śmierć.

Sekeya wykazała obecność ostrój ociekliny błon mózgowych i mózgu oraz płuca lewego (*oedema acutum meningum, cerebri et pulmonis sinistri*); płuco prawe za pomocą utworów błoniastych przyrośnięte do ściany klatki piersiowej. Śledziona we wszystkich wymiarach powiększona blisko o $\frac{1}{3}$ część swęj wielkości; prawy płat wątroby także powiększony. W kiszkaeh i żołądku objawy nieżytu; zresztą w innych organach nie nieprawidłowego nie było.

Po zrobieniu na trupie wyłuszczenia ramienia przekonałiśmy się, że nowotwór zachodził na łopatkę, mianowicie do dołu nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego (*fossa supraspinata et infraspinata scapulae*), na kąt górny zewnętrzny łopatki, mianowicie na szyjkę (*collum*) jego, dołek zaś stawowy (*cavitas glenoidea*) był zupełnie wolny, jakkolwiek chrząstka stawowa była nieco już rozpulchniona. Po przecięciu guza w podłużnym jego wymiarze (fig. 2a) przekonujemy się,

Fig. 2a.



Rysował z natury M. Świątkowski.

Powierzchnia rozkroju chrząstniaka. Na niej postrzegamy postępując od zewnątrz: skórę i tkankę łączno-tłuszczową, mięśnie, zrazikowatą budowę chrząstniaka, a w miąższu nowotworu liczne doły (*lacunae*), kość ramieniową, której $\frac{2}{3}$ części zniszczone, chrząstkę na główce kości ramieniowej w części zachowaną, jak również dolną $\frac{1}{3}$ część ramienia.

zniszczona, w miejscu zaś zetknięcia z dołkiem stawowym kłykcia łopatki zachowana. Na powierzchni rozkroju nowotworu postępując od zewnątrz ku wewnątrz gołym okiem postrzegamy: skórę zrosniętą z tkanką łączno-tłuszczową, mięśnie wiotkie, rozciągnięte, jakby w zaniku, masę nowotworu złożoną ze zrazików, w których liczne doły (*lacunae*) jakby torbiele (*cystides*) wypełnione lepkiem

nywamy się, że $\frac{2}{3}$ górne kości ramieniowej zupełnie przeistoczone na chrząstkę, koniec zaś dolny wybiegający z guza jest wolny, ruchomy, jakby tworzył staw wrzeczkowy. Chrząstka stawowa, pokrywająca główkę ramienia (*capitulum humeri*) w części

płynem. Barwa nowotworu biało-szarawa, połyskująca, miejscami zarumieniona. Na dotykaniu odporność guza w rozmaitych miejscach różna.

Badanie mikroskopijne nowotworu uskutecznił Prof. B r o d o w s k i, oto jego opis :

„Nowotwór, na powierzchni rozkroju którego dawały się postrzegać liczne jamki wypełnione po większej części płynem ciągnącym się, zawierającym mucynę, a największe ze zlania się drobniejszych powstałe przy samej powierzchni pod skórą — płynem posokowatym, posiadał bardzo wyraźną budowę płatowato-zrazikowatą. Drobne zraziki tego nowotworu biało-szarawe nakszałt chrząstki połyskujące, miejscami bardziej skupione poprzedzielane cienkimi biało-żółtawymi przegródkami, miejscami coraz bardziej pooddalane od siebie, rozproszone w pośród obfitej w naczynia tkanki. Dzieląca zaś płaty tego nowotworu tkanka tak pod względem stopnia skupienia jak i zabarwienia przedstawiała wielką różnorodność.

Przeważną składową częścią w mowie będącego nowotworu okazała się być tkanka chrzęstna po większej części szklistawa, lub włóknista, miejscami siatkowata. Całe zraziki składały się miejscami z jednego rodzaju chrząstki, miejscami zaś w jednym zraziku można było napotkać dwa albo i wszystkie trzy rodzaje tej tkanki. Komórki po większej części duże, okrągłe lub podługowate, niekiedy po kilka i kilkanaście w jednej torebce, zwłaszcza w chrząstce szklistawej. Takie same komórki i podobne gromady znajdowały się także i wśród substancji zasadniczej włóknistej; łatwo się więc domyślić, że się zdarzały w takich miejscach obrazy wielce przypominające budowę raka. Stosunek komórek do substancji zasadniczej okazywał się także różnorodnym; po większej jednak części przeważały komórki. Zraziki chrzęstne dzieliła tkanka łączna, przeważnie luźna o dosyć dużych wrzecionowatych, a miejscami i dosyć licznych komórkach a więc zbliżająca się niekiedy do tkanki mięsakowej. Im luźniejsza była tkanka, tym więcej i tym większe zawierała naczynia włosowate. Ztąd także mocno miejscami czerwona barwa tego nowotworu. Jamki, o których wyżej była wzmianka, powstawały w skutek mięknięcia tkanki chrzęstnej wywołwanego już to zbyt wielkim mnożeniem się komórek (w tych miejscach komórki były drobne), już tłuszczeniem ich i następczym rozpadem. Tak jednemu jak drugiemu towarzyszyła przemiana śluzowa substancji zasadniczej. Ze zbyt wielkim mnożeniem się komórek częściej można się było spotkać w chrząstce szklistawej, ze stłuszczeniem zaś ich w włóknistej. W ogóle przyczyną mięknięcia nowotworu w danym wypadku, a więc i powstawania jamek częściej było tłuszczenie niż wzmiankowane mnożenie się komórek. Nadmieniamy w końcu że szybkie powiększanie się objętości nowotworu jakie w ostatnich czasach miało miejsce, zależało przeważnie od szerzenia się wspomnianych przemian wstecznych (śluzowej i tłuszczenia), w skutek których nie tylko tkanka mocno pęczniała zanim się rozpuściła, lecz następnie i ilość płynu się zwiększała. Ze nagromadzone w znacznej ilości produkty rozpadu tego przy samej jego powierzchni (jak o tym wyżej była wzmianka) sposoczały, to nikogo nie zadziwi.“

Przypadek powyżej opisany zasługuje na uwagę ze względu na siedlisko, prędkość rozwoju i wielkość rozmiarów. Co do siedliska należy on do chrząstniaków rzadszych. C. O. W e b e r zebrał 250 przypadków chrząstniaków kostnych, z których 103 przypadło na kości ręki, 24 na kości stopy, 20 na piszczel, 15 na żuchwę, 14 na kości miednicy, 11 na łopatkę, 9 na żebra, po 8 na szczękę górną i strzałkę, i po 19 na kości: udową i ramieniową. Jaka tkanka dała początek temu nowotworowi, czy tkanka łączna okostnej (*enchondroma periosteale, periphæricum*), czy też powstał on z wnętrza kości (*enchondroma centrale*), z tkanki łącznej szpiku kostnego, albo otaczającej naczynia, lub wreszcie z ciałek tkanki kostnej, albo też z powstałej wśród kości cząsteczki nie skostniałej chrząstki? trudno odpowiedzieć. Z jednej strony uważając, że nowotwór z początku wystąpił pod formą małego, nieruchomego guzika na wewnętrznej powierzchni ramienia, możnaby przypuścić, że on powstał z okostnej, z drugiej zaś zwracając uwagę, że nowotwór ten bardzo prędko opasał całą kość ramieniową, którą w całości przeistoczył na tkankę chrzęstną i jej ciągłość na dolnym końcu zniszczył, można też przypuścić, że punktem jego wyjścia były tkanki wchodzące do składu wnętrza kości. Przyjmując nawet, że współcześnie rozwijał się i wewnątrz kości i z okostnej, i że we wnętrzu kości od razu nawet liczne powstały jego ogniska, ta gwałtowność rozwoju w obec zwykłego powolnego (10—20—40 lat) tych nowotworów rośnięcia, zostanie nie rozwiązana. Nadto czas wzrostu tak krótki, w ciągu którego doszedł do tak olbrzymich rozmiarów, oraz krótkotrwałość jego czynią ten nowotwór wyjątkowym. Największa objętość chrząstniaków po dziś dzień znanych nie przewyższała głowy dziecka, a nawet dwa historyczne chrząstniaki żuchwy opisane przez D i e f f e n b a c h'a i S y m e'a, w których nowotwór sięgał do połowy klatki piersiowej, stosunkowo są mniejsze od powyżej opisanego. W miarę prędkiego wzrostu uległ również prędko przeistoczeniu wstecznemu, polegającemu na mięknieniu (*remollitio*) i topnieniu (*colliquatio*) nowotworu za pośrednictwem stłuszczenia (*deg. adiposa*) komórek chrzęstnych i przemiany śluzowej substancji międzykomórkowej; w skutku czego powstały w narośli jamy (*lacunae, cavernae*), torbiele (*cystae*), a tkanka guza przechodząc w martwienie (*mortificatio*), dała powód do głębokiego owrzodzenia, utworzenia przetoki, z której posoka cuchnąca, jakkolwiek wydzielała się na zewnątrz, jednakże współcześnie została wessaną do ogólnego obiegu krwi, i spowodowała jej zakażenie (*septicaemia*) i śmierć chorego. Na tej tylko drodze to smutne zejście objaśnić można, bo ani rozsiewania się (*disseminatio*) elementów nowotworu na sąsiednie lub odległe tkanki i organa, ani też mnogości (*multiplicitas*) jego nie było, a w końcu żadnego powikłania z innymi nowotworami złośliwymi (rak, mięsak, rakowiec) mikroskop nie wykrył. Przyczyny narośli w danym wypadku pozostają również tajemnicą: nowotwór bowiem nie był wrodzonym, usposobienia dziedzicznego dopatrzeć też nie można było, nie powstał w wieku dziecięcym, ani też mechanicznemu obrażeniu miejsce chore nigdy nie podlegało.

W liczbie chrząstniaków kostnych, występujących w kształcie guzów, przez nas obserwowanych, przypadek ten co do okolicy ciała jest pierwszym. Mieliśmy

sposobność obserwowania chrząstniaków żuchwy i z tego powodu zrobienia jej rezekeji 6 razy; chrząstniaka szczęki górnej przez wypłowaie tej kości operowaliśmy 1 raz; na kościach ręki widzieliśmy chrząstniaki 8 razy, z powodu których wykonaliśmy już to odjęcie palców, wyluszczenie samego nowotworu, a 1 raz zmuszeni byliśmy amputować nawet przedramię; na żebrach obserwowaliśmy narosty chrzęstne 2 razy; na piszczeli (*tibia*) z współczesnym szerzeniem się nowotworu (*per contiguitatem*) i na dolny koniec kości udowej 1 raz. Chrząstniaki części miękkich, które nierównie są rzadsze od kostnych (1 : 5) obserwowaliśmy w jądrach (3 razy), w śliniance przyusznój i podszczękowej (po 2 razy), w jajniku 1 raz.

Nadto chrząstniaki z kostniny (*callus*) rozwinięte (przy zboczeniu podłużnym odłamów kostnych) widzieliśmy 2 razy, i 1 raz w stawie wrzekowym (*pseudarthrosis*) u kobiety, dla uleczenia którego zrobiliśmy w tym roku w naszej klinice chirurgicznej Szpitala Dzieciątka Jezus wypłowanie końców kości nowego wrzekomego stawu razem z chrząstniakiem, ale bez skutku, chora bowiem w skutku wycięczenia umarła.

Po wycięciach chrząstniaków z części miękkich, jakoto z jądra i z gruczołu podszczękowego, ani recydywy, ani generalizacji ich nie obserwowaliśmy; jakkolwiek podobne przypadki przytaczane są przez *V i r c h o w'a* i *W e b e r'a* i służą za dowód złośliwości nowotworu, o którym mowa.

Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*).

Przez Aleksandra Stockmanna.

(Ciąg dalszy). *)

Doświadczenia robione przy pomocy kymografionu, dały zupełnie podobny rezultat. Przytaczam niektóre tylko cyfry, rozumie się wypadkowe, średnie z licznych wachai i fal krzywój wykręślonój. Doświadczenia te robiłem również bez i przy pomocy kurary.

Doświadczenie I z dnia 3 maja 1869 r. na zwierzęciu nienarkotyzowanym.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie naj- mniejsze.	Siła prądu.	Tętno.
Przed podrażnieniem	82	—	—	240
Przy podrażnieniu	58	56	130	na minutę. 240
Po podrażnieniu	80	—	—	240
Po podrażnieniu	92	—	—	240
Przy podrażnieniu	64	60	130	210

*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie najwyższe.	Ciśnienie najniższe.	Tętno.	Sila prądu.
Przed podrażnien. .	90	—	—	230	—
Przy podrażnieniu .	58	—	52	210	130
Po podrażnieniu .	88	92	—	240	—
Przy podrażnieniu .	64	—	58	225	130
Po podrażnieniu .	86	92	—	240	—

Doświadczenie II z dnia 4-go maja 1859 r. Zwierzę kurarą zatrute, sztuczna respiracya.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie najwyższe.	Ciśnienie najniższe.	Tętno.	Sila prądu.
Przed podrażnien. .	122	132	—	Tętna nie można było	—
Przy podrażnieniu .	92	—	84	policzyć	130
Po podrażnieniu . .	108	112	—	z przyczyny	—
Przed podrażnien. .	116	126	—	niewyraź-	—
Przy podrażnieniu .	94	—	80	nych fal.	120
Po podrażnieniu . .	112	128	—	—	—
Przy podrażnieniu .	98	—	92	—	120
Po podrażnieniu . .	104	120	—	—	—

Doświadczenie III z dnia 6-go maja 1869 r. Zwierzę kurarą zatrute.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie najwyższe.	Ciśnienie najniższe.	Tętno.	Sila prądu.
Przed podrażnien. .	82	86	—	—	—
Przy podrażnieniu .	56	—	48	—	130

Widzimy z powyższych doświadczeń, iż drażnienie centralnego końca nerwu depressor zawsze wywołuje znaczne opadnięcie ciśnienia w naczyniach bez względu na to, czy zwierzę było porażonem lub nie, za pomocą kurary. Co do tętna, to nie zdarzało mi się widzieć tak regularnego zmniejszenia liczby uderzeń, ani téż systematyczności w zwiększeniu, jak to podają C y o n i L u d w i g, to tylko nadmienię, że przy podrażnieniu nerwu depressor, fale krwi w tętnicy *carotis* widocznie wolniały zwiększając swą długość i wysokość; po usunięciu strumienia drażniącego, fale stawały się krótszemi i drobniejszymi. Nie ulega zatém wątpliwości, iż mamy do czynienia z nerwem przeważny wpływ na ciśnienie wywierającym. Ponieważ nerw ten bierze początek z nerwu błędnego, należało się przekonać czy i sam nerw błędny drażniony w części swój centralnej, lub inne jego gałęzie w podobnyż sposób drażnione

dadzą takiż sam rezultat. W tym celu u królika odpreparowano nerw błędny, sympatyczny oraz depressor lewej strony i nerw krtaniowy górny. Depressor i nerw *laryngeus* przecięto, pozostawiając nerw błędny nienaruszonym. Następnie wprowadzono kaniulę do tętnicy *carotis* i drażniono kolejno wypreparowane nerwy. Nadmieniam tutaj, iż zwierzę nie było zatrute kurarą.

Doświadczenie z dnia 7 maja 1869 r. daje następujący szereg cyfr.

	Ciśnienie w młm. rtęci.	Tętno.	Siła prędu.
Przed podrażnieniem	130	49	—
Drażniony nerw krtaniowy górny centralnie	135—140	48	120
Po podrażnieniu	130—135	—	—
Drażniony nerw depressor.	110—115—120	49	120
Po podrażnieniu	140—150—145	47	—
Drażniony nerw depressor.	90—80	45	120
Po podrażnieniu	130—135	45	—
Drażniony nerw krtaniowy.	130—135—140	45	110
Po podrażnieniu	135—130	46	—
Drażniony nerw depressor.	90—85	46	—
Przecięto n. vagus sinister w celu podraż. części centralnej.			
Przed podrażnieniem	140—150	52	—
Przy podrażnieniu centralnej części n. vagi	130—135	47	110
Po podrażnieniu	130—135	46	—
Drażnienie n. vagi.	130—135	42—40	110
Po podrażnieniu	135	44	—
Drażnienie n. depressor.	70—75	44	110
Po podrażnieniu.	125—130	46	—
Drażnienie nervi vagi	135	37	110
Drażnienie n. depressor.	55	—	110
Po podrażnieniu	135—140	—	—

Jeżeli uważnie przejrzymy powyższą kolumnę cyfr, to przekonamy się o wybitnej różnicy w działaniu nerwu depressor od działania przy podrażnieniu centralnym nerwu błędnego i krtaniowego. Każde choćby najkrótsze przepuszczenie strumienia przez nerw deprymujący sprawia znaczne chociaż niezbyt gwałtowne opadnięcie rtęci w manometrze, a więc i ciśnienia w tętnicach, bez uprzedniego podniesienia. Nerw błędny drażniony centralnie wcale nie oddziałuje na ciśnienie, gdyż opadnięcie z 150 na 135 mil. przy podrażnieniu nerwu błędnego po jego przecięciu jest zupełnie samowolnym, o czém nas przekonują późniejsze utrzymanie się ciśnienia na wysokości 135—130 milimetrów mimo drażnienia nerwu błędnego. Ciekawą tylko jest rzeczą zmniejszenie wyraźne liczby uderzeń pulsowych. Zdaje się przytém, jak gdyby jeden nerw błędny drażniony centralnie oddziałował na drugi nieprzecięty i odruchowo wywoływał także opóźnienie tętna.

Nerw krtaniowy drażniony centralnie zdaje się nieco zwiększać ciśnienie. Objaśnienie téj kwestyi zostawiamy dalszym poszukiwaniom.

Widoczną tedy jest rzeczą, iż nerw depressor (u królika) odgrywa zupełnie inną rolę od nerwu błędnego, iż jakkolwiek powstaje z niego, nie ma nic wspólnego z nim pod względem czynności, bo nerw błędny drażniony centralnie stanowczo żadnego wpływu nie wywiera na ciśnienie. Wprawdzie doświadczenia powyższe robione były przy nienaruszonym mózgu, nie tak jak chce p. D r e s c h f e l d. Ciekawymby było rzeczywiście faktem działanie nerwu błędnego po zniszczeniu półkul mózgowych nb. u zwierzęcia żywego. Zdaje się, iż problematyczne to działanie zapewne w żadnym z patologicznych a cóż dopiero fizyologicznych stanów nie może mieć miejsca. Zresztą przypuszczenie o podwójnego rodzaju pęczkach w nerwie błędnym nie ma żadnej podstawy, chyba wtedy dopiero, gdy pęczki nerwu depressor będą iść razem z nitkami nerwowymi nerwu błędnego, jak to zwykle czynią u innych zwierząt, lecz nie u królika (cf. nasz opis anatomiczny). Żeby jednak nie zarzucono mi niesumienności w ocenieniu doświadczeń p. D r e s c h f e l d, mimo to iż z góry odrzucić musiałem ich punkt wyjścia, jako nie naturalny i bezcelowy, powtórzyłem je i przekonałem się, iż są prawie niemożliwe. Chcąc wyciąć półkule mózgowe zmuszeni jesteśmy podwiązać obydwie tętnice szyjowe, w przeciwnym bowiem razie krwotok byłby natychmiastowo prawie zabijającym, zresztą tak postępował i p. D r e s c h f e l d. Powstrzymanie od razu dopływu krwi z dwóch wielkich tętnic rzeczywiście będzie w stanie zapobiec krwotokowi, ale nie przeszkodzi bynajmniej powstaniu niedokrewności mózdzka i mózgu nawet, zanim zdołamy otworzyć czaszkę i wyciąć półkule. Krótki ten czas trwania niedokrewności wystarcza na porażenie centr naczynio-ruchowych, które pociągnie za sobą szybkie rozszerzenie wszystkich naczyń, szczególnie brzusznych, i wywoła koniecznie opadanie ciśnienia krwi, bez względu na to, czy drażnimy nerw błędny, lub też nie. Że tak jest rzeczywiście, miałem się sposobność sam przekonać. Po podwiązaniu tętnic szyjowych, bardzo prędko ściany naczyń opadały nie tylko powyżej ligatury ale i w kierunku serca, po otworzeniu zaś brzucha znalazłem przekrwienie dochodzące do najwyższego stopnia. Takie przekrwienie naczyń brzusznych pochodzić może li tylko w skutek porażenia centr naczyniowych, gdyż coś podobnego dzieje się tylko przy przecięciu nerwów *splanchnici*, zawierających pęczki naczynio-ruchowe.

Zapatrując się bezstronnie, przyznać musimy, iż w stanie fizyologicznym, bo bez obrażeń mózgu, tylko nerw deprymujący, drażniony centralnie, działa na ciśnienie krwi.

Stwierdziwszy tym sposobem spostrzeżenia C y o n a i L u d w i g a, zadajemy sobie pytanie jaką drogą nerw depressor wywołuje tak wybitne zmiany w ciśnieniu. C y o n i L u d w i g objaśnili działanie na drodze odruchu t j., postawili hipotezę, iż pęczki nerwu depressoris oddziałują na centra naczynio-ruchowe, zmniejszają ich „tonus“ (nastrój pobudliwy) i przez to wywołując chwilowe porażenie mięśni gładkich naczyń, pozwalają

tętnicom rozszerzyć się, czego znowu koniecznym następstwem będzie opadnięcie ciśnienia. Zwrócili oni uwagę, iż szczególnie tętnice jamy brzusznej łatwo podpadają takiemu rozszerzeniu. Dla lepszego przekonania się o prawdzie postawionej hipotezy, starali się usunąć okolicę brzuszną z pod wpływu nerwów naczynio-ruchowych. Uskutecznieli to dwojaką drogą t. j., albo naciskając na aortę tuż pod przeponą, albo też przecinając *nervi splanchnici*. W pierwszym razie podczas drażnienia, znacznie podwyższone ciśnienie nie opadało, co następowało natychmiast po usunięciu ręki naciskającej aortę. W drugim razie, po przecięciu *nervi splanchnici* wystąpiło znaczne przekrwienie naczyń brzusznych i opadnięcie ciśnienia; przy podrażnieniu nerwu *depressoris* ciśnienie już więcej nie opadało, co widocznie dowodzi, iż po dokonaniu rozszerzenia naczyń na innej drodze, sfera działania nerwu badanego usuniętą została. Zdanie to C y o n a i L u d w i g a podziela i p. D r e s c h f e l d, pozostawało mi zatem tylko przekonać się, czy rzeczywiście usunięcie z pod wpływu nerwów naczynio-ruchowych ścian tętnic prawie całego ciała, da podobny wypadek jak i przecięcie nerwów *splanchnici*. W tym celu postanowiłem przecinać rdzeń kręgowy na takiej wysokości, aby zniweczyć wszystkie pęczki naczynio-ruchowe idące do tętnic tułowia i kończyn dolnych. Stosownie do teorii C y o n a i L u d w i g a po przecięciu rdzenia, drażnienie centralne nerwu deprymującego powinno było być bez skutku. I rzeczywiście doświadczenie stwierdziło to przypuszczenie. (*Dokończenie nastąpi.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie.

Spostrzeżenie H o r a c y u s z a R o b i n s o n a S t o r e r (w Bostonie).

(Dokończenie). *)

S. podaje następnie statystykę 24ch wypadków wycięcia macicy, do której dostarczyli mu nieogłoszonego dotychczas materiału: C l a y, K i m b a l l, B u r n h a m, B u o k i n g h a m. Z tych wypadków 6 zakończyło się wyzdrowieniem (1 C l a y'a, 2 B u r n h a m'a, 1 K i m b a l l'a, 1 K o e b e r l e g o i S t o r e r'a); niżej załączona tablica podaje spis śmiertelnych zakończonych wypadków.

	Nazwisko Operatora.	Przyczyna śmierci.	U w a g i.
1	Clay	Krwotok w 2 godz. po operacyi.	Wycięto nożem.
2	Clay	Wypadek 13-go dnia.	Upadnięcie na ziemię.
3	Heath	Wzruszenie w 17 godzin.	Wycięto nożem.
4	Burnham . .	„ 1 „	} we wszystkich tych wypadkach za długo odkładano operacyę.
5	„	„ 4 „	
6	„	„ 2 dni.	
7	„	Peritonitis 3-go dnia.	
8	„	„ 4-go „	
9	„	„ 4-go „	
10	„	„ 5-go „	

*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

	Nazwisko Operatora.	Przyczyna śmierci.	U w a g i.
11	Kimbal . . .	Krwotok 3-go „	Operowano nożem, zsunięcie się ligatury.
12	„	Zapalenie 10-go „	Brak profilaktycznego leczenia.
13	Burnham .	Krwotok w 12 godzin.	Operowano nożem, zsunięcie się ligatury.
14	Peaslee . . .	Peritonitis 8-go dnia.	Długie cięcie, ściśnienie kiszki, wypadnięcie jej między szwami, gangrena.
15	Baker Brown	Krwotok 2-go dnia.	Operowano nożem, zsunięcie się ligatury.
16	Wells . . .	Wstrząśnięcie 4-go dnia.	E t e r a s e u r wygiął się, klamra pękła, silny krwotok z wielkich naczyń.
17	Sands . . .	Natychmiastowy krwotok.	Operowano nożem.
18	Buckingham	Wstrząśnięcie 1-go dnia.	Nożem wycięto.

W wielkiej ilości tych wypadków używano do uspienia chloroformu, który wprawdzie zmniejsza wstrząśnienie nerwowe wywołane bólem, ale wywiera obok tego działanie deprymujące, którego przy eterze wcale nie spostrzegamy. W wielu przytoczonych wypadkach nie wiadano nic o chorobie macicy, dopóki jamy brzusznej nie otworzono, w innych trzeba było koniecznie do operacji przystąpić z powodu silnego krwotoku powstałego skutkiem paracentezy. Operacje w takich razach rzadko wykonane bywają z dokładnością i oględnością jakich ważność ich wymaga.

Przed 1863m rokiem z 17 operacyj 15 zakończyły się śmiercią = 88⁰/₀, w nowszych czasach śmiertelność zredukowała się do 75⁰/₀.

C h u r c h i l l uważa następujące okoliczności jako przemawiające przeciwko wycięciu macicy *in situ*:

1. W s t r z ą ś n i e n i e n e r w o w e, które podług B l u n d e l l a w czasie oddzielania narodziła się od macicy i jej wyjmowania z jamy brzusznej jest najsilniejsze, ale bardzo jest nieznaczne jeżeli macica przez inwersję swoje położenie zmieniła.

2. Niebezpieczny, nieraz nawet śmiertelny k r w o t o k pierwotkowy lub sekundarny.

3. Z a p a l e n i e organów jamy brzusznej i miednicy.

Każdemu z tych trzech niebezpieczeństw można, według mniemania S t o r e r'a w następujący sposób zapobiedz:

1. W s t r z ą ś n i e n i e n e r w o w e może być wywołane przy wielkich operacjach: przez silny ból, przez mniej lub więcej silny krwotok, przez przecięcie lub zgniecenie nerwów, i nareszcie przez usunięcie niezwyklego ciśnienia na nerwy. Dla zapobieżenia tym wypadkom radzi S. zachowywać następujące przepisy ostrożności:

a. Przed każdą większą operacją trzeba się starać wszelką anemią lub dyskrazją usunąć.

b. Ból i uczucie obawy należy usmierzyć przez uspienie; eter działa, według S. bezpośrednio usmierzająco na nerwy, dla tego należy mu w tym razie pierwszeństwo oddać, chloroformu używa S. tylko w puerperium. Eter winien być czysty i umiejętnie użyty;

*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

udziela on wtedy pewną tolerancją systematowi nerwowemu przeciw silnemu wrażeniu przez operację wywołanemu.

c. Z powodu silnego krwotoku przy użyciu noża należy zawsze odgniatacza używać. Przewiązanie szyjki macicy albo jajowodu jak z jednej strony nie zapobiega silnemu krwotokowi w czasie ich przecinania albo natychmiast po niem, tak z drugiej strony zsunięcie się ligatury lub owrzodzenie może spowodować w późniejszym czasie znaczny krwotok. Niebezpieczeństwo to da się zmniejszyć przez użycie ciśnienia igłą lub ligaturą z drutu podanych przez *C h a s s a i g n a c ' a* i *S i m p s o n ' a*.

d. Powolne wycinanie narośli. Przez użycie zgniatania *ecraseur'em* zamiast cięcia nożem, zapobiega się nie tylko silnemu krwotokowi, ale i wszystkie w macicy przebiegające nerwy zostają po mału jeden po drugim przecinane, a prądy w nich krążące w tym samym stosunku przerywane. Oprócz tego krążenie w tętnicach zostaje pomalu wstrzymywane a wstrząśnienie serca przez kolumnę krwi tętniczej, które przy nagłym przerwaniu krążenia w operowanej części, wywołałoby musiało, uniknione.

e. Nakoniec radzi *S.* odciętą narośl, jakiś czas przed jej ostatecznym wyjęciem, na miejscu zostawić, jak to właśnie miało miejsce w opisanym wypadku.

2. **K r w o t o k** który zwykle nie bywa tak bardzo obfity, da się według *S.* przez ligatury i szwy metalowe zatamować.

3. **Z a p a l e n i e.** W wielu wypadkach wycięcia macicy śmierć nastąpiła w pierwszej chwili reakcyi, w innych zaś nastąpiła z powodu wzburzenia albo też depresyi, systematu naczyniowego w ogóle, w innych nareszcie skutkiem miejscowo natężonej działalności naczyń: zapalenia. *C l a y* który 116 owariotomij robił, starał się uniknąć niebezpieczeństwa zwracając głównie swoją uwagę na dnie krytyczne i na profilaktyczne leczenie. To ostatnie polega na polepszeniu konstytucyi, na usunięciu tendencyi do zakażenia krwi, na leczeniu takowej, jeżeli już nastąpiła i na utrzymaniu w zdrowym stanie przyrządów trawienia. Pierwszej i drugiej indykacyi najlepiej się odpowiada przez dawanie chlorku żelaza, który nie tylko jako toniczny, ale, jak *S i m p s o n* wykazał także jako czyszczący środek działa.

Ważne jest obfite wypróżnienia kiszki przed operacją; potem można dawać opium dla wstrzymania ruchów robakowych kiszki.

Pęcherz moczowy należy długi przeciąg czasu kateterem wypróżniać. Jeżeli pacjentka nie straciła jeszcze miesięcznego odpływu, to należy na czas w którym się takowy pojawia wielką zwracać uwagę. Najlepszy czas do operacji zdaje się być wkrótce po skończeniu regularności. W wypadku opisanym przez *S t o r e r ' a*, w którym operacja dokonana była wkrótce po menstruacyi, pokazał się po wycięciu macicy i dwóch jajników, w 4 tygodnie po ostatnim odpływie miesięcznym nieznaczny krwotok, który przez 1½ dnia trwał; krew pochodziła prawdopodobnie z pozostałego szczątka *cervix uteri*, objaw który czasami w pierwszych miesiącach ciąży, daje się spostrzegać.

Następnie rozwodzi się *S t o r e r* nad indykacyami wycięcia macicy i nad techniką tej operacyi. Indykacye są, według niego daleko częstsze aniżeli to powszechnie przyznają, co doświadczenia *C l a y ' a* i *S p e n c e r W e l l s ' a* mają stwierdzać. Dalej zwraca uwagę na to, że trzeba, żeby pacjentka jakiś czas przed operacją w miejscu tem mieszkała gdzie ma po operacyi przebywać; prywatne mieszkanie przekłada on nad najlepszy szpital. Jeżeli zdecydowano operować, to nie należy narośli częstym obmacywaniem rozdrażniać. *S.* kładzie wielki nacisk na utrzymanie jednostajnej temperatury (koło 19°C) w sali operacyjnej.

Uśpienie eterem uważa on za niezbędnie potrzebne i radzi pacjentkę krótki czas po operacyi w tém uśpieniu utrzymać.

Cięcie w ścianie brzusznej powinno być jak można najmniejsze. Wszelkie zrosnięcia należy oderwać albo lepiej *en masse* u r'e m oddzielać. Narzędzie to również poleca S. bardzo usilnie do odcinania narośli jajników i przecinania *cervix uteri*; do wszystkich ligatur radzi używać drutu.

Przy wycinaniu macicy wypada jednocześnie jajniki oddzielić. Po operacji przywiązuje S. wielką wagę do pożywnych pokarmów, odpowiednich sile tętna, i do pokonywania wszelkich gorączkowych objawów przez *veratrum viride*, którego użycie w tym razie świetnie ma skutki odnosić. Im mniej opium dano t'ém lepiej, w razie potrzeby najlepiej je dawać *per rectum*. Pierwszy stolec po operacji, nawet przez lewatywę wywołany, i pierwszy powrót menstruacyi sprowadzają za sobą szczególne niebezpieczeństwo.

Nakoniec stawia S. następujące zdania:

1. Daleko większą ilość narośli jajników można operować, aniżeli to dotychczas za stosowne uważano.
2. Wielką ilość fibroznych i fibrotorbielowych narośli macicy można ze szczęśliwym rezultatem operować.
3. W wielu wypadkach, nieszczęśliwie zakończonych, przyczyną śmiertelnego zejścia było: zaniedbanie najprostszycb przepisów ostrożności, albo odkładanie operacyi do chwili w której pacjentka już blizką śmierci była, albo nareszcie okoliczność ta, że operator po otworzeniu jamy brzusznej stracił odwagę i nie dokończył jak się należy operacyi. F.

Wiadomości bieżące.

— Dawka i znaczenie lekarskie kwasu karbolowego. Dr. H. W. Fuller, naczelny lekarz szpitala londyńskiego St. George, zamieścił w „*Brit. med. Journal*“ (20 lutego b. r. Nr. 425) swoje doświadczenia nad środkiem w nowszych czasach tak wysoko cenionym, których najistotniejsze wyniki czytelnikom naszym podajemy. Doświadczenia Fullera opierają się na czteroletnich spostrzeżeniach w szpitalu.

Najpierwszém zadaniem jego prób było: zbadać największą dawkę kwasu karbolowego, któraby mogła być podaną bez zaszkożenia organizmowi, ustalić wpływ jego na tętno i wydzielanie, nakoniec wyświecić, czy ogólne leczenie pozwala się udowodnić z pewną rzeczywistością.

Ponieważ sam nigdy przedt'ém środka tego w e w n ę t r z n i e nie stosował, i nie czytał nigdzie o większych dawkach nad 2 minimy, z tego powodu rozpoczął swoje doświadczenia od zadania 2 minimów (1 minim = 0,059 kub. cent.), rozpuszczonych w 1 drach. gliceryny i 11tu drachmach wody destyll. Ta ilość była podana w przeciągu doby 3—4 razy dziennie. Gdy jednak F. po t'ej dawce nie widział żadnego skutku, zaczął zwiększać ją o jeden minim przez wszystkie następne doby dotąd, dopóki chory albo wcale nie był już w stanie przyjąć lekarstwa, albo też skarżył się na nieprzyjemne objawy. Tym sposobem znalazł, że dorośli, szczególniej mężczyźni, którzy używali przedt'ém napojów wysokowych, mogli przyjmować 10—12, a nawet 15 minimów dziennie (3—4 razy dniem) i to przez długi czas bez najmniejszych wahań; lecz większa część indywiduów, szczególniej kobiet, zaczęła się nadzwyczaj uskarżać, gdy dawkę podwyższono na 8 do 10ciu minimów, dla tych 6—8 minimów było największą dawką.

Nieprzyjemne te objawy, wywołane powiększoną dawką, są: uczucie palenia w gardle, właściwe uczucie zawrotu i ciężkości głowy, które występowały u niektórych indywiduów już w 2 minut po przyjęciu, u innych dopiero po upływie 6—8 minut. Dolegliwości takie trwały już 10—15 minut, już do jednej godziny. W żadnym przypadku nie było objawów ze strony twarzy, ale w jednym był silny zawrót, po którym wystąpił zimny pot i słaby puls.

Doświadczenia nad fizyologiczném działaniem kwasu karbolowego były przeprowadzone tak na zdrowych jak i na chorych indywiduach. U zdrowych objawił się po użyciu umiarkowanych dawek (4—6 minimów) szczególny wpływ na występowanie w moczu właściwój barwy zielonój i na znikanie wszelkich osadów moczowych. Oba te objawy były nadzwyczaj uderzającemi przy większych dawkach (8—10 minimów); natężenie zielonój barwy moczu było znaczniejsze. Znikanie

osadów kamienistych w moczu stało w prostym stosunku do dawek kwasu karbolowego. Kwas karbolowy jest istotnie bardzo potężnym środkiem do uwolnienia moczu od osadów kamienistych. Powiększa on albo pomniejsza ilość moczu, albo wywiera działanie na jego ciężar właściwy; nie wpływa na wypróżnienia kiszki, zmniejsza jednak zadziwiająco nieprzyjemny zapach odchodów; nie wpływa ani na temperaturę ciała ani na tętno, chyba tylko wtedy, gdy jest w bardzo wielkich dawkach użyty, przy czém spotykamy wyżej przytoczone objawy: zimny pot i zawrót.

Z powodu działania na znikanie osadów kamienistych, próbował F. kwasu karbolowego w podagrze (*arthritis*) w pełnych dawkach (8—10 minimów); mocz stał się jasnym, lecz objawy podagry nie ustąpiły. Takież sam rezultat otrzymał i w gościecu (*rheumatismus*).

W przypadkach dyspepsy i fermentacyjnej (*of the fermentative class*), której towarzyszy obfite wytwarzanie się gazów w żołądku i stolce cuchnące, działanie kwasu karbolowego było bardzo zadawalniające; 6—8 minimów pobudza żołądek w pomieniony sposób; występuje wtedy silny rozwój gazów, a po tém rzeczywista ulga. Z wyjątkiem węgla drzewnego (*charcoal*) nie znamy żadnego drugiego, tak skutecznie w tych chorobach działającego środka, a działa on często jeszcze łagodnie, gdy węgiel sprowadza klucie.

W gorączkach tyfoidalnych lub gastrycznych, w których *a priori* oczekiwacby należało wielkiej usługi od kwasu karbolowego, nie mógł F. sprawdzić żadnego skutku.

Przy płonicy (*scarlatina*) znalazł F. w jednym przypadku kwas karbolowy użytecznym. „Przy znaném działaniu jadu płonicowego na narkotyzację żołądka kwas karbolowy byłby godnym dalszych poszukiwań.

Przy suchotach (*phthisis*) również F. stosował go w postaci sproszkowanej ze skutkiem, szczególniej przy zgorzeli płuc, usuwając nieprzyjemną woń expectoracyj; przy błonicy (*diphtheritis*), przy której jeszcze więcej skuteczniejszym okazał się *Permanganas lexivae* w formie nakurzań według doświadczeń F.; nakoniec we wszystkich przypadkach, gdzie się starano o zmniejszenie drażliwości błony śluzowej przewodów oddechowych i ułatwienie jej wydzielin.

— W dniu 22 czerwca b. r. w auli Szkoły Głównej odbyła się obrona rozprawy p. Czajewicza na stopień Dra medycyny p. n. „O tkance tłuszczowej i jej znaczeniu fizyologiczném.“ (Warszawa, 1867 r., str. 124); w d. zaś 25 t. m. p. Portner bronił swęj rozprawy p. t. „O działaniu soli potażowych na krążenie krwi.“ (Warszawa, 1869 r., str. 110). Sprawozdanie o naukowej wartości tych rozpraw podamy w jednym z przyszłych numerów tego pisma.

— W dniu 6 czerwca b. r. przez ministra spraw wewnętrznych zatwierdzoną została Ustawa ambulatorium polikliniki dzieciennęj w Warszawie, z napisem na drzwiach wchodowych: „Dziecienne ambulatorium lekarzy Dudrewicza i Szancera. Opłata konsultacyi od każdego chorego ustanawia się po 15 kop. sr.

— *Birż. Wiadom.* donoszą, że Postanowienie komitetu do spraw Królestwa Polskiego względem przekształcenia Szkoły Głównej warszawskiej na Uniwersytet, urządzenia instytutu gospodarstwa wiejskiego w Nowęj Aleksandryi, i przekształcenia gimnazjum realnego w Łodzi na wyższą szkołę rzemieślniczą, uzyskało Najwyższe zatwierdzenie w poniedziałek 9go czerwca. (Dz. W.)

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

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1869 do 1 stycznia 1870 r.) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1870 r. sr. 48.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1870 r. sr. 1.

TREŚĆ: **Prace oryginalne.** Chrząstniak ramienia (*enchondroma humeri*) niezwykłych rozmiarów. Spostrzeżenie Prof. Girsztowta. Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*). Przez Aleksandra Stockmanna. (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna.** Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie. Spostrzeżenie Horacyusza Robinsona Storer (w Bostonie). (Dokończenie). **Wiadomości bieżące.** Dawka i znaczenie lekarskie kwasu karbolowego. Doktoryzacye. Dziecinne ambulatorium lekarzy Dudrewicza i Szancera. Uniwersytet Warszawski. **Dodatek.** Farmakologii arkusz 14-ty Tomu IIgo, Toksykologii arkusz 12-ty, Pediatrii arkusz 12-ty.

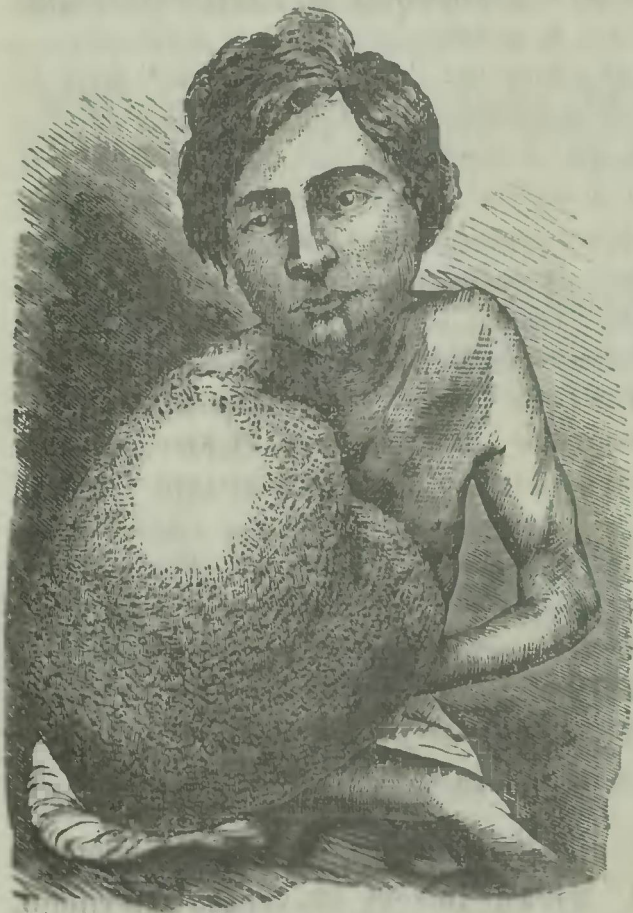
Chrząstniak ramienia (*enchondroma humeri*) niezwykłych rozmiarów.

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

W dniu 2 czerwca b. r. wszedł do kliniki chirurgicznej szpitala Dzieciątka Jezus Z. M., czeladnik młynarski, lat 24 wieku liczący, wzrostu miernego, stosownie do swego wieku wątko zbudowany, wychudły. Z. M. ma na ramieniu prawém olbrzymią narośl (*tumor*), kształtu gruszki, ze wszystkich stron ramię opasującą i rozciągającą się od stawu barkowego (*articulatio humeri*) aż do 1/4 dolnej części ramienia. Wymiary téj narośli są następujące: obwód w miejscu najgrubszym wynosi 89 centymetrów, obwód końca górnego guza sięga 55 cent., końca zaś dolnego. w miejscu gdzie przechodzi w ramię, 32 ctm. Wymiar podłużny przedni dochodzi do 40 ctm., podłużny tylny do 38 ctm., podłużny zaś wewnętrzny ma 17 ctm. Na narośli siedzą jeszcze dwie płaskie wypukłości w kształcie odcinków kul: jedna mniejsza na stronie zewnętrznej górnej, w miejscu odpowiadającém położeniu mięśnia naramiennego (11 ctm. średnicy), druga zaś większa na stronie przedniej guza (16 ctm.); ztąd to cała narośl wygląda jakby złożoną była z trzech zrazów, przedzielonych jasno wyrażonemi bruzdami. W samym środku przedniej wypukłości spostrzega się otwór

wielkości dwugroszniaka, brzegi którego pokryte są masą gąbczastą wystającą na 2 linje nad powierzchnię skóry, łatwo krwawiącą; z otworu tego sączy się płyn żółtawy, przezroczysty, gęstości surowicy. Skóra guz pokrywająca w jednych miejscach jest gładką, w drugich zaś nierówną, chropawą, usianą brodawkami skórnymi, przerosłemi do wielkości główek szpilkowych; barwa jej naturalna, miejscami lekko zaczerwieniona. Na powierzchni całej narośli znajduje się sieć rozszerzonych i nastrożonych krwionośnych naczyń, które na przedniej części rozszerzają się i dochodzą do grubości pióra kruczego,

Fig. 1sza.



Zaworski Marcin. Chrzęstniak ramienia (*enchondroma humeri*). (Podług fotografii Brandla).

a w niektórych miejscach nawet gęsiego. Skóra na guzie nie przesuwalna, w fałdy ująć się nie daje, dopiero na końcu górnym i dolnym staje się ruchomą. Konsystencya nowotworu w rozmaitych miejscach jest odmienną, w ogóle jednak powiedzieć można, że jest twardą, sprężystą: już to podobna do tój, jaką daje przy pociskaniu palcami gałka oczna, już to chrząstkowata, sprężysta, chęłbocząca. Ta nienormalna odporność nie kończy się tam, gdzie skóra zaczyna być przesuwalną, przeciwnie ku górze sięga dalej, zajmuje brzeg wyrostka barkowego i brzeg zewnętrzny łopatki. Guz przy pociskaniu jest bolesny, ale nie we wszystkich miejscach jednostajnie: najboleśniejsze są punkta twarde, chrząstkowate; od czasu do czasu bóle przychodzą dobrowolnie, (bez nacisku) i są albo kłujące, albo téż strzelające, promieniejące od górnego do zewnętrznego końca guza, a czasem nawet aż do palców. Temperatura narośli jest nieco podwyższona. Ruchów czynnych ramieniem chory wykonywać nie może, drugą jednak ręką unosi guz jakby obce ciało i przytem czuje mocne ciężenie. Ruchy bierne, jakkolwiek bardzo ograniczone, w stawie barkowym wywołać można, a to przez ustalenie (*immobilisatio*) łopatki i uniesienie lub opuszczanie chorego ramienia, jak również przez wykonanie obrotów na zewnątrz, na wewnątrz, a nawet około osi (*abductio, adductio, rotatio*). Na dolnym końcu guza ciągłość (*continuitas, integritas*) kości ramieniowej jest zniszczona: ująwszy bowiem rękami dolny koniec ramienia zaraz powyżej stawu łokciowego wykonać można ruchy obrotowe w tém miejscu, gdzie zdrowy dolny koniec kości wybiega z dolnego końca guza; nienormalne te ruchy są tak swobodne, jakby w tém miejscu był wytworzony dokładny staw wrzekomy

Fig. 1sza.

(*pseudarthrosis*). Gruczoły podpachowe bynajmniej nie obrzmiały; w kącie dołu pachowego wyczuwa się wyraźne tętnienie tętnicy pachowej po za obrębem guza. Części miękkie powyżej i poniżej guza (okolica barkowa, przedramię, ręka) surowiczo nacieknięte (*oedema*).

Co do stanu ogólnego: chory bardzo wyniszczony, najchętniej zostaje w łóżku, w położeniu nawpół siedzącym, zdrową ręką podtrzymuje guz, głowę zaś opiera na przedniej wyniosłości nowotworu. Skóra na całej powierzchni ciała żółtawa, tkanka łączno-tłuszczowa słabo rozwinięta, mięśnie wiotkie. W prawej połowie klatki piersiowej szmery oddechowe mniej wyraźne; śledziona i wątroba powiększone; mocza wydziela się prawidłowo, białka nie zawiera; w żołądku i kiszka objawy nieżytu chronicznego; umysłowe zdolności dosyć tępe.

O powstaniu i rozwoju guza dowiedzieliśmy się co następuje: chory, jakkolwiek od urodzenia wątpy, wciąż jednak będąc zdrow zupełnie, na początku jesieni roku zeszłego, bez żadnej przyczyny, doznawać zaczął strzykania w całej prawej kończynie górnej. Strzykanie to, z początku rzadko się zjawiające, z czasem stało się tak częstym i dokuczliwym, że chory zmuszony był zaprzestać zwykłej pracy. W połowie m-ca stycznia r. b. chory przypadkowo wymacał na górnej przedniej powierzchni ramienia prawego guzik wielkości orzecha łaskowego, twardego, nieco bolesny, nieruchomy. Guzeł ten rosnął prędko, tak że w ciągu kilku tygodni doszedł do wielkości pięści; następnie z każdym prawie dniem bardziej się powiększał w objętości i obejmować zaczął ramię ze wszystkich stron. Dopiero rozwój guza zdawał się być jeszcze gwałtowniejszym i rzeczywiście w ciągu ostatnich czterech miesięcy doszedł on do olbrzymich rozmiarów, wyżej podanych. W miarę powiększania się guza ruchy kończyny stopniowo stały się utrudnionymi, a w końcu i zupełnie niemożliwymi. Przed miesiącem na przedniej powierzchni guza z początku jednolitego, powstawać zaczęła wypukłość, a przed parą tygodniami druga mniejszej objętości. W tym też czasie w samym środku wypukłości pierwszej utworzył się mały guziczek, na którym gdy naskórek oddzielił się, pozostało owrzodzenie powierzchowne; następnie we środku wrzodu powstał otwór prowadzący aż do środka narośli, (*fi-stula*) brzegi zaś jego pokryły się bujną ziarniną. W tym krótkim czasie prędkiego rozwoju guza chory opadał na siłach i znacznie wychudł, apetyt jednakże i trawienie zostały zachowane; stan wciąż był bezgorączkowy.

Zestawiając powyższe objawy kliniczne, tworzące fizyognomię fizyczną guza, oraz uwzględniając czas rozwoju tej narośli, co do istoty tego nowotworu makroskopijnie możemy zrobić trzy przypuszczenia: 1) albo guz ten złożony jest z pierwiastków anatomicznych rakowych (*carcinoma*), 2) albo tworzą go elementy mięsakowe (*sarcoma*), lub 3) w końcu, główną składową jego częścią jest chrząstniak (*enchondroma*) prosty, albo chrząstniak kostnawy (*chondroma osteoides, v. desmochondroma*). Jakkolwiek wszystkie trzy te nowotwory pod wielu względami praktycznymi różnią się od siebie, co z jednej strony ułatwia wprawdzie ich rozpoznanie, z drugiej jednak mają też one wiele cech wspólnych tak w swoim przebiegu, jak i we wpływie na organizm, tak, że ostatecznie o ich bu-

dowie i naturze przekonać się tylko możemy z mikroskopijnego badania. Zupełnie nie zajęte sprawą chorobną najbliższe do guza gruczoły limfatyczne wykluczały rak kości, odporność twarda narośli przemawiała za chrząstniakiem, nadzwyczajna znowu prędkość rośnienia guza i nie zwykłe rozmiary jego zdawały się świadczyć o naturze jego mięsakowej. Badanie mikroskopijne wykazało, że nowotwór ten był chrząstniakiem, jakkolwiek przeciwko temu najwyraźniej mówiły czas rozwoju, który w chrząstniakach jest nader powolnym, i wielkość guza; do dziś dnia bowiem opisane chrząstniaki objętością swoją nie sięgały więcej nad główkę dziecka.

Nowotwory, o których mowa, wszystkie są natury złośliwej, bo rozsiewanie się (*disseminatio*) i rozpowszechnienie się (*generalisatio*), a zatem i zakażenie (*infectio*) wszystkim są wspólne. Jakkolwiek złośliwość ta jest względna i w każdym z tych nowotworów sobie właściwa, jednakże powiedzieć można, że rokowanie w każdym z nich jest złe, i jedyną, chociaż czasową, deszczułką zbawienia chorych, jest wczesne usunięcie tych nowotworów z organizmu, to jest przed ich rozpowszechnieniem się i zakażeniem następczém ustroju.

Stając na takim punkcie widzenia rzeczy, jedyny sposób ratowania naszego chorego upatrywaliśmy w zupełném odjęciu guza razem z chorą kończyną. Stosunki anatomiczne dozwalały wykonanie wyłuszczenia ramienia (*exarticulatio humeri*), chory zaś jakkolwiek był wyniszczony, ale stan jego bezgorączkowy i wszystkie organa zdrowe pozwalały spodziewać się dobrego zejścia operacji, propozycję której jak przyjął chory ze skwapliwością, tak z niecierpliwością wyglądał jój wykonania.

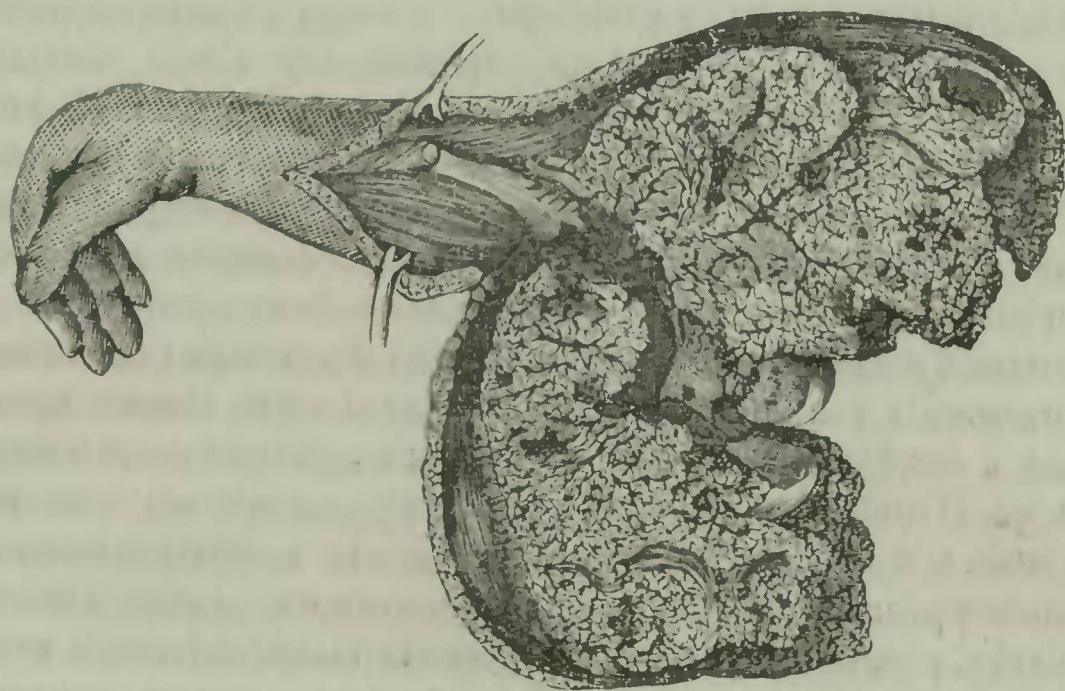
Przed przystąpieniem do zamierzonego wyłuszczenia ramienia zarządziliśmy najprzód w d. 3 czerwca zdjęcie modelu gipsowego z guza i nadto tegoż dnia chory posłany był do fotografa celem zdjęcia portretu jego samego i narośli. Po dokonaniu tego wszystkiego chory uczuł się mocno zmęczonym, przytém okazał się wielki ból w guzie i wieczorem wystąpiły dreszcze, które odtąd codziennie po dwa razy przychodziły; chory stracił apetyt, język stał się nieczysty, tętno uderza 112 razy na minutę, temperatura 39,8, ciepłota guza zwiększyła się, z przetoki sączyć się zaczęła znacznie większa ilość płynu brudnego, posoczystego, cuchnącego. Na guz zastosowaliśmy zimny okład, po lekkim przeczyszczeniu chorego, przeznaczyliśmy mu po 5 granów *chinini sulfurici* trzy razy dziem. Objawy te odnieśliśmy na karb zaczynającego się zakażenia chorego rozpadowemi pierwiastkami nowotworu (*septicaemia*). W takim położeniu rzeczy o operacji mowy już być nie mogło. 4go czerwca: tętno 124, miękkie, temperatura 40°; wieczorem chory majaczy. 5go czerwca z rana: tętno 128, ciepłota 40°; tegoż dnia wieczorem: tętno 128, temperatura 40,8°, chory majaczy. 6go czerwca: chory nadzwyczajnie osłabiony, tętno 128, temp. 40,8°. 7go czerwca z rana: chory nie spał noc całą, ciągłe majaczenie, tętno 134, temperatura 40,4°. Wieczorem tegoż dnia: tętno 138°, drobne; temperatura 39,8; na zewnętrznej powierzchni guza wystąpiły pęcherze zgorzelinowe; płyn w nich rzadki, mętny, cuchnący; ręce chłodne, majaczenie ciche, ciągłe, skóra

ma odcień brudno-żółtawy, oczy połyskujące, język suchy. O godzinie 12tej w nocy (z dnia 7 na 8 czerwca) śmierć.

Sekeya wykazała obecność ostrój ociekliny błon mózgowych i mózgu oraz płuca lewego (*oedema acutum meningum, cerebri et pulmonis sinistri*); płuco prawe za pomocą utworów błoniastych przyrośnięte do ściany klatki piersiowej. Śledziona we wszystkich wymiarach powiększona blisko o $\frac{1}{3}$ część swęj wielkości; prawy płat wątroby także powiększony. W kiszkaeh i żołądku objawy nieżytu; zresztą w innych organach nie nieprawidłowego nie było.

Po zrobieniu na trupie wyłuszczenia ramienia przekonałiśmy się, że nowotwór zachodził na łopatkę, mianowicie do dołu nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego (*fossa supraspinata et infraspinata scapulae*), na kąt górny zewnętrzny łopatki, mianowicie na szyjkę (*collum*) jego, dołek zaś stawowy (*cavitas glenoidea*) był zupełnie wolny, jakkolwiek chrząstka stawowa była nieco już rozpulchniona. Po przecięciu guza w podłużnym jego wymiarze (fig. 2a) przekonujemy się,

Fig. 2a.



Rysował z natury M. Świątkowski.

Powierzchnia rozkroju chrząstniaka. Na niej postrzegamy postępując od zewnątrz: skórę i tkankę łączno-tłuszczową, mięśnie, zrazikowatą budowę chrząstniaka, a w miąższu nowotworu liczne doły (*lacunae*), kość ramieniową, której $\frac{2}{3}$ części zniszczone, chrząstkę na główce kości ramieniowej w części zachowaną, jak również dolną $\frac{1}{3}$ część ramienia.

zniszczona, w miejscu zaś zetknięcia z dołkiem stawowym kłykcia łopatki zachowana. Na powierzchni rozkroju nowotworu postępując od zewnątrz ku wewnątrz gołym okiem postrzegamy: skórę zrosniętą z tkanką łączno-tłuszczową, mięśnie wiotkie, rozciągnięte, jakby w zaniku, masę nowotworu złożoną ze zrazików, w których liczne doły (*lacunae*) jakby torbiele (*cystides*) wypełnione lepkiem

nywamy się, że $\frac{2}{3}$ górne kości ramieniowej zupełnie przeistoczone na chrząstkę, koniec zaś dolny wybiegający z guza jest wolny, ruchomy, jakby tworzył staw wrzeczkowy. Chrząstka stawowa, pokrywająca główkę ramienia (*capitulum humeri*) w części

płynem. Barwa nowotworu biało-szarawa, połyskująca, miejscami zarumieniona. Na dotykaniu odporność guza w rozmaitych miejscach różna.

Badanie mikroskopijne nowotworu uskutecznił Prof. B r o d o w s k i, oto jego opis :

„Nowotwór, na powierzchni rozkroju którego dawały się postrzegać liczne jamki wypełnione po większej części płynem ciągnącym się, zawierającym mucynę, a największe ze zlania się drobniejszych powstałe przy samej powierzchni pod skórą — płynem posokowatym, posiadał bardzo wyraźną budowę płatowato-zrazikowatą. Drobne zraziki tego nowotworu biało-szarawe nakszałt chrząstki połyskujące, miejscami bardziej skupione poprzedzielane cienkimi biało-żółtawymi przegródkami, miejscami coraz bardziej pooddalane od siebie, rozproszone w pośród obfitej w naczynia tkanki. Dzieląca zaś płaty tego nowotworu tkanka tak pod względem stopnia skupienia jak i zabarwienia przedstawiała wielką różnorodność.

Przeważną składową częścią w mowie będącego nowotworu okazała się być tkanka chrzęstna po większej części szklistawa, lub włóknista, miejscami siatkowata. Całe zraziki składały się miejscami z jednego rodzaju chrząstki, miejscami zaś w jednym zraziku można było napotkać dwa albo i wszystkie trzy rodzaje tej tkanki. Komórki po większej części duże, okrągłe lub podługowate, niekiedy po kilka i kilkanaście w jednej torebce, zwłaszcza w chrząstce szklistawej. Takie same komórki i podobne gromady znajdowały się także i wśród substancji zasadniczej włóknistej; łatwo się więc domyślić, że się zdarzały w takich miejscach obrazy wielce przypominające budowę raka. Stosunek komórek do substancji zasadniczej okazywał się także różnorodnym; po większej jednak części przeważały komórki. Zraziki chrzęstne dzieliła tkanka łączna, przeważnie luźna o dosyć dużych wrzecionowatych, a miejscami i dosyć licznych komórkach a więc zbliżająca się niekiedy do tkanki mięsakowej. Im luźniejsza była tkanka, tym więcej i tym większe zawierała naczynia włosowate. Ztąd także mocno miejscami czerwona barwa tego nowotworu. Jamki, o których wyżej była wzmianka, powstawały w skutek mięknięcia tkanki chrzęstnej wywołwanego już to zbyt wielkim mnożeniem się komórek (w tych miejscach komórki były drobne), już tłuszczeniem ich i następczym rozpadem. Tak jednemu jak drugiemu towarzyszyła przemiana śluzowa substancji zasadniczej. Ze zbyt wielkim mnożeniem się komórek częściej można się było spotkać w chrząstce szklistawej, ze stłuszczeniem zaś ich w włóknistej. W ogóle przyczyną mięknięcia nowotworu w danym wypadku, a więc i powstawania jamek częściej było tłuszczenie niż wzmiankowane mnożenie się komórek. Nadmieniamy w końcu że szybkie powiększanie się objętości nowotworu jakie w ostatnich czasach miało miejsce, zależało przeważnie od szerzenia się wspomnianych przemian wstecznych (śluzowej i tłuszczenia), w skutek których nie tylko tkanka mocno pęczniała zanim się rozpuściła, lecz następnie i ilość płynu się zwiększała. Ze nagromadzone w znacznej ilości produkty rozpadu tego przy samej jego powierzchni (jak o tym wyżej była wzmianka) sposoczały, to nikogo nie zadziwi.“

Przypadek powyżej opisany zasługuje na uwagę ze względu na siedlisko, prędkość rozwoju i wielkość rozmiarów. Co do siedliska należy on do chrząstniaków rzadszych. C. O. W e b e r zebrał 250 przypadków chrząstniaków kostnych, z których 103 przypadło na kości ręki, 24 na kości stopy, 20 na piszczel, 15 na żuchwę, 14 na kości miednicy, 11 na łopatkę, 9 na żebra, po 8 na szczękę górną i strzałkę, i po 19 na kości: udową i ramieniową. Jaka tkanka dała początek temu nowotworowi, czy tkanka łączna okostnej (*enchondroma periosteale, periphæricum*), czy też powstał on z wnętrza kości (*enchondroma centrale*), z tkanki łącznej szpiku kostnego, albo otaczającej naczynia, lub wreszcie z ciałek tkanki kostnej, albo też z powstałej wśród kości cząsteczki nie skostniałej chrząstki? trudno odpowiedzieć. Z jednej strony uważając, że nowotwór z początku wystąpił pod formą małego, nieruchomego guzika na wewnętrznej powierzchni ramienia, możnaby przypuścić, że on powstał z okostnej, z drugiej zaś zwracając uwagę, że nowotwór ten bardzo prędko opasał całą kość ramieniową, którą w całości przeistoczył na tkankę chrzęstną i jej ciągłość na dolnym końcu zniszczył, można też przypuścić, że punktem jego wyjścia były tkanki wchodzące do składu wnętrza kości. Przyjmując nawet, że współcześnie rozwijał się i wewnątrz kości i z okostnej, i że we wnętrzu kości od razu nawet liczne powstały jego ogniska, ta gwałtowność rozwoju w obec zwykłego powolnego (10—20—40 lat) tych nowotworów rośnięcia, zostanie nie rozwiązana. Nadto czas wzrostu tak krótki, w ciągu którego doszedł do tak olbrzymich rozmiarów, oraz krótkotrwałość jego czynią ten nowotwór wyjątkowym. Największa objętość chrząstniaków po dziś dzień znanych nie przewyższała głowy dziecka, a nawet dwa historyczne chrząstniaki żuchwy opisane przez D i e f f e n b a c h'a i S y m e'a, w których nowotwór sięgał do połowy klatki piersiowej, stosunkowo są mniejsze od powyżej opisanego. W miarę prędkiego wzrostu uległ również prędko przeistoczeniu wstecznemu, polegającemu na mięknieniu (*remollitio*) i topnieniu (*colliquatio*) nowotworu za pośrednictwem stłuszczenia (*deg. adiposa*) komórek chrzęstnych i przemiany śluzowej substancji międzykomórkowej; w skutku czego powstały w narośli jamy (*lacunae, cavernae*), torbiele (*cystae*), a tkanka guza przechodząc w martwienie (*mortificatio*), dała powód do głębokiego owrzodzenia, utworzenia przetoki, z której posoka cuchnąca, jakkolwiek wydzielała się na zewnątrz, jednakże współcześnie została wessaną do ogólnego obiegu krwi, i spowodowała jej zakażenie (*septicaemia*) i śmierć chorego. Na tej tylko drodze to smutne zejście objaśnić można, bo ani rozsiewania się (*disseminatio*) elementów nowotworu na sąsiednie lub odległe tkanki i organa, ani też mnogości (*multiplicitas*) jego nie było, a w końcu żadnego powikłania z innymi nowotworami złośliwymi (rak, mięsak, rakowiec) mikroskop nie wykrył. Przyczyny narośli w danym wypadku pozostają również tajemnicą: nowotwór bowiem nie był wrodzonym, usposobienia dziedzicznego dopatrzeć też nie można było, nie powstał w wieku dziecięcym, ani też mechanicznemu obrażeniu miejsce chore nigdy nie podlegało.

W liczbie chrząstniaków kostnych, występujących w kształcie guzów, przez nas obserwowanych, przypadek ten co do okolicy ciała jest pierwszym. Mieliśmy

sposobność obserwowania chrząstniaków żuchwy i z tego powodu zrobienia jej rezekeji 6 razy; chrząstniaka szczęki górnej przez wypłowaie tej kości operowaliśmy 1 raz; na kościach ręki widzieliśmy chrząstniaki 8 razy, z powodu których wykonaliśmy już to odjęcie palców, wyluszczenie samego nowotworu, a 1 raz zmuszeni byliśmy amputować nawet przedramię; na żebrach obserwowaliśmy narosty chrzęstne 2 razy; na piszczeli (*tibia*) z współczesnym szerzeniem się nowotworu (*per contiguitatem*) i na dolny koniec kości udowej 1 raz. Chrząstniaki części miękkich, które nierównie są rzadsze od kostnych (1 : 5) obserwowaliśmy w jądrach (3 razy), w śliniance przyusznój i podszczękowej (po 2 razy), w jajniku 1 raz.

Nadto chrząstniaki z kostniny (*callus*) rozwinięte (przy zboczeniu podłużnym odłamów kostnych) widzieliśmy 2 razy, i 1 raz w stawie wrzekowym (*pseudarthrosis*) u kobiety, dla uleczenia którego zrobiliśmy w tym roku w naszej klinice chirurgicznej Szpitala Dzieciątka Jezus wypłowanie końców kości nowego wrzekomego stawu razem z chrząstniakiem, ale bez skutku, chora bowiem w skutku wycięczenia umarła.

Po wycięciach chrząstniaków z części miękkich, jakoto z jądra i z gruczołu podszczękowego, ani recydywy, ani generalizacji ich nie obserwowaliśmy; jakkolwiek podobne przypadki przytaczane są przez *V i r c h o w'a* i *W e b e r'a* i służą za dowód złośliwości nowotworu, o którym mowa.

Działanie odruchowe jednego z nerwów czuciowych serca na ciśnienie krwi w naczyniach (*Nervus depressor Cyoni et Ludwigi*).

Przez Aleksandra Stockmanna.

(Ciąg dalszy). *)

Doświadczenia robione przy pomocy kymografionu, dały zupełnie podobny rezultat. Przytaczam niektóre tylko cyfry, rozumie się wypadkowe, średnie z licznych wachai i fal krzywój wykręślonój. Doświadczenia te robiłem również bez i przy pomocy kurary.

Doświadczenie I z dnia 3 maja 1869 r. na zwierzęciu nienarkotyzowanym.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie naj- mniejszych.	Siła prądu.	Tętno.
Przed podrażnieniem	82	—	—	240
Przy podrażnieniu	58	56	130	na minutę. 240
Po podrażnieniu	80	—	—	240
Po podrażnieniu	92	—	—	240
Przy podrażnieniu	64	60	130	210

*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie najwyższe.	Ciśnienie najniższe.	Tętno.	Sila prądu.
Przed podrażnien. .	90	—	—	230	—
Przy podrażnieniu .	58	—	52	210	130
Po podrażnieniu .	88	92	—	240	—
Przy podrażnieniu .	64	—	58	225	130
Po podrażnieniu .	86	92	—	240	—

Doświadczenie II z dnia 4-go maja 1859 r. Zwierzę kurarą zatrute, sztuczna respiracya.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie najwyższe.	Ciśnienie najniższe.	Tętno.	Sila prądu.
Przed podrażnien. .	122	132	—	Tętna nie można było	—
Przy podrażnieniu .	92	—	84	policzyć	130
Po podrażnieniu . .	108	112	—	z przyczyny	—
Przed podrażnien. .	116	126	—	niewyraź-	—
Przy podrażnieniu .	94	—	80	nych fal.	120
Po podrażnieniu . .	112	128	—	—	—
Przy podrażnieniu .	98	—	92	—	120
Po podrażnieniu . .	104	120	—	—	—

Doświadczenie III z dnia 6-go maja 1869 r. Zwierzę kurarą zatrute.

	Ciśnien. śred. w młm. rtęci.	Ciśnienie najwyższe.	Ciśnienie najniższe.	Tętno.	Sila prądu.
Przed podrażnien. .	82	86	—	—	—
Przy podrażnieniu .	56	—	48	—	130

Widzimy z powyższych doświadczeń, iż drażnienie centralnego końca nerwu depressor zawsze wywołuje znaczne opadnięcie ciśnienia w naczyniach bez względu na to, czy zwierzę było porażonem lub nie, za pomocą kurary. Co do tętna, to nie zdarzało mi się widzieć tak regularnego zmniejszenia liczby uderzeń, ani téż systematyczności w zwiększeniu, jak to podają C y o n i L u d w i g, to tylko nadmienię, że przy podrażnieniu nerwu depressor, fale krwi w tętnicy *carotis* widocznie wolniały zwiększając swą długość i wysokość; po usunięciu strumienia drażniącego, fale stawały się krótszemi i drobniejszymi. Nie ulega zatém wątpliwości, iż mamy do czynienia z nerwem przeważny wpływ na ciśnienie wywierającym. Ponieważ nerw ten bierze początek z nerwu błędnego, należało się przekonać czy i sam nerw błędny drażniony w części swój centralnej, lub inne jego gałęzie w podobnyż sposób drażnione

dadzą takiż sam rezultat. W tym celu u królika odpreparowano nerw błędny, sympatyczny oraz depressor lewej strony i nerw krtaniowy górny. Depressor i nerw *laryngeus* przecięto, pozostawiając nerw błędny nienaruszonym. Następnie wprowadzono kaniulę do tętnicy *carotis* i drażniono kolejno wypreparowane nerwy. Nadmieniam tutaj, iż zwierzę nie było zatrute kurarą.

Doświadczenie z dnia 7 maja 1869 r. daje następujący szereg cyfr.

	Ciśnienie w młm. rtęci.	Tętno.	Siła prędu.
Przed podrażnieniem	130	49	—
Drażniony nerw krtaniowy górny centralnie	135—140	48	120
Po podrażnieniu	130—135	—	—
Drażniony nerw depressor.	110—115—120	49	120
Po podrażnieniu	140—150—145	47	—
Drażniony nerw depressor.	90—80	45	120
Po podrażnieniu	130—135	45	—
Drażniony nerw krtaniowy.	130—135—140	45	110
Po podrażnieniu	135—130	46	—
Drażniony nerw depressor.	90—85	46	—
Przecięto n. vagus sinister w celu podraż. części centralnej.			
Przed podrażnieniem	140—150	52	—
Przy podrażnieniu centralnej części n. vagi	130—135	47	110
Po podrażnieniu	130—135	46	—
Drażnienie n. vagi.	130—135	42—40	110
Po podrażnieniu	135	44	—
Drażnienie n. depressor.	70—75	44	110
Po podrażnieniu.	125—130	46	—
Drażnienie nervi vagi	135	37	110
Drażnienie n. depressor.	55	—	110
Po podrażnieniu	135—140	—	—

Jeżeli uważnie przejrzymy powyższą kolumnę cyfr, to przekonamy się o wybitnej różnicy w działaniu nerwu depressor od działania przy podrażnieniu centralnym nerwu błędnego i krtaniowego. Każde choćby najkrótsze przepuszczenie strumienia przez nerw deprymujący sprawia znaczne chociaż niezbyt gwałtowne opadnięcie rtęci w manometrze, a więc i ciśnienia w tętnicach, bez uprzedniego podniesienia. Nerw błędny drażniony centralnie wcale nie oddziałuje na ciśnienie, gdyż opadnięcie z 150 na 135 mil. przy podrażnieniu nerwu błędnego po jego przecięciu jest zupełnie samowolnym, o czém nas przekonują późniejsze utrzymanie się ciśnienia na wysokości 135—130 milimetrów mimo drażnienia nerwu błędnego. Ciekawą tylko jest rzeczą zmniejszenie wyraźne liczby uderzeń pulsowych. Zdaje się przytém, jak gdyby jeden nerw błędny drażniony centralnie oddziałował na drugi nieprzecięty i odruchowo wywoływał także opóźnienie tętna.

Nerw krtaniowy drażniony centralnie zdaje się nieco zwiększać ciśnienie. Objaśnienie téj kwestyi zostawiamy dalszym poszukiwaniom.

Widoczną tedy jest rzeczą, iż nerw depressor (u królika) odgrywa zupełnie inną rolę od nerwu błędnego, iż jakkolwiek powstaje z niego, nie ma nic wspólnego z nim pod względem czynności, bo nerw błędny drażniony centralnie stanowczo żadnego wpływu nie wywiera na ciśnienie. Wprawdzie doświadczenia powyższe robione były przy nienaruszonym mózgu, nie tak jak chce p. D r e s c h f e l d. Ciekawymby było rzeczywiście faktem działanie nerwu błędnego po zniszczeniu półkul mózgowych nb. u zwierzęcia żywego. Zdaje się, iż problematyczne to działanie zapewne w żadnym z patologicznych a cóż dopiero fizyologicznych stanów nie może mieć miejsca. Zresztą przypuszczenie o podwójnego rodzaju pęczkach w nerwie błędnym nie ma żadnej podstawy, chyba wtedy dopiero, gdy pęczki nerwu depressor będą iść razem z nitkami nerwowymi nerwu błędnego, jak to zwykle czynią u innych zwierząt, lecz nie u królika (cf. nasz opis anatomiczny). Żeby jednak nie zarzucono mi niesumienności w ocenieniu doświadczeń p. D r e s c h f e l d, mimo to iż z góry odrzucić musiałem ich punkt wyjścia, jako nie naturalny i bezcelowy, powtórzyłem je i przekonałem się, iż są prawie niemożliwe. Chcąc wyciąć półkule mózgowe zmuszeni jesteśmy podwiązać obydwie tętnice szyjowe, w przeciwnym bowiem razie krwotok byłby natychmiastowo prawie zabijającym, zresztą tak postępował i p. D r e s c h f e l d. Powstrzymanie od razu dopływu krwi z dwóch wielkich tętnic rzeczywiście będzie w stanie zapobiec krwotokowi, ale nie przeszkodzi bynajmniej powstaniu niedokrewności mózdzka i mózgu nawet, zanim zdołamy otworzyć czaszkę i wyciąć półkule. Krótki ten czas trwania niedokrewności wystarcza na porażenie centr naczynio-ruchowych, które pociągnie za sobą szybkie rozszerzenie wszystkich naczyń, szczególnie brzusznych, i wywoła koniecznie opadanie ciśnienia krwi, bez względu na to, czy drażnimy nerw błędny, lub też nie. Że tak jest rzeczywiście, miałem się sposobność sam przekonać. Po podwiązaniu tętnic szyjowych, bardzo prędko ściany naczyń opadały nie tylko powyżej ligatury ale i w kierunku serca, po otworzeniu zaś brzucha znalazłem przekrwienie dochodzące do najwyższego stopnia. Takie przekrwienie naczyń brzusznych pochodzić może li tylko w skutek porażenia centr naczyniowych, gdyż coś podobnego dzieje się tylko przy przecięciu nerwów *splanchnici*, zawierających pęczki naczynio-ruchowe.

Zapatrując się bezstronnie, przyznać musimy, iż w stanie fizyologicznym, bo bez obrażeń mózgu, tylko nerw deprymujący, drażniony centralnie, działa na ciśnienie krwi.

Stwierdziwszy tym sposobem spostrzeżenia C y o n a i L u d w i g a, zadajemy sobie pytanie jaką drogą nerw depressor wywołuje tak wybitne zmiany w ciśnieniu. C y o n i L u d w i g objaśnili działanie na drodze odruchu t j., postawili hipotezę, iż pęczki nerwu depressoris oddziałują na centra naczynio-ruchowe, zmniejszają ich „tonus“ (nastrój pobudliwy) i przez to wywołując chwilowe porażenie mięśni gładkich naczyń, pozwalają

tętnicom rozszerzyć się, czego znowu koniecznym następstwem będzie opadnięcie ciśnienia. Zwrócili oni uwagę, iż szczególnie tętnice jamy brzusznej łatwo podpadają takiemu rozszerzeniu. Dla lepszego przekonania się o prawdzie postawionej hipotezy, starali się usunąć okolicę brzuszną z pod wpływu nerwów naczynio-ruchowych. Uskuteczniłi to dwojaką drogą t. j., albo naciskając na aortę tuż pod przeponą, albo też przecinając *nervi splanchnici*. W pierwszym razie podczas drażnienia, znacznie podwyższone ciśnienie nie opadało, co następowało natychmiast po usunięciu ręki naciskającej aortę. W drugim razie, po przecięciu *nervi splanchnici* wystąpiło znaczne przekrwienie naczyń brzusznych i opadnięcie ciśnienia; przy podrażnieniu nerwu *depressoris* ciśnienie już więcej nie opadało, co widocznie dowodzi, iż po dokonaniu rozszerzenia naczyń na innej drodze, sfera działania nerwu badanego usuniętą została. Zdanie to C y o n a i L u d w i g a podziela i p. D r e s c h f e l d, pozostawało mi zatem tylko przekonać się, czy rzeczywiście usunięcie z pod wpływu nerwów naczynio-ruchowych ścian tętnic prawie całego ciała, da podobny wypadek jak i przecięcie nerwów *splanchnici*. W tym celu postanowiłem przecinać rdzeń kręgowy na takiej wysokości, aby zniweczyć wszystkie pęczki naczynio-ruchowe idące do tętnic tułowia i kończyn dolnych. Stosownie do teorii C y o n a i L u d w i g a po przecięciu rdzenia, drażnienie centralne nerwu deprymującego powinno było być bez skutku. I rzeczywiście doświadczenie stwierdziło to przypuszczenie. (*Dokończenie nastąpi.*)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wycięcie macicy i dwóch jajników. Wyzdrowienie.

Spostrzeżenie H o r a c y u s z a R o b i n s o n a S t o r e r (w Bostonie).

(Dokończenie). *)

S. podaje następnie statystykę 24ch wypadków wycięcia macicy, do której dostarczyli mu nieogłoszonego dotychczas materiału: C l a y, K i m b a l l, B u r n h a m, B u o k i n g h a m. Z tych wypadków 6 zakończyło się wyzdrowieniem (1 C l a y'a, 2 B u r n h a m'a, 1 K i m b a l l'a, 1 K o e b e r l e g o i S t o r e r'a); niżej załączona tablica podaje spis śmiertelnych zakończonych wypadków.

	Nazwisko Operatora.	Przyczyna śmierci.	U w a g i.
1	Clay . . .	Krwotok w 2 godz. po operacyi.	Wycięto nożem.
2	Clay . . .	Wypadek 13-go dnia.	Upadnięcie na ziemię.
3	Heath . . .	Wzruszenie w 17 godzin.	Wycięto nożem.
4	Burnham .	„ 1 „	} we wszystkich tych wypadkach za długo odkładano operacyę.
5	„	„ 4 „	
6	„	„ 2 dni.	
7	„	Peritonitis 3-go dnia.	
8	„	„ 4-go „	
9	„	„ 4-go „	
10	„	„ 5-go „	

*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

	Nazwisko Operatora.	Przyczyna śmierci.	U w a g i.
11	Kimbal . . .	Krwotok 3-go „	Operowano nożem, zsunięcie się ligatury.
12	„	Zapalenie 10-go „	Brak profilaktycznego leczenia.
13	Burnham .	Krwotok w 12 godzin.	Operowano nożem, zsunięcie się ligatury.
14	Peaslee . . .	Peritonitis 8-go dnia.	Długie cięcie, ściśnienie kiszki, wypadnięcie jej między szwami, gangrena.
15	Baker Brown	Krwotok 2-go dnia.	Operowano nożem, zsunięcie się ligatury.
16	Wells . . .	Wstrząśnięcie 4-go dnia.	E c r a s e u r wygiął się, klamra pękła, silny krwotok z wielkich naczyń.
17	Sands . . .	Natychmiastowy krwotok.	Operowano nożem.
18	Buckingham	Wstrząśnięcie 1-go dnia.	Nożem wycięto.

W wielkiej ilości tych wypadków używano do uspienia chloroformu, który wprawdzie zmniejsza wstrząśnienie nerwowe wywołane bólem, ale wywiera obok tego działanie deprymujące, którego przy eterze wcale nie spostrzegamy. W wielu przytoczonych wypadkach nie wiadano nic o chorobie macicy, dopóki jamy brzusznej nie otworzono, w innych trzeba było koniecznie do operacji przystąpić z powodu silnego krwotoku powstałego skutkiem paracentezy. Operacye w takich razach rzadko wykonane bywają z dokładnością i oględnością jakich ważność ich wymaga.

Przed 1863m rokiem z 17 operacyj 15 zakończyły się śmiercią = 88⁰/₀, w nowszych czasach śmiertelność zredukowała się do 75⁰/₀.

C h u r c h i l l uważa następujące okoliczności jako przemawiające przeciwko wycięciu macicy *in situ*:

1. W s t r z ą ś n i e n i e n e r w o w e, które podług B l u n d e l l a w czasie oddzielania narodziła się od macicy i jej wyjmowania z jamy brzusznej jest najsilniejsze, ale bardzo jest nieznaczne jeżeli macica przez inwersję swoje położenie zmieniła.

2. Niebezpieczny, nieraz nawet śmiertelny k r w o t o k pierwotkowy lub sekundarny.

3. Z a p a l e n i e organów jamy brzusznej i miednicy.

Każdemu z tych trzech niebezpieczeństw można, według mniemania S t o r e r'a w następujący sposób zapobiedz:

1. W s t r z ą ś n i e n i e n e r w o w e może być wywołane przy wielkich operacjach: przez silny ból, przez mniej lub więcej silny krwotok, przez przecięcie lub zgniecenie nerwów, i nareszcie przez usunięcie niezwyklego ciśnienia na nerwy. Dla zapobieżenia tym wypadkom radzi S. zachowywać następujące przepisy ostrożności:

a. Przed każdą większą operacją trzeba się starać wszelką anemią lub dyskrazyą usunąć.

b. Ból i uczucie obawy należy usmierzyć przez uspienie; eter działa, według S. bezpośrednio usmierzająco na nerwy, dla tego należy mu w tym razie pierwszeństwo oddać, chloroformu używa S. tylko w puerperium. Eter winien być czysty i umiejętnie użyty;

*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

udziela on wtedy pewną tolerancją systematowi nerwowemu przeciw silnemu wrażeniu przez operację wywołanemu.

c. Z powodu silnego krwotoku przy użyciu noża należy zawsze odgniatacza używać. Przewiązanie szyjki macicy albo jajowodu jak z jednej strony nie zapobiega silnemu krwotokowi w czasie ich przecinania albo natychmiast po niem, tak z drugiej strony zsunięcie się ligatury lub owrzodzenie może spowodować w późniejszym czasie znaczny krwotok. Niebezpieczeństwo to da się zmniejszyć przez użycie ciśnienia igłą lub ligaturą z drutu podanych przez *C h a s s a i g n a c ' a* i *S i m p s o n ' a*.

d. Powolne wycinanie narośli. Przez użycie zgniatania *ecraseur'em* zamiast cięcia nożem, zapobiega się nie tylko silnemu krwotokowi, ale i wszystkie w macicy przebiegające nerwy zostają po mału jeden po drugim przecinane, a prądy w nich krążące w tym samym stosunku przerywane. Oprócz tego krążenie w tętnicach zostaje pomalu wstrzymywane a wstrząśnienie serca przez kolumnę krwi tętniczej, które przy nagłym przerwaniu krążenia w operowanej części, wywołałoby musiało, uniknione.

e. Nakoniec radzi *S.* odciętą narośl, jakiś czas przed jej ostatecznym wyjęciem, na miejscu zostawić, jak to właśnie miało miejsce w opisanym wypadku.

2. **K r w o t o k** który zwykle nie bywa tak bardzo obfity, da się według *S.* przez ligatury i szwy metalowe zatamować.

3. **Z a p a l e n i e.** W wielu wypadkach wycięcia macicy śmierć nastąpiła w pierwszej chwili reakcyi, w innych zaś nastąpiła z powodu wzburzenia albo też depresyi, systematu naczyniowego w ogóle, w innych nareszcie skutkiem miejscowo natężonej działalności naczyń: zapalenia. *C l a y* który 116 owariotomij robił, starał się uniknąć niebezpieczeństwa zwracając głównie swoją uwagę na dnie krytyczne i na profilaktyczne leczenie. To ostatnie polega na polepszeniu konstytucyi, na usunięciu tendencyi do zakażenia krwi, na leczeniu takowej, jeżeli już nastąpiła i na utrzymaniu w zdrowym stanie przyrządów trawienia. Pierwszej i drugiej indykacyi najlepiej się odpowiada przez dawanie chlorku żelaza, który nie tylko jako toniczny, ale, jak *S i m p s o n* wykazał także jako czyszczący środek działa.

Ważne jest obfite wypróżnienia kiszki przed operacją; potem można dawać opium dla wstrzymania ruchów robakowych kiszki.

Pęcherz moczowy należy długi przeciąg czasu kateterem wypróżniać. Jeżeli pacjentka nie straciła jeszcze miesięcznego odpływu, to należy na czas w którym się takowy pojawia wielką zwracać uwagę. Najlepszy czas do operacji zdaje się być wkrótce po skończeniu regularności. W wypadku opisanym przez *S t o r e r ' a*, w którym operacja dokonana była wkrótce po menstruacyi, pokazał się po wycięciu macicy i dwóch jajników, w 4 tygodnie po ostatnim odpływie miesięcznym nieznaczny krwotok, który przez 1½ dnia trwał; krew pochodziła prawdopodobnie z pozostałego szczątka *cervix uteri*, objaw który czasami w pierwszych miesiącach ciąży, daje się spostrzegać.

Następnie rozwodzi się *S t o r e r* nad indykacyami wycięcia macicy i nad techniką tej operacji. Indykacje są, według niego daleko częstsze aniżeli to powszechnie przyznają, co doświadczenia *C l a y ' a* i *S p e n c e r W e l l s ' a* mają stwierdzać. Dalej zwraca uwagę na to, że trzeba, żeby pacjentka jakiś czas przed operacją w miejscu tem mieszkała gdzie ma po operacji przebywać; prywatne mieszkanie przekłada on nad najlepszy szpital. Jeżeli zdecydowano operować, to nie należy narośli częstym obmacywaniem rozdrażniać. *S.* kładzie wielki nacisk na utrzymanie jednostajnej temperatury (około 19°C) w sali operacyjnej.

Uśpienie eterem uważa on za niezbędnie potrzebne i radzi pacjentkę krótki czas po operacji w tém uśpieniu utrzymać.

Cięcie w ścianie brzusznej powinno być jak można najmniejsze. Wszelkie zrosnięcia należy oderwać albo lepiej *en masse* u r'e m oddzielać. Narzędzie to również poleca S. bardzo usilnie do odcinania narośli jajników i przecinania *cervix uteri*; do wszystkich ligatur radzi używać drutu.

Przy wycinaniu macicy wypada jednocześnie jajniki oddzielić. Po operacji przywiązuje S. wielką wagę do pożywnych pokarmów, odpowiednich sile tętna, i do pokonywania wszelkich gorączkowych objawów przez *veratrum viride*, którego użycie w tym razie świetnie ma skutki odnosić. Im mniej opium dano t'ém lepiej, w razie potrzeby najlepiej je dawać *per rectum*. Pierwszy stolec po operacji, nawet przez lewatywę wywołany, i pierwszy powrót menstruacji sprowadzają za sobą szczególne niebezpieczeństwo.

Nakoniec stawia S. następujące zdania:

1. Daleko większą ilość narośli jajników można operować, aniżeli to dotychczas za stosowne uważano.
2. Wielką ilość fibroznych i fibrotorbielowych narośli macicy można ze szczęśliwym rezultatem operować.
3. W wielu wypadkach, nieszczęśliwie zakończonych, przyczyną śmiertelnego zejścia było: zaniedbanie najprostszycch przepisów ostrożności, albo odkładanie operacji do chwili w której pacjentka już blizką śmierci była, albo nareszcie okoliczność ta, że operator po otworzeniu jamy brzusznej stracił odwagę i nie dokończył jak się należy operacji. F.

Wiadomości bieżące.

— Dawka i znaczenie lekarskie kwasu karbolowego. Dr. H. W. Fuller, naczelný lekarz szpitala londyńskiego St. George, zamieścił w „*Brit. med. Journal*“ (20 lutego b. r. Nr. 425) swoje doświadczenia nad środkiem w nowszych czasach tak wysoko cenionym, których najistotniejsze wyniki czytelnikom naszym podajemy. Doświadczenia Fullera opierają się na czteroletnich spostrzeżeniach w szpitalu.

Najpierwszým zadaniem jego prób było: zbadać największą dawkę kwasu karbolowego, któraby mogła być podaną bez zaszkodzenia organizmowi, ustalić wpływ jego na tętno i wydzielanie, nakoniec wyświetlić, czy ogólne leczenie pozwala się udowodnić z pewną rzeczywistością.

Ponieważ sam nigdy przedt'ém środka tego w e w n ę t r z n i e nie stosował, i nie czytał nigdzie o większych dawkach nad 2 minimy, z tego powodu rozpoczął swoje doświadczenia od zadania 2 minimów (1 minim = 0,059 kub. cent.), rozpuszczonych w 1 drach. gliceryny i 11tu drachmach wody destyll. Ta ilość była podana w przeciągu doby 3—4 razy dziennie. Gdy jednak F. po t'ej dawce nie widział żadnego skutku, zaczął zwiększać ją o jeden minim przez wszystkie następne doby dotąd, dopóki chory albo wcale nie był już w stanie przyjąć lekarstwa, albo też skarżył się na nieprzyjemne objawy. Tym sposobem znalazł, że dorośli, szczególniej mężczyźni, którzy używali przedt'ém napojów wysokowych, mogli przyjmować 10—12, a nawet 15 minimów dziennie (3—4 razy dniem) i to przez długi czas bez najmniejszych wahań; lecz większa część indywiduów, szczególniej kobiet, zaczęła się nadzwyczaj uskarżać, gdy dawkę podwyższono na 8 do 10ciu minimów, dla tych 6—8 minimów było największą dawką.

Nieprzyjemne te objawy, wywołane powiększoną dawką, są: uczucie palenia w gardle, właściwe uczucie zawrotu i ciężkości głowy, które występowały u niektórych indywiduów już w 2 minut po przyjęciu, u innych dopiero po upływie 6—8 minut. Dolegliwości takie trwały już 10—15 minut, już do jednej godziny. W żadnym przypadku nie było objawów ze strony twarzy, ale w jednym był silny zawrót, po którym wystąpił zimny pot i słaby puls.

Doświadczenia nad fizyologiczným działaniem kwasu karbolowego były przeprowadzone tak na zdrowych jak i na chorych indywiduach. U zdrowych objawił się po użyciu umiarkowanych dawek (4—6 minimów) szczególny wpływ na występowanie w moczu właściwój barwy zielonój i na znikanie wszelkich osadów moczowych. Oba te objawy były nadzwyczaj uderzającemi przy większych dawkach (8—10 minimów); natężenie zielonój barwy moczu było znaczniejsze. Z n i k a n i e

osadów kamienistych w moczu stało w prostym stosunku do dawek kwasu karbolowego. Kwas karbolowy jest istotnie bardzo potężnym środkiem do uwolnienia moczu od osadów kamienistych. Powiększa on albo pomniejsza ilość moczu, albo wywiera działanie na jego ciężar właściwy; nie wpływa na wypróżnienia kiszek, zmniejsza jednak zadziwiająco nieprzyjemny zapach odchodów; nie wpływa ani na temperaturę ciała ani na tętno, chyba tylko wtedy, gdy jest w bardzo wielkich dawkach użyty, przy czém spotykamy wyżej przytoczone objawy: zimny pot i zawrót.

Z powodu działania na znikanie osadów kamienistych, próbował F. kwasu karbolowego w podagrze (*arthritis*) w pełnych dawkach (8—10 minimów); mocz stał się jasnym, lecz objawy podagry nie ustąpiły. Takież sam rezultat otrzymał i w gościecu (*rheumatismus*).

W przypadkach dyspepsy i fermentacyjnej (*of the fermentative class*), której towarzyszy obfite wytwarzanie się gazów w żołądku i stolce cuchnące, działanie kwasu karbolowego było bardzo zadawalniające; 6—8 minimów pobudza żołądek w pomieniony sposób; występuje wtedy silny rozwój gazów, a po tém rzeczywista ulga. Z wyjątkiem węgla drzewnego (*charcoal*) nie znamy żadnego drugiego, tak skutecznie w tych chorobach działającego środka, a działa on często jeszcze łagodnie, gdy węgiel sprowadza klucie.

W gorączkach tyfoidalnych lub gastrycznych, w których *a priori* oczekiwacby należało wielkiej usługi od kwasu karbolowego, nie mógł F. sprawdzić żadnego skutku.

Przy płonicy (*scarlatina*) znalazł F. w jednym przypadku kwas karbolowy użytecznym. „Przy znaném działaniu jadu płonicowego na narkotyzację żołądka kwas karbolowy byłby godnym dalszych poszukiwań.

Przy suchotach (*phthisis*) również F. stosował go w postaci sproszkowanej ze skutkiem, szczególnie przy zgorzeli płuc, usuwając nieprzyjemną woń expectoracyj; przy błonicy (*diphtheritis*), przy której jeszcze więcej skuteczniejszym okazał się *Permanganas lexivae* w formie nakurzań według doświadczeń F.; nakoniec we wszystkich przypadkach, gdzie się starano o zmniejszenie drażliwości błony śluzowej przewodów oddechowych i ułatwienie jej wydzielin.

— W dniu 22 czerwca b. r. w auli Szkoły Głównej odbyła się obrona rozprawy p. Czajewicza na stopień Dra medycyny p. n. „O tkance tłuszczowej i jej znaczeniu fizyologiczném.“ (Warszawa, 1867 r., str. 124); w d. zaś 25 t. m. p. Portner bronił swęj rozprawy p. t. „O działaniu soli potażowych na krążenie krwi.“ (Warszawa, 1869 r., str. 110). Sprawozdanie o naukowej wartości tych rozpraw podamy w jednym z przyszłych numerów tego pisma.

— W dniu 6 czerwca b. r. przez ministra spraw wewnętrznych zatwierdzoną została Ustawa ambulatorium polikliniki dzieciennęj w Warszawie, z napisem na drzwiach wchodowych: „Dziecienne ambulatorium lekarzy Dudrewicza i Szancera. Opłata konsultacyi od każdego chorego ustanawia się po 15 kop. sr.

— *Birż. Wiadom.* donoszą, że Postanowienie komitetu do spraw Królestwa Polskiego względem przekształcenia Szkoły Głównej warszawskiej na Uniwersytet, urządzenia instytutu gospodarstwa wiejskiego w Nowęj Aleksandryi, i przekształcenia gimnazjum realnego w Łodzi na wyższą szkołę rzemieślniczą, uzyskało Najwyższe zatwierdzenie w poniedziałek 9go czerwca. (Dz. W.)

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

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.
