

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	2 kop. 50			półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	1 „ 25				

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚC: Spostrzeżenia z praktyki położniczej prywatnej. Rzadki przypadek zstępowania ciała obu płodów w porodzie bliźniaczym. Operacyjja kleszczowa. Zejście pomyślne dla matki i bliźniąt. Opisał Dr. St. Markiewicz. (Dokończenie). — Sprawozdania z posiedzei Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie Warszawskie. Posiedzenia z d. 5 i 19 Stycznia r. b.—Wykłady kliniczne. O ostrem zapaleniu kości w okresie wzrostu. Wykład prof. P. Vogt'a. Podał Dr. H. Kuszkowski.—Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Nowy sposób postępowania przy otruciu chloroformem. Szczególna postać różyczki. Otrucie olejkiem gorzkich migdałów. — Kronika zagraniczna. Poznań. Kanalizacyjja Niemcy. Reforma stanu weterynaryjnego. — Kronika miejscowa. Choroby panujące w m. Styczniu r. b. Fundusz imienia Tytusa Chałubińskiego. Nowi lekarze.—Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI POŁOŻNICZEJ PRYWATNEJ.

Rzadki przypadek jednoczesnego zstępowania ciała obu płodów w porodzie bliźniaczym (*Collisio foetus*). — Operacyjja kleszczowa—Zejście pomyślne dla matki i bliźniąt.

Opisał St. Markiewicz, lekarz fabryki w Soczewce.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 5).

Tak własne moje spostrzeżenia z dosyć licznej praktyki położniczej, jak i poszukiwania w dziełach i czasopismach robione, przekonały mnie o rzadkości opisanego przypadku. Takich przypadków, któreby do jednego działu z moim zaliczyć było można, znajduje się w literaturze znanych i opisanych 32; mój jest 33-im. Ostatnie dwa spostrzeżenia tu należące, podane zostały przez RINTEL'A (*Monatschrift f. Geburtskunde, 1869, Februar*) i przez REIMANN'A (*Archiv. f. Gynekologie 1871 II Bd. 1 Heft*). Artykuły tych autorów zawierają w sobie zestawione wiadomości o 30 podobnych, dawniej ogłoszonych przypadkach. Niektóre podręczniki położnicze wcale nie wzmiankują o tego rodzaju zbożeniach w mechanizmie porodu bliźniaczego (GRENSER, COHNSTEIN). Najobszerniej ze znanych mi rozwodzi się nad temi zbożeniami i nad postępowaniem w obec nich HOHL.

Zebrawszy to co mi się udało znaleźć w kilku podręcznikach i w opisach RINTEL'A i REIMANN'A, przekonałem się, że przypadek mój w porównaniu z wszystkimi innemi do tego samego działu należącemi pewną przedstawia odrębność. A mianowicie: we wszystkich napotkanych przezemnie opisach „jednoczesnego wstąpienia bliźniąt w miednicę (*collisio foetus*),” wstąpienie drugiego płodu w miednicę spostrzeżonem bywało w późniejszych okresach porodu, kiedy przodujące części pierwszego płodu

doszły już do zewnętrznego otworu sromnego. We wszystkich tych przypadkach zatem przypuszczać można, że początkowo mechanizm porodu był prawidłowym, i że dopiero po wstąpieniu pierwszego płodu do miednicy, czy to z powodu obszerności tejże, czy z powodu nieprawidłowego ułożenia lub położenia ciała pierwszego płodu, część jakaś drugiego płodu zsunęła się w wolną przestrzeń górnego obwodu małej miednicy, i przyparta między pierwszym płodem a brzegiem tegoż obwodu, podczas dalszych bólów ściągana była coraz niżej za posuwającym się ku dołowi pierwszym płodem. W moim przypadku „*collisio*” płodów miało miejsce od początku drugiego okresu porodu. Oba jaja płodowe nienaruszone, wypełniały już w początku tego okresu przestrzeń ograniczoną górnym obwodem *resp.* górnym odcinkiem małej miednicy. Oba jaja płodowe i oba płody jednocześnie zajęły górny otwór małej miednicy, jednocześnie weń weszły i jednocześnie i niemal ciągle na równej pozostając wysokości przesunęły się przez cały przewód miedniczy i przez pochwę aż po zewnętrzny otwór sromny.

Wypada mi tu w kilku słowach przypomnieć to, czego nas doświadczenie naucza o prawidłowym porodzie bliźniaczym i zbożeniach w porodzie tym się zdarzających.

Poród bliźniaczy zwykle składa się z dwóch porodów prostych, w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu po sobie następujących. Przy każdym porodzie bliźniaczym, tak pierwszy jak drugi z owych dwóch porodów prostych, może się odbywać już to prawidłowo, już też jako jedna ze znanych postaci zbożeni, przez co jednak cały poród nie będzie zasługiwał na nazwę nieprawidłowego porodu bliźniaczego, ponieważ zbożenia o których tu mowa, nie pochodzą z okoliczności towarzyszących ciąży bliźniaczej: z obecności dwóch jaj płodowych czy dwóch płodów. Nieoznaczamy również nazwą „nieprawidłowego porodu bliźniaczego” tych przypadków zwykłego porodu bliźniaczego, w których pierwszy płód lub drugi, albo też oba nie stawiają się do porodu główką (jak to bywa najczęściej), ale nóżkami, pośladkami lub ukośnie.

„Porody bliźniacze nieprawidłowe” w ogólności rzadko się zdarzają. Nieprawidłowość wynikająca istotnie z obecności dwóch płodów *resp.* dwóch jaj płodowych, zależy na tem, że poród bliźniaczy nie składa się z dwóch po sobie następujących porodów prostych, ale że raczej odbywa się jako poród złożony (powikłany) dwóch płodów jednocześnie wchodzących i przechodzących drogę porodową. W tym razie jednoczesna obecność dwóch płodów nadaje właściwą cechę powstającej ztąd nieprawidłowości, którą słusznie nazwać można powikłaniem bliźniaczym, a właściwiej jeszcze kolizyją płodów.

Rzadszem jeszcze bywa powikłanie bliźniacze pochodzące ze splątania się dwóch pępowin, co, ma się rozumieć, zdarza się jedynie w tych nieczęstych przypadkach, w których oba płody mieszczą się w jednym jaju.

Mój przypadek zaliczyć wypada do najbardziej typowych kolizyj płodów bliźniaczych. Nieliczne znane w piśmiennictwie przypadki tego zbożenia rozdzielić wypada na 4 grupy.

Do pierwszej należą przypadki gdzie następuje kolizja płodów, z których jeden, pierwiej zstępujący, przoduje nóżkami, a drugi—główką. Tu należą przypadki opisane przez HOHL'A, JOULIN'A, HECKER'A, POLLOCK'A, BRAUN'A, BROERS'A, WOAKES'A, THURSTON'A, TELLKAMPF'A, RINTEL'A, i PERRY. Do tej też grupy i mój przypadek zaliczyć wypadnie, z nadmienieniem, że w nim płód zstępujący nóżkami nie zstępował pierwiej, a raczej jednocześnie z płodem, który główką przodował.

Do drugiej grupy należą nieliczne przypadki, w których oba płody przodują główkami, przyczem jednak, jak to miało miejsce w przypadku REIMANN'A kolizja nie następuje pomiędzy przodującymi główkami. Jeden płód zstępuje pierwiej i utrudnienie porodu następuje między jego klatką piersiową, a główką drugiego, wyżej stojącego płodu. Tu należy także przypadek FRANKE'GO.

Do trzeciej grupy zaliczyć trzeba te przypadki, w których jeden płód przoduje główką lub nóżkami, a drugi znajduje się w położeniu ukośnem. Tu kolizja (3 przypadki JOULIN'A) także spostrzegana była dopiero po dosyć znacznem zstąpieniu pierwszego, prawidłowo położonego płodu.

Nakoniec czwartą grupę stanowią przypadki, w których ma miejsce zstąpienie jednoczesne czterech nówek bliźniąt do miednicy.

Powracając do mego spostrzeżenia, wypada mi zrobić tak nad niem, jak i nad mojem zachowaniem się i postępowaniem kilka uwag krytycznych.

Co się tyczy rozpoznania, to przez dosyć długi przeciąg czasu miałem wątpliwość co do obecności bliźniąt, wątpliwość którą zapewne wielu z kolegów za usprawiedliwioną wraz ze mną uzna. Drugi błąd rozpoznawczy popełniłem, rozpoznając mylnie obecność wspólnych osłon płodowych (*amnios*), a to w skutek luźności osłon powlekających części przodujące obu jednocześnie płodów i tworzenia się pęcherza tylko przed przodującymi nóżkami. Błąd ten zdaniem mojem pociągnął za sobą ważne następstwa. Kiedy przekonawszy się o dostatecznem rozwarciu ujścia zewnętrznego macicy, postanowiłem otworzyć pęcherz, wtedy mylnie przypuszczając obecność wspólnych osłon, rozdarłem pęcherz tam, gdzie był najbardziej opuszczony, wypuklony i napięty, sądząc, że to na posunięcie się na dół główki wpłynąć musi. Tymczasem główka należąca do płodu w drugim jaju objętego bynajmniej się nie opuściła, natomiast nóżki znacznie na dół zstąpiły, i dalsze opuszczanie się główki tembardziej utrudniły. Przyjmując czy to obecność jednego jaja, czy prawdopodobieństwo dwóch jaj należało było bezwarunkowo usiłować rozdrzeć osłony płodowe powlekające przodującą główkę, chociaż z powodu luźności ich i braku wody pomiędzy nimi, a wysoko stojącą główką, zbyt trudnem mi się to wydało. Po rozdarciu osłon na główce prawdopodobnie opuściłaby się ona na dół i to samo jużby może wystarczyło do wstrzymania dalszego opuszczania się płodu, stawiającego się nóżkami, a w każdym razie gdyby kleszcze na główkę założyć wypadło, nóżki powleczone nienaruszonymi osłonami i mniej opuszczone, mniejsząby przeszkodą były podczas operacyi, aniżeli to w moim przypadku miało

miejsce. W innych tego rodzaju przypadkach uciekano się zwykle do wydobycia kleszczami główki drugiego płodu, kiedy już znaczna część dolnego końca ciała płodu pierwszego wysunięta była.

Zastanowić się jednak wypada, przechodząc do mego postępowania, czy w ogóle należało otwierać pęcherz, czy też nie należało go otwierać wcale. W tej mierze nie mogę się powołać na powagę żadnego autora, ponieważ w żadnym ze znanych mi opisów kolizyi bliźniąt, nie znajduję spostrzeżenia odnoszącego się do tak wczesnego okresu porodu, jak w moim przypadku. Zdaniem mojem pęcherz w podobnym przypadku otworzyć wypada i to jak tylko ujście maciczne jest dostatecznie rozwarte.

Co się tyczy założenia kleszczy, to naturalnie było mi wskazanem, a i powaga HOHL'A za mną w tej mierze przemawia. Ponieważ przy najobszerniejszej miednicy dwa donoszone żywe płody przez miednicę jednocześnie przejść nie mogą, ponieważ naturalne, czy sztuczne posuwanie się na dół płodu nóżkami przodującego (co do pewnego stopnia jest możliwem) doprowadzić musi do kolizyi pomiędzy jego klatką piersiową, a główką drugiego płodu w pochwie zatrzymaną, i ponieważ przy tak zupełnie jednoczesnem zstępowaniu obu płodów, jak w moim przypadku, nawet najpomysłniejsze bóle spychając przodującą główkę, za jej właśnie pośrednictwem, wypychaćby musiały coraz głębiej nóżki, pomiędzy nią a ścianą pochwy utkwione; zatem jedynie ruch pociągowy na główkę wywartu i przyspieszenie tem samem porodu dziecka główką przodującego, doprowadzić może w podobnych przypadkach do zniesienia kolizyi, przyczem wepchnięcie w górę nóżek, za pomocą ręki do wprowadzenia kleszczy służącej, także niejaką usługę oddać może.

Może który z czytających kolegów zdziwi się, żem tyle łożył starań, by skłonić chorą do poddania się chloroformowi, lub też temu, że do wykonania operacyi kleszczowej chloroformowanie za potrzebne uznałem. Wiadomo jest, że uspienie rodzącej dla wykonania trudniejszych operacyj kleszczowych („*bei schwierigen Zangenoperationen*” GRENSER) jest wskazanem, a tembardziej jeżeli kobieta jest niespokojną, zrywającą się i t. d. W moim przypadku zatem chloroformowanie było co najmniej usprawiedliwionem. W praktyce mojej rządzą się co do używania chloroformu przy operacyi kleszczowej, daleko więcej położeniem towarzyskiem i intelligencją rodzącej i jej otoczenia, aniżeli stosunkami mechanicznemi zбочenia, które do operacyi zmusza. Zdaniem mojem, w przeważnej liczbie przypadków, operacyja kleszczowa, byle istotnie była wskazaną, a co ważniejsza byle warunki na jej wykonanie pozwalające danemi były, jest „łatwą,” a tem samem użycie chloroformu niepotrzebnem czyni. Ale najłatwiejsza operacyja kleszczowa staje się bardzo trudną, bardzo nawet niebezpieczną tam, gdzie zбочenie porodu jest powikłane ciemnotą, głupotą, bydlęciami zwyczajami i zachczeniami rodzącej i jej otoczenia. Dla tego od lat już kilku nie przedsięwzięję operacyi kleszczowej u kobiet prostej klasy, równie jak i u kobiet niespokojnych, nieposłusznych i t. p. bez chloroformu, jeżeli tylko w stanie ogólnym przeciwwskazania do tego nie znajdują.

Braki i niedokładności powyższego spostrzeżenia niechaj przez kolegów je czytających położone będą na karb dobrze im znanych okoliczności, wśród jakich podobne spostrzeżenia robić nam przychodzi.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie.

Posiedzenia z d. 5 i 19-go Stycznia 1875 r.

Po zatwierdzeniu protokołu ostatniego posiedzenia Listopadowego, TYRCHOWSKI zabiera głos w imieniu delegacyi wyznaczonej przez Towarzystwo dla obmyślenia środków w celu zebrania statystyki dojrzałości płciowej u dziewcząt w rozmaitych częściach Królestwa. W przekonaniu że praca ta przyniesie dla nauki rzeczywiste korzyści, sprawozdawca proponuje rozesłanie po różnych częściach kraju drukowanych wzorów (szematów), mianowicie: Towarzystwom lekarskim prowincjonalnym, lekarzom szpitalnym i korrespondentom Towarzystwa, z prośbą o wypełnienie takowych i zwrócenie na dzień 1-go Lipca b. r. TYRCHOWSKI przedstawia wzór takich szematów, który Towarzystwo przyjmuje, i poleca wydrukowanie go w liczbie 12,000 egz., iżby stosownie do wniosku kommissyi jaknajprędzej mogły być porozsyłanymi. O ile nam wiadomo najobszerniejsza wiarogodna statystyka dojrzałości płciowej u dziewcząt, odnosi się do 6,000 tylko przypadków. LUBELSKI wspomina że w tej samej kwestyi zapytywany był co do naszych w kraju stosunków przed kilkunastu laty przez zjazd lekarski w Paryżu, i że w tym celu zgłaszał się do wielu krajowych kolegów, lecz tylko od jednego otrzymał odpowiedź. Jedyny materyjał do podniesionego pytania odnoszący się, zebrany przez s. p. prof. LE BRUN'A, pomieszczony został w dziele RACIBORSKIEGO (*Sur la menstruation, Paris 1858*). Zdaniem LUBELSKIEGO zasługuje też bardzo na uwagę staranne prowadzenie ksiązek przez ŻŁOBIKOWSKIEGO w oddziale kobiet obłąkanych Dzieciątka Jezus, które w mającym się rozpocząć poszukiwaniu powinno być uwzględnionem. W końcu zwraca on uwagę na ludność tatarską Królestwa w powiecie Bialskim której dziewczęta, jak to wieść niesie, mają nadzwyczaj wczesnie dojrzewać.

Następnie ROGOWICZ, redaktor PAMIĘTNIKA TOWARZYSTWA, zabiera głos i przypomina dyskusyję na jednym z posiedzeń zeszłorocznych już rozpoczętą z powodu krajowych członków korrespondentów Towarzystwa, którzy, jak tego smutne doświadczenie dowodzi, niczem się nie przyczyniają do jego działalności. Jeżeli koledzy ci szukają stosunków z Towarzystwem, i jeżeli takowe do swego przyjmuje ich grona, to pewnie nie dla czczego zaszczytu, lecz w nadziei ze swoim doświadczeniem i swoją wiedzą zechcą z innymi się dzielić, i że nawzajem sami się od innych czegoś nauczą. Tymczasem bynajmniej tak nie jest, gdyż z bardzo małym wyjątkiem wcale się o Towarzystwo nie troszczą i nawet rzadko który się z jego PAMIĘTNIKIEM spotyka. Pragnąc przeto między nimi i Towarzystwem żywotniejszą wprowadzić spójnię, dawniej już odzywały się głosy, ażeby prenumeratę PAMIĘTNIKA dla członków korrespondentów obowiązkową uczynić, zważywszy że jeżeli czynni redagują to pismo i swoim je publikują kosztem, to godzi się korrespondentom przynajmniej je czytać. Po długich rozprawach zgodzono się na to, ażeby deęzyję w tym względzie do dalszego jeszcze czasu odłożyć, a tymczasem panów korrespondentów zobowiązać do większej gorliwości, i w tym celu ażeby im nawet prenumeratę

PAMIĘTNIKA ulatwić, zniżając ją o połowę ceny, ponieważ o materyjalne zyski wcale nie chodzi byle się chociaż kosztą przesyłki wrócić. W końcu posiedzenia przystąpiono do wyboru urzędników na r. 1875; ponieważ zaś o zaszłym wyborze MEDYCYNA już zawiadomiła, wstrzymujemy się przeto od powtórzenia i dodamy tylko, że Dr. PERKOWSKI Seweryn z Paryża, chwilowo w Warszawie przebywający, został także wybrany na członka korespondenta.

Na posiedzeniu d. 19 Stycznia pod przewodnictwem KOSIŃSKIEGO nowo wybranego prezesa, sekretarz stały SZOKALSKI przedstawia odlewy gipsowe dwóch stop u nóg mężczyzny 30-letniego, sięgające aż powyżej kostek, którego od lat dziecięcych miał ciagle na oku. Prawa stopa zupełnie jest prawidłową, na lewej zaś widzimy palec wielki (paluch) przekrzywiony na zewnątrz o 30 przeszło stopni i to w ten sposób, iż zaczyna pod palec drugi podchodzić i takowy ku górze wypychać. Skrzywienie odbyło się w stawie paluchowo-stopowym, który tym sposobem tworzy znaczną kątowatą wyniosłość ku wewnątrz. Patrząc na obie stopy od tyłu, gdy stoją na stole, widzimy, że kostka stopy lewej leży nieco poniżej kostki prawej, że pięta odrzucona jest nieco na zewnątrz, i że cała stopa opiera się głównie na wewnętrznym swym brzegu, z kądem też i podszwa nie leży, jak zwykle, na płaszczyźnie mniej więcej prostopadłej do osi goleni, lecz przecina tę osź w kierunku z góry i wewnątrz ku zewnątrz i nieco ku dołowi. Przekrzywienia tego rodzaju wielkiego palca zdarzają się, jak wiadomo, często; na owej zaś kątowatej wyniosłości stawu palucho-śródstopowego, w skutku ciśnienia obuwia, wytwarza się wtedy przerost torebki podskórnej, objawiający się w kształcie miękkiego, często chełboczącego guza, na którym grubiej zazwyczaj warstwa nabłonka, a niekiedy nawet wytwarza się nagniotek; pod ową zaś torebką, jak nas anatomija patologiczna naucza, powstaje zapalenie okostni (*periostitis*) prowadzące do nadrostu kości (*exostosis*), która znajdując opór ze strony obuwia tem więcej przyczynia się jeszcze do stopniowego wykrzywiania się palucha na zewnątrz. Skutki takowej wady mogą być bardzo ważne: pominiawszy już bowiem utrudzenie w chodzeniu coraz uciążliwsze w miarę przekrzywiania się palucha, podrażnienie przez obuwie sprawia nieraz silniejsze zapalenie i owrzodzenie torebki podskórnej, zwłaszcza jeżeli się na niej nagniotek wytworzył i rdzeniem swoim na nią napiera. SZOKALSKI twierdzi, iż widział już kilka razy rozwijające się tym sposobem próchnienia kości (*caries*), które wypadło usunąć za pomocą wypielowania (*resectio*), a są także znane przypadki, w których przez wycinanie brzytwą na temże miejscu wytworzonego nagniotka, obudzone zapalenie, powodowało zapalenie żył (*phlebitis*) i śmierci stało się powodem. Wszakże przed kilkoma laty zamożny obywatel w Warszawie p. Sānger przy ulicy Długiej zamieszkały, tym sposobem życie utracił.

Przekrzywienie palca o którym tu mowa nie zdarza się nigdy ani u dzieci ani u młodzieży i poczyna się rozwijać dopiero po dojściu do dojrzałości. Bywa ono często dziedzicznym i z łatwością daje się stwierdzić w kilku pokoleniach. Sz. znajdował go częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn co, jak to zaraz widzicie będziemy, wy tłumaczyć nie trudno. Bywa zaś ono obustronne lub jednostronne tylko. W pierwszym razie nie dosięga nigdy tak wysokiego stopnia jak w drugim.

Przekrzywienie palucha uważanem jest powszechnie jako skutek wadliwego obuwia, mianowicie takiego, które robione jest na jedną nogę, to jest tak, ażeby na obie używanem być mogło, gdy ono opatrzone jest wysokim obcasem i w palcach ostro zakończone. Zdanie to ugruntowało się jeszcze silniej od czasu jak Hermann MAYER zwrócił uwagę na szkodliwość takiego obuwia i podał naukowe zasady do wyrabiania takiego, jakie najlepiej

warunkom chodzenia odpowiada. Niema wątpliwości, że wadliwość palucha która nas tu zajmuje, można po części temu przypisać wpływowi, że on jednak nie jest ani jedynym ani nawet głównym—tego dowodzi właśnie powyższe spostrzeżenie; gdyż najprzód: widząc, że przekrzywienie palucha jest dziedzicznym w rodzinie matki mężczyzny, z którego stóp zdjęto gipsowe odlewy, starano się od pierwszej młodości o najwygodniejsze i szerokie w palcach dla niego obuwie; a powtóre: gdyby jemu tylko należało szkodliwy wpływ przypisać, to dla czegoż wadliwość w położeniu palucha rozwinęła się wyłącznie tylko na lewej stopie; a po trzecie: obuwie nie mogło przecież spowodować przekrzywienia pięty, ani też przekrzywienia poduszki, z któremi wykrzywienie palca stoi w wyraźnym związku. Otóż przyczyna tego wszystkiego przy bliższym rozpatrzeniu się w tym, równie jak w kilkudziesięciu innych podobnych przypadkach przez SZOKALSKIEGO bliżej zbadanych, znalazła się daleko głębiej. Zależała ona zawsze od lekkiego skrzywienia dolnej kończyny w kolanie w ten sposób, iż goleń zamiast być na jednej linii z udem była nieco odrzucona na zewnątrz, a jeżeli w takich razach zachodziła jeszcze wrodzona nierówność pomiędzy obiema kończynami na niekorzyść skrzywionej, to skoślawienie palucha wytwarzało się na niej w nierównie wyższym jeszcze stopniu. Przy tych warunkach skoślawienie palucha widywał Sz. nawet u ludzi, którzy nigdy nie chodzili w obuwiu i z tym tylko wyjątkiem, iż u nich nigdy nie było wytworów ciśnienia na wierzchołku kąta skrzywienia. Jeżeli obie kończyny, począwszy od kolan, kierują się na zewnątrz, to chód staje się chwiejnym i kaczkowatym; chcąc przeto takowemu wahaniu się ciała na stronę zapobiedz przy chodzeniu, wykręcamy instynktowo palce nóg na zewnątrz i zyskujemy tym sposobem obszerniejszą od zewnątrz podstawę przy przenoszeniu ciężaru ciała z nogi na nogę. Nacisk palcami o ziemię nie pozwala się ciało na stronę gibać, ale też za to przy każdym kroku najprzód palec wielki jest na zewnątrz odpychany i nakoniec coraz się bardziej w kierunku ukośnym ku zewnątrz ustala. Ztąd pochodzi, że jego przekrzywienie nie jest nigdy wadą wrodzoną, lecz w późniejszym dopiero wytwarza się wieku; wrodzoną jest tylko wadliwe skrzywienie w kolanie, a odepchnięcie palca na zewnątrz jest bezpośrednim tylko skutkiem chodzenia na przekrzywionej i nieco skróconej kończynie. Ponieważ jak wiadomo u kobiet zbliżenie kolan ku sobie i odruczenie goleni ku zewnątrz jest prawidłowym, a skutkiem tego jest u nich większa skłonność do obracania stóp więcej palcami w pole, więc też i wykrzywienie palucha na zewnątrz z samej natury rzeczy, musi u nich zdarzać się częściej. Jeżeli obok skrzywienia kończyny w kolanie istnieje jeszcze lekkie jej skrócenie, co już samo rzeczone skrzywienie za sobą pociąga, to objawi się to przez całą postawę ciała. Ramię odpowiednie skrzywieniu będzie stało niżej, kadrub pochyli się troszkę na stronę tak, iż po samej ciała postawie można będzie przewidzieć z której strony palec jest skoślawiony. Nadmienić jeszcze wypada, że osoby takie stając zwykle frontem, stopę skoślawioną obracają więcej palcami w pole, czyli, że stają w tak zwanej trzeciej tancerskiej pozycji. Jedyny środek do zaradzenia powyższej wadzie polega na odpowiedniej budowie obuwia. Powinno ono być szerokie w palcach, w miejscu kąta sterującego od wewnątrz, przy stawie palucho-śródstopowym skóra powinna być wytłoczona stosownie iżby kąt rzeczony w sobie mieściła i nienaraziła go na szkodliwe ciśnienie. W każdym razie wyższe nieco obcasy będą pożyteczne, zmuszą bowiem nogę przy chodzeniu do stawiania się prosto palcami naprzód. Jeżeli zaś postawa ciała wykazuje, że jedna z kończyn jest krótsza, to potrzeba temu zaradzić przez wyższy obcas i grubszą podszewkę. Chcąc tę grubość dostatecznie wymierzyć, potrzeba pod nogę krót-

szą podkładać cienkie deszczki, dopóki się oba ramiona, w postawie frontem, nie wyrównają. Jeżeli różnica jest znaczna od 8 do 10 linii np., to odejmuje się połowę od obeasa zdrowej nogi, a do obeasa drugiej nogi taką samą grubość dorzuca; w każdym razie podeszwy obuwi powinny być podwójne, a na stopie więcej skoślawionej nawet potrójne, ażeby ich zginanie się w samych palcach ile możności uniemożliwić. Wszystkie te przepisy tam mianowicie powinny być zachowane, gdzie paluch jeszcze się nie przekrzywił i tylko postawa młodzieńca nieco przekrzywiona na bok, oraz istniejąca już wadliwość tego rodzaju u jednego z rodziców, a mianowicie u matki okazuje, iż niebezpieczeństwo skoślawienia palucha zagraża. △

WYKŁADY KLINICZNE.

O ostrem zapaleniu kości w okresie wzrostu,
przez P. VOGT'A, prof. z Greifswaldu 1).

Podał H. Kuzkowski.

Chory, będący przedmiotem niniejszej lekcji, był przed 14 dniami po raz pierwszy badany; wtedy już przedstawiał widoczne umiejscowienie choroby w prawej dolnej kończynie. Przed 8 dniami przy zadawalniającym ogólnym stanie zdrowia, bez widocznej przyczyny powstała bolesność i obrzmienie okolicy prawego kolana w połączeniu z utrudnieniem czynności dotkniętej kończyny, tak, iż gdy w pierwszych zaraz dniach także i okolica stawu stopowego była wrażliwą, najpierw wezwany lekarz uznał cierpienie za ostry gościec stawowy. Lecz już przed 14 dniami powiększona objętość okolicy prawego kolana na pierwsze wejście wpadająca w oko, przy dokładniejszym obejrzeniu musiała być odniesioną powyżej, t. j. do dolnej części uda, a wyniki z obmacywania wykluczały w zupełności cierpienie stawu. Rzeczywiście przy uciskaniu wszystkich po kolei części stawu nie spotykało się nigdzie wyraźnych zmian, ani bólu; natomiast ucisk powyżej guzów kości udowej, na granicy odpowiadającej linii nasady (*epiphysis*), wywoływał gwałtowny ból, zmniejszający się coraz więcej w miarę posuwania się ku górze. W tem to miejscu przy niewielkiem obrzmieniu części miękkich, kość udowa przedstawiała się jako twardej jednostajny guz, tak nagle odgraniczony powyżej jej środka, że przy powtarzanem badaniu doznawało się wrażenia wylanej po złamaniu kostniny. Ruchy czynne i bierne kończyny były nadzwyczaj bolesne, lecz tylko w dolnej części uda; staw skokowy przedstawiał niewielką wrażliwość tuż ponad linią stawową. Co do stanu ogólnego, to chory przedstawiał obraz dotkniętego ciężką durzycą.

Ze względu na umiejscowienie dotykalnych zmian w kości na linii nasady i dolnej części trzonu kości udowej, przy ostrym dotychczasowym przebiegu i towarzyszącym wysokim stanie gorączkowym, przyjęto cierpienie za ostre zapalenie kości udowej (*osteomyelitis et osteochondritis*).

W chwili ostatniego badania chory przedstawia się zupełnie inaczej. Objawy ogólne z zejściem ciepłoty do stanu prawidłowego zniknęły, i po zdjęciu opaski widzimy znaczne zmniejszenie obrzmienia uda. Przy niewielkiej bolesności na linii nasady, wyczuwa się jeszcze guz ostro odgraniczony ku środkowi kości udowej, który się teraz przy mocnem obma-

1) Ueber acute Knochenentzündungen in der Wachstumsperiode VOLKMANN'S *Sammlung klin. Vorträge*. 1874 N. 68.

cywaniu przedstawia jako powiększenie objętości trzonu (*diaphysis*) kości udowej, podczas gdy nasada i staw są wolne. Bez pierwszego badania i dotychezasowego przebiegu, możnaby łatwo cierpienie to wziąć za podostre zapalenie okostni (*periostitis*) z obfitym złogiem podokostnym, i zdziwić się nadzwyczajnie, gdyby po nagłym odnowieniu się początkowej sprawy, w krótkim czasie i przy groźnych ogólnych objawach, nastąpiło zropienie na linii nasady i zgorzel całego trzonu kości udowej; podczas gdy w rzeczywistości to najgorsze zejście leży w granicach możliwości.

Daleko częściej jednakże inny jest przebieg i zejście tego rodzaju przypadków; trzyma ono środek między dwoma wspomnianymi ostatecznościami, t. j. nie następuje ani zupełny powrót do zdrowia, ani też ostre zropienie na linii nasady, lecz częściowa zgorzel (*neerosis*) na dolnej trzeciej części kości udowej, lub dolnej części kości goleniowej. Ponieważ te trzy postacie chorobne zapalenia kości występują wyłącznie u osób młodych, to przyjąć wypadnie, że przyczyną usposabiającą przedewszystkiem jest wiek. Okres wzrostu nadaje kośćcowi, a raczej tkankom mającym udział przy wzroście kości stan fizjologiczny, który musimy uważać za usposabiający do spraw zapalnych. Samo się przez się rozumie, że jak w całym ustroju, tak i tu podniesiona zmiana materji ma tylko jeden krok do zapalenia, na wywołanie którego małej już tylko potrzeba przyczyny.

Oprócz tego ogólnego usposobienia kości dziecięcych do zapalenia, musimy przypuścić, że istnieje także w kościach długich (*Röhrenknochen*) usposobienie miejscowe. Wziąwszy pod uwagę odżywianie i wzrost kości, to już nie wdając się w szczegółowe rozprawy o wyłączeniu, lub też przeważnym międzykomórkowym, lub innym ich powiększaniu się, rzeczą jest niezaprzeczoną, że na granicy nasady i trzonu zmiana materji jest największą, czy to przy przybywaniu na chrząstecę nasady, czy też przy międzykomórkowym wzroście trzonu; w tej przeto okolicy przeważnie znajdujemy usposobienie do zapalenia. Lecz to przypuszczenie nie ma w sobie nic szczególnego, dość wspomnieć na obraz przewlekłych zapaleń kości: krzywicę wieku dziecięcego (*rhachitis*). Jeżeli przyjmujemy według VIRCHOWA cierpienie to za mięszone zapalenie kości, przy którym powstaje tkanka kostna z licznych nowowytworzonych bezwapiennych komórek kostnych, przy obfitem wytwarzaniu się naczyń krwionośnych; to znajdziemy na linii nasady dotykalne objawy zmian chorobnych. Dołączony do tego nowe przekonywujące poszukiwania WEGNERA nad cierpieniem mięszu kości długich, spowodowanem przez dziedziczny przymiot kości u dzieci, które się przedstawia jako zapalenie kości i chrząstki (*osteochondritis*) na nasadach z jednoczesnymi zmianami w okostni i szpiku, musimy wyprowadzić wniosek, że i ostre zapalenie kości w okresie, wzrostu nie wywołane przez obrażenie (*trauma*), też same również zajmuje miejscowości. W rzeczywistości tak często zdarzające się w praktyce sprawy chorobne w tych miejscach kości długich, tem łatwiej dadzą się objaśnić, jeżeli weźmiemy na uwagę, że oprócz usposobienia ogólnego i miejscowego, przypadkowe przyczyny również tutaj najczęściej działają, gdzie już stosunkowo małej potrzeba przyczyny do wywołania znanych następstw. Codziennie spostrzeżenia przekonywają, że ten sam czynnik mechaniczny inny wywiera skutek na kośćce osobnika dorosłego, a inny u dziecka.

Upadnięcie na wyciągniętą instynktownie rękę powoduje u dorosłego złamanie kości sprychowej; u dziecka przy wyciągniętej ręce, sprężysta podpora przenosi uderzenie aż do kadłuba: następuje złamanie obojczyka. U dorosłego przy wyciągnięciu kończyny potrzebnem do uzyskania silnej podpory, łatwo następuje skutkiem gwałtu zewnętrznego przyciągnięcie (*Ueberstreckung*) i zwichnięcie ramienia ku tyłowi; u dziecka siła mięśniów

nie wystarcza do wytrzymania gwałtownego wyciągnięcia: kończyna zgina się i przy uderzeniu następuje złamanie wyrostka łokciowego, albo też odzielenie się jego na linii nasady. Nadwichnięcia (*Zwischenstufen*) częste u dorosłych, rzadko się zdarzają u dzieci, gdyż u tych ostatnich w okolicach stawów linie nasad są miejscami najłatwiejszemi do uszkodzenia. Niech więc te przykłady wystarczą do wykazania, że na częstość spraw zapalnych w okolicy linii nasad, oprócz poprzednio wykazanego fizyologicznego usposobienia, wpływają także i stosunki anatomiczne, czyniąc je miejscami mniejszej odporności na przyczyny przypadkowe.

Dla dostatecznego wykazania stosunków patogenetycznych musimy pójść jeszcze dalej. W większej liczbie przypadków zapalenia kości wyłącznie prawie tylko niektóre okolice nasad bywają dotkniętymi. I tak spostrzega się najwięcej zgorzeli na dolnej połowie kości udowej i górnej kości piszczelowej. W klinice Greifswaldzkiej na 83 przypadków zgorzeli 43 przypadło na wymienione części. Przeszukując w literaturze przypadki ostro przebiegającego zapalenia kości i jej szpiku (*osteomyelitis*) znajdziemy ten sam stosunek.

CHASSAIGNAC ¹⁾, któremu zawdzięczamy pierwszy opis samoistnego zapalenia kości i szpiku (*osteomyelitis spontanea*) nie zwraca uwagi na to szczególne usposobienie kości udowej. DEMME ²⁾ opiera swój opis tego cierpienia, na najczęściej spotykanym obrazie rozlanego zapalenia kości udowej (*osteomyelitis spont. diffusa femoris*), na 23 przypadki — 17. FRANK ³⁾ na 34 przypadki przy zapaleniu kości (*osteomyelitis*) powstałego zropienia (stopienia) nasady, 17 razy sprawę tę spostrzegł na dolnym końcu kości udowej. Nareszcie KLOSE ⁴⁾, który zapalne stopienie nasady (*entzündliche Epiphysenlösung*) uważał za oddzielny rodzaj choroby, na 13 przypadków 7 spostrzegł na dolnej części kości udowej. W ogóle zbierając wszystkie lżejsze i cięższe przypadki zapalenia kości (*osteomyelitis*), znajdziemy uderzającą ich przewagę na wspomnianych okolicach. Szukając dla tej okoliczności klinicznego wyjaśnienia, nie można pozostać na zdaniu KLOSE'GO i DEMME'GO, którzy jedynie tylko przyczyny obrażeń i gośco-we podają. Kolano i w ogóle dolna kończyna rzeczywiście wystawione są więcej od innych części na wpływy obrażeń i zmiany ciepłoty, lecz te przyczyny mogą być tylko uważane za uboczne, głównych szukać potrzeba w stosunkach anatomicznych. Przy chorobach ogólnych (konstytucjonalnych) kości w najmłodszym wieku dziecięcym i u noworodków, gdzie o wpływach zewnętrznych i mowy być nie może, wspomniane miejsca przedewszystkiem zostają dotkniętymi, tak, że WEGNER przy przymiocie kości dziedzicznym, w skali natężenia częstości choroby na pierwszym miejscu stawia dolny koniec kości udowej.

Drugi punkt zapatrywania się byłby ten, że ta sprawa przeważnie pojawia się w tej okolicy, która w kościach długich przedstawia największą powierzchnię kostnienia, t. j. w kolanie. Uważając granice okolicy nasady i trzonu w ogólności za miejsca szczególniej usposobione do sprawy chorobnej, to samo się przez się rozumie, że przy postępującym wzroście najdłużej zachowują swe usposobienie te miejsca, które będą miały najdłużej też same warunki anatomo-fizyologiczne, t. j. które najpóźniej ulegną

¹⁾ Gazette medicale 1854 Nr. 33 sqq. Mémoires sur l'osteomyelite.

²⁾ Zur Kenntniss und Behandl. d. Osteomyelitis spontanea diffusa, Langenbeck's Archiv III, p. 169 i następne.

³⁾ Dissert. inaug., Giessen 1861.

⁴⁾ KLOSE, die Epiphysentrenn. eine Krankheit der Entwicklungszeit. Prager Viertel-jahrschrift 1858, p. 97 sqq.

skostnieniu. Do tych należy dolna linija nasad kości udowej i górna kości goleniowej, a po nich idzie górna część kości ramieniowej (*humerus*) i dolna sprychowej (*radius*).

Różnica w okresie kostnienia kości długich zaopatrzonych w górną i dolną nasadę, zależną jest od przebiegu tętnicy odżywczej. Jakkolwiek otwory odżywcze nie są stałe, te jednakże tętnice przebiegają w ten sposób, że na górnej kończynie zbliżają się do łokcia, t. j. na ramieniu idą ku dołowi, na przedramieniu wstępują ku górze; podczas gdy na dolnej kończynie oddalają się od kolana, t. j. tętnica odżywcza na kości udowej skierowana jest ku górze, na kości zaś goleniowej i piszczelowej ku dołowi. Podług tego BERARD podaje jako ogólne prawidło, że te nasady najpierw się zrastają z trzonami, które leżą w kierunku prądu tętnicy odżywczej, a UFFELMAN¹⁾ na mocy ścisłych poszukiwań histologicznych wykazał szybsze kostnienie w kierunku tętnicy, co doprowadziło następnie do wniosku, że stosunki tętnicy odżywczej mają też wpływ i na sprawy chorobne. GUÉRETIN zgodnie z CURLINGIEM i ADAMS'EM starał się wykazać, że przy złamaniach kości w trzonie opóźnia się wytwarzanie kostniny, lub fałszywy staw powstaje (*pseudoarthrosis*) najczęściej na tym końcu, ku któremu nie jest skierowany prąd tętnicy odżywczej, czemu zresztą GURLT i VOLKMANN zaprzeczają. Na dalsze stosunki krwiobiegu do spraw zapalnych pierwszy zwrócił uwagę ENGLISCH²⁾, na którego rozprawę: „*Multiple recidivirende Knochenentzündung und ihre Beziehung zu den Arteriae nutritives*” przy poszukiwaniach mało zwracano uwagi. W porównawczej tablicy przyszedł on do wniosku, że sprawy chorobne najpierw rozpoczynają się na tym końcu kości, ku któremu skierowaną jest tętnica odżywcza, i którego nasada najpierw zrasta się z trzonem, podczas gdy dalszy rozwój na przeciwnym końcu występuje. Temu prawu zupełnie zaprzecza nasza skala częstotści; widzimy że dolna część kości udowej i górna goleniowej najczęściej podlegają ostremu i podostremu zapaleniu, podczas gdy tętnica odżywcza na kości udowej od środka wstępuje ku górze, a na kości goleniowej od górnej trzeciej części zstępuje na dół.

W ogóle dziś nikt nie zaprzecza bezpośredniego związku zapaleń z rozprzeźnieniem się naczyń, zachodzi tylko pytanie, czy otoczenie pni naczyńowych ma szczególne znaczenie. VOLKMANN jest zdania, że sprawy zatorowe (emboliczne) bardzo rzadko dają powód do znaczniejszych zmian w kościach, ponieważ kości odbierają swą krew z wielu i różnych stron, i stąd przy wielkiej prawidłowości połączeń (anastomoz), zaburzenia w krążeniu łatwo się wyrównują; tymczasem HARTMANN³⁾ stara się wykazać doświadczalnie wpływ zatoru i zatkania tętnicy odżywczej. Pośredni też wpływ tętnicy odżywczej nie da się zaprzeczyć, ile że tętnice wpływają na żywszą zmianę materji i wczesniejsze kostnienie na odpowiednich granicach nasad, a że rozkład naczyń wpływa na umiejscowienie pewnych spraw chorobnych, przekonywamy się przy spostrzeganiu zakończenia zapalenia kości t. j. zgorzeli. Zupełne podobieństwo do zapalnego stopienia się kości przy rozrzedzającym zapaleniu (*Ostitis rarefaciens*) widzimy na martwaku, który na zewnętrznej powierzchni nosi ślady oddzielenia się (*demarkatio*). Równolegle przebiegające brózdy podłużne odpowiadają dostatecznie przebiegowi przewodków HAVERS'A, których naczynia przez nadmierne rozszerzenie się prowadzą do stopienia tkanki kostnej, a przeto do oddzielenia się martwaka. Przeciwnie na torebce martwaka często otwory

¹⁾ Beiträge zu der Lehre von den Knochen jugendlicher Individuen.

²⁾ Wiener med. Wochenschrift 1870, Nr. 43—48.

³⁾ Virchow's Archiv, Band VIII, p. 114.

(*cloaca*) odpowiadają bezpośrednio miejscu wejścia naczyń, tak, iż usiłowanie ustanowienia związku zachodzącego między zapaleniem kości, a układem naczyń krwionośnych, nie może być usuniętem.

Oprócz powyższych usposabiających momentów ogólnych i miejscowych, które zaliczamy do fizjologicznych, gdyż one są właściwe pewnemu okresowi życia, musimy jeszcze wspomnieć o usposobieniach chorobnych, mianowicie o chorobach ogólnych dotkniętego osobnika, czy to przez gruźlicę, czy też żółcy, lub przymiot. Pominąwszy ten ostatni, nad którym poszukiwania WEGNERA przy ocenieniu chorób kości wywołały wiele nowych punktów zapatrywania się, przy uznaniu współdziałania szpiku kostnego w tworzeniu się krwi, będziemy zmuszeni postawić miejscowe cierpienia kości i choroby ogólne w stosunku przyczyn do skutków i naodwrot. W każdym razie możemy przyjąć, że od tego chorobnego usposobienia osobnika, mniej zależy samo zapalenie kości, jak raczej jego postać i przebieg. Rozdzielenie zapalenia kości w okresie wzrostu na zapalenie okostni (*periostitis*), kości (*ostitis*), kości i szpiku (*osteomyelitis*) nie jest możliwem, ponieważ wspomniane tkanki jednocześnie zostają zajęte, i tylko z powodu różnego ich udziału w sprawie chorobnej, występuje różny obraz kliniczny i różny przebieg. Z tego powodu, gdy przy cierpieniu kości jako narządu, udział zbitej tkanki kostnej nie jest wydatny, możemy całą sprawę nazwać zapaleniem szpiku i okostni (*myeloperiostitis*) z zastrzeżeniem, że przy umiejscowieniu cierpienia na końcu trzonu, przyłącza się także zapalenie kości wraz z chrząstką (*osteo-chondritis*) na linii nasady już to pierwotnie, już następowo.

Rozbierany przypadek przedstawia stosunkowo bardzo łagodną postać zapalenia; najgłówniejsze miejscowe objawy odpowiadają zapaleniu okostni dolnej połowy kości udowej; rozdęcie i bolesność kości przy objawach gorączkowych mogłyby być następstwem zapalenia okostni (*periostitis*), lecz umiejscowienie przy braku bezpośredniego obrażenia mówi przeciwko temu. Gdybyśmy rzeczywiście mieli do czynienia z zapaleniem okostni, to nie byłoby wyjaśnionem dla czego miejscowe zapalenie mimo dłuższego trwania zatrzymało się na linii nasady; okostnia trzonu ma ciągłość z okostnią nasady i właśnie na tej ostatniej znajduje się część okostni najsiłniej unaczyniona, tak, iż w żaden sposób nie możnaby było wytlómaczyć zatrzymania się sprawy chorobnej na linii nasady, a co właśnie można uczynić przy zapaleniu szpiku. Zapalenie kości, szpiku (*osteomyelitis*) trzonu znajduje naturalną przeszkodę szerzenia się w chrząstce ośrodkowej, i gdy tę zaporę przekroczy, szerzy się pośrednio lub bezpośrednio dosięgając do okostni nasady. Za zapaleniem kości i szpiku przemawia także cechujący rodzaj nabrzmienia; objaw ten obok innych, nawet od samego początku cierpienia jest najpierwszą wskazówką rozpoznawczą. DEMME go określa jako od samego początku głęboko leżące obrzmienie, ponad którym części miękkie jeszcze się okazują niezmięcionemi; tymczasem jeżeli się szybko powiększa, to występuje ciastowate obrzmienie skóry i tkanki komórkowatej podskórnej, a jednocześnie powstaje twardsze ostro na kości odgraniczone wyniesienie, na którego granicy ból powstający za naciskiem nagle ustaje. Przytem nie ma jeszcze podniesienia ciepłoty, ani nie widać zmiany barwy skóry. Ta ostatnia następuje dopiero później, gdy wznoszący się pod powiezią guz daje się coraz wyraźniej rozeznac jako ropne zapalenie tkanki łącznej (*phlegmone*) i po największej części dopiero wtedy, gdy powiększający się ropień zbliża się do skóry. Podawane przez CHASSAIGNAC'A zaczerwienienie skóry jest zawsze następstwem, spowodowanym przez zapalenie okostni, albo ropienie powstające przy złośliwych postaciach często nadzwyczaj gwałtownie. Przy tym ostatnim przebiegu zwykle zjawia się szyb-

ko zapalenie naczyń chłonnych (*lymphangoitis*), żył (*periphlebitis*); przy piorunującej postaci (KLOSE'GO) występuje brudno-ziemiste zabarwienie skóry. Te ostatnie objawy są cechującemi i dla postaci piorunującego zapalenia szpiku i okostni (*myeloperiostitis*) CHASSAIGNAC'A, którą on nazywa „*Typhus des membres*”. Wybór tej nazwy jest poniekąd usprawiedliwionym, gdyż połączenie ogólnych objawów, które spotykamy obok powyżej wspomnianych miejscowych, przedstawia wielkie podobieństwo z obrazem durzycy, często aż do najdrobniejszych szczegółów. Obecny przypadek przekonywa, że nawet w takich postaciach spotyka się cały szereg ogólnych durzycowych objawów, gdy jeszcze przyjsć może do zupełnego wyrównania się (*restitutio ad integrum*). Najzłośliwsze postaci ostrego ropnego zapalenia kości są te mianowicie, które spostrzegali CHASSAIGNAC, KLOSE i GOSSELIN, tymczasem w rzeczywistości stanowią one tylko niewielką odsetkę powstających w okresie wzrostu bez przyczyny obrażeńowej (traumatycznej), pod postacią zapalenia szpiku i okostni (*myelo-periostitis*). Oprócz powyżej wyszczególnionych objawów rozpoznawczych, jest jeszcze nieoszacowany środek w przekłóciu (*punctio probatoria*) przy ropnem zapaleniu okostni (*periostitis suppurativa*) i zapaleniu szpiku (*myelitis*). W razie potrzeby przekłócie dokonywa się za pomocą igły MIDDELDORF'A w ten sposób, iż najdelikatniejszy trójgraniec wbija się aż do kości; po wyjęciu igły cewka służy za zgłębnik do ocenienia stanu okostni, samej kości, i wyprowadzenia ropy *ad oculos*. Po największej części pomoenniczego tego środka do rozpoznania używa się tylko bezpośrednio przed działaniem leczniczem, gdy w ogólności ze względu na to ostatnie, szczegółowe wskazanie jeszcze nie mogło być ustanowionem.

(d. n.)

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Nowy sposób postępowania przy otruciu chloroformem polega na wysunięciu całej żuchwy, a to w ten sposób: Staje się z tyłu leżącego chorego, kładzie się oba paluchy na spojeniu żuchwy ze szczęką, a drugim członkiem zgiętych wskazicieli naciska się na tylny brzeg gałęzi wstępujących żuchwy i tak między obie ręce uchwyconą całą kość ciągnie się silnie naprzód. Udaje się to najlepiej przedstawivszy sobie, iż chcemy głowę i całe ciało chorego podnieść w górę. Przy zwolnionych w skutek chloroformowania mięśniach, czujemy jak główka żuchwy a więc i cała żuchwa wysuwa się naprzód, przez to zęby dolne stają przed górnymi i chory dostaje kształtu twarzy, jaki francuzi nazywają „*ganache*”. Jeżeli powiódł się ten rękoczyn, który szczególnie łatwym jest u dzieci, to natychmiast następuje głębokie oddechanie, przedłużające się dotąd, dopóki trzymamy żuchwę „zwichniętą” naprzód. Z usunięciem przeszkody oddechania znikają objawy duszenia i otrzymujemy tenże sam skutek eo dawniej przez wrywanie zębów i wyciąganie języka. Jeżeli przy poczynającym się zaduszeniu, zęby w skutek kurczu mięśni silnie są zaciśnięte, to sposób ten nie da się zastosować. Działanie tego postępowania tłumaczy się w ten sposób: jeżeli wyśiągniemy żuchwę naprzód tak, by zęby dolne stały przed górnymi (a w położeniu leżącym nad górnymi), to i język, który przed tem opuszczony wtył zamykał, przez ucisk na nagłośnią (*epiglottis*), otwór dróg powietrznych, wykona takż sam ruch na przód a przez napięcie więzów języko-nagłośniowych (*ligg. glosso-epiglottica*), nagłośnia i łuki językopodniebienne (*arcus glosso-palatin*) zostają ciągnięte na przód i przestrzeń między łukami (*interstitium arcuarium*) otwiera się szeroko. Sposób ten chociaż już od lat 10 używany na klinice prof. ESMARCI'A w Kiel i znany wielu lekarzom, został dopiero po raz pierwszy opisany w *Berl. Klin. Wochenschr.* 1874—36 przez Dr. HEMBERG'A z Christianii. Prof. ESMARCI podaje w Nrze 52 t. p. tłumaczenie jego działania, oznajmia iż nauczył się go od Dr. J. S. LITTLE 1864 r., nie wie jednak, czy ten ostatni sam go wymyślił, czy też nauczył się go w Londynie.

O szczególnej postaci różyczki (*purpura*). Prof. HENOCI (Berlin) opisuje pod tą nazwą (*Berl. klin. Wochenschr.* 1874—51), 4 spostrzegane przezeń przypadki, które odznaczały się połączeniem różyczki, z uderzającymi objawami ze strony jelit, bólami goścocowymi (reumatycznymi) stawów i ich obrzmieniem. Znamionującym dalej jest występowanie tych objawów w napadach z kilkudniowymi przestankami, tak że cała choroba trwała w lżejszych przypadkach 3—7 tygodni, a w cięższych do 3 miesięcy. Napady poprzedzane były zawsze wspomnianymi bólami goścocowymi w stawach. Różyczka zjawiała się albo w postaci dużych wylewów krwawych (*ecchymoses*), albo też plamki były maleńkie, gęsto usiane, jasno czerwone jak w wysypkach gorączkowych, wystawały nieco nad powierzchnią skóry i pod uciskiem nie znikwały. Najczęściej były na brzuchu, częściejach płciowych i kończynach dolnych; na twarzy II. ich nie widział. Co do objawów ze strony przyrządu pokarmowego, to we wszystkich przypadkach były kilkakrotne wymioty, silne kolki (*colica*), wzdęcie i bolesność brzucha, krwawe stolce. Gorączka bardzo mierna (ciepłota ciała nie przechodziła 38^o,6) lub jej wcale nie było. Wedle prof. II. piśmiennictwo bardzo mało zawiera podobnych przypadków. Znalazł tylko jeden przez VALLIN'A i 2 śmiertelne z których jeden opisał WAGNER, a drugi ZIMMERMANN. W obu znaleziono przy badaniu zwłok zapalenie ropne otrzewni (*peritonitis purulenta*), owrzodzenia w jelitach (*enterohelcosis*), w niektórych miejscach krupowo-błonicowe. Przypadki te mają tyle wspólnego i znamionującego, iż II. sądzi że nie jest to przypadkowy zbieg zjawisk, lecz stoją one ze sobą w pewnym ścisłym związku. Nie jest to plamica goścocowa (*peliosis rheumatica*) bo przy takiej brak objawów jelitowych, ani też plamica WERLHOF'A (*morbus maculosus*) bo prócz krwawych stolców, we wszystkich 7 przypadkach nie było innych krwotoków, przy tem plamicy WERLHOF'A nie towarzyszą wymioty, kolki, bóle goścocowe stawów. Uważa on ten zbiór objawów za chorobę *sui generis*. Prawie jednocześnie Dr. SCHEBY-BUCH ogłosił w *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* (14 B., V i VI II.) wyniki jakie otrzymał z przejrzenia historii chorych leczonych w szpitalu Hamburgskim w przeciągu 40 lat (1833—1873). Wynałazł on 9 przypadków przy których prócz innych zjawisk spotykano zbiór objawów podawany przez II. za znamionujący, a mianowicie: objawy żołądko-jelitowe, cierpienie stawów i pojawianie się różyczki na różnych miejscach ciała. Dalej w 8 z tych przypadków były i krwotoki wewnętrzne, czego II. nie spostrzegł. Nadto S-B. przytacza kilka podobnych przypadków opisanych przez lekarzy różnych narodowości. Auter przypomniałszy czytelnikom zdanie dotąd przyjmowane, że przy plamicy goścocowej nie bywa krwotoków wewnętrznych, a przy różyczce krwotokowej (*haemorrhagica*) cierpienie stawowych, opierając się na opisach chorób przychodzi do wprost przeciwnego wniosku, to jest, że połączenie takie jak różyczka krwotokowa (*purpura haemorrhagica*) z cierpieniami stawowymi nie tylko że jest możebnem, ale nadto nie jest tak rzadkiem. Podziela on zdanie tych nielicznych badaczy (OPPOLZER, LEBERT) którzy utrzymują iż różyczka zwyczajna (*purpura simplex*), r. krwotokowa (*purpura haemorrhagica*) i gnilec (*scorbutus*) są cierpieniami różnemi tylko pod względem stopnia natężenia (*graduell*), a nie jakościowo. Między przytoczonymi opisami znajdują się postacie przejściowe jednego z tych cierpień w drugie.

Otrucie olejkiem gorzkich migdałów (*Nitro-benzol*). Na klinice prof. FRERICHS'A w Berlinie spostrzegano 2 przypadki otrucia sztucznym olejkiem gorzkich migdałów (*Nitrobenzol—Essence de Mirban*). Oprócz przypadłości jakie były i w innych kilkunastu dotąd znanych przypadkach (ból głowy, odurzenie, sinica (*cyanosis*) skóry i błon śluzowych, bez dostatecznego powodu ze strony narządów oddychania i krążenia krwi, zapach silny migdałowy oddechu i otaczającego powietrza, brunatne zabarwienie krwi), znaleziono dość znaczne ilości cukru w moczu — (*glycosuria*). Dr. EWALD docent Berliński i asystent kliniki prof. FRERICHS'A ogłosił w Nr. 52 „*Centralblatt für die med. Wissensch.*” kilka doświadczeń z Nitro-benzolem, jakie robił na psach i królikach. W moczu zwierząt otrutych wspomnianym środkiem znajdował zawsze dosyć znaczne ilości cukru.

(*Berl. klin. Wochr.* 1875—1). W. G.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Poznań. Po dokonaniu wstępnych studyjów i po zasięgnięciu zdania biegłych inżynierów HOBRECHT'A z Berlina i LATHAN'A z Anglii, miasto Poznań już przed rokiem miało być kanalizowane na sposób angielski. Zwłoka pochodzi z winy magistratu. Obecnie władza policyjna wystąpiła do magistratu z energicznym żądaniem: by bezwzględnie przedsięwziętemi były środki dążące do gruntownego oczyszczenia miasta, w którym podobno nieporządek i zakażenie gruntu doszły do najwyższego stopnia.

Niemcy. Reforma stanu weterynaryjnego. Tak w ministerjum rolnictwa w Prusach (minister Friedenthal), jak i w prywatnych kołach weterynarzy całych Niemiec, zajmują się żywo kwestyją reformy, mającej na celu podniesienie naukowego poziomu weterynaryi i kształcenie naukowo i praktycznie uzdolnionych weterynarzy. Obecnie najznakomitsze powagi na tem polu w Niemczech, utworzywszy tak zwaną radę weterynaryjną niemiecką, wystosowały do urzędu kanclerza niemieckiego podanie, w którym żądają przedewszystkiem zmiany programu egzaminacyjnego; wyższego ukształcenia ogólnego jako warunku, od którego ma nadal zależeć przyjęcie do szkół weterynaryjnych; dłuższego czasu trwania studyjów w tych szkołach, w których nadto uczący się nabywać mają ogólne wykształcenie w naukach przyrodniczych. Jednem słowem: wyrażone jest życzenie, by w studyjach weterynaryjnych przyjętym był programat uniwersytecki, przez coby niezawodnie zyskali nietylko ci, którzy weterynarzy potrzebują, ale zyskałby kraj, mając dostateczną liczbę weterynarzy biegłych w zadaniach zdrowia publicznego, które tylokrotnie zależnem jest od stosunków epizootycznych i od umiejętne go wykonywania przepisów policyi weterynaryjnej. Ponieważ sprawy medycyny społecznej leżą w obrębie czynności urzędu kanclerza państwa, zatem wspomniana rada weterynaryjna wnosi, by przy urzędzie tym utworzoną została stała rada weterynaryjna państwa niemieckiego (na wzór projektowanej rady lekarskiej), która by się zajęła ujednostajnieniem prawodawstwa i urzędzenia służby weterynaryjnej w całych Niemczech. U nas reforma tak studyjów weterynaryjnych jak i publicznej służby weterynaryjnej gwałtownie jest potrzebna. O stopniu naukowości (?) naszej szkoły weterynaryjnej niéma co i mówić. Przy dzisiejszem urządzeniu tej szkoły, jej kliniki i t. d., a nadewszystko przy niesłychanie ograniczonych środkach jakie na jej utrzymanie są przeznaczane, niepodobna wymagać, by szkoła ta lepsze niż dotychczas wydawała owoce. Potrzeba koniecznie by władza zajęła się urządzeniem nowej szkoły weterynaryjnej, by kwalifikacje wstępujących do szkoły były wyższe (ukończenie gimnazjum), by fundusz na opłatę pensyi profesorów i na zakłady praktyczne ze szkołą połączone, był znacznie podwyższony. Sądzę, że interes materyjalny wielu i to najzamożniejszych naszych wiejskich posiadaczy i chodowców inwentarza, powinienby ich skłonić, by z jednej strony wystąpili do władzy z usilnem przedstawieniem tego rodzaju, z drugiej zaś strony by sami, przez złożenie odpowiednich funduszów, zapewnili w części przynajmniej byt przyszłej szkoły. Liczba ukształconych praktycznie i naukowo weterynarzy w kraju jest niesłychanie mała, — podobno palce jednej ręki wystarczyłyby do ich zliczenia mogły. W ogóle, weterynarze są u nas przeciążeni czynnościami policyjnemi i nieraz z tego powodu zaniedbywać się muszą. Warunki praktyki weterynaryjnej w kraju naszym wcale złemi nie są. Zdolniejsi weterynarze mają dochody dobre, nieraz bardzo dobre. Przy wyższem uzdolnieniu stanowisko towarzyskie weterynarza by się podniosło, a tem samem i stopa wynagrodzeń by wzrosła. Niesłychanie by też ważnem było dla sprawy zdrowia publicznego w kraju, aby każdy powiat posiadał nauko wo wykształconego weterynarza, jako urzędnika publicznego któremby praktyka była zakazaną lub dozwoloną tylko bezpłatna (szczególniej podczas epizootii), a którego obowiązki ograniczyłyby się na objazdach, śledztwach, raportach epizootycznych i na popularnych wykładach obznajmających sołtysów po gminach z elementarnemi zasadami hodowli i leczenia inwentarza. Znaczna część tych obowiązków leży dziś na barkach lekarzy powiatu. Jak te obowiązki leżące na tych barkach są spełniane?... Z czarną krostą, ze wściekliczną spotykamy się często, zbyt często. Rzeź i sprzedaż mięsa po wsiach i osadach odbywa się w sposób obrzydliwy

i grożący bezustannem niebezpieczeństwem. Sprzedaż wągrowatego mięsa odbywa się bezkarnie. Interes zdrowia publicznego bardziej może jeszcze aniżeli interes posiadaczy obór i stajni wymaga, aby stopień naukowości weterynarzy, liczba ich i uposażenie podniesionemi zostały, i dlatego dziś przy sposobności podobnych żądań w Niemczech wypowiedzianych i my się odzywamy, w czem zapewne znajdziemy poparcie tak w naszych pismach codziennych, jak w kole weterynarzy krajowych. *St. M.*

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Styczniu r. b. były prawie też same co w ostatnim miesiącu r. z. Z powodu jednak zbyt nagłych i częstych zmian ciepłoty powietrzni, liczba przypadków chorób przyrzędu oddychowego znacznie się wzmogła; najliczniejsze zaś były przypadki zapalenia błonicowego gardła, zapalenia nieżytego krtani, drobnych oskrzeli płucnych i płuc samych zwłaszcza u dzieci, między którymi śmiertelność była znaczna; u dorosłych zaś osób przeważało zapalenie opłucni, zapalenie płuc krupowe i krwotoki płucne. Z innych chorób częściej spotykano: reumatyzmy mięśniowe i stawowe i gorączkę połogową bez miejscowych spraw zapalnych z pomyślnym w ogóle przebiegiem.

Towarzystwo lekarskie otrzymało w tych dniach, od dwóch lat blisko oczekiwane, zezwolenie i zatwierdzenie właściwej Władzy do przyjęcia i wprowadzenia w wykonanie ustawy funduszu imienia Dra Tytusa CHALUBIŃSKIEGO. Szczegóły dotyczące tej sprawy wkrótce podamy, dziś zaznaczamy tylko tę błogą chwilę w której Towarzystwo może fundusz ten przyjąć od Dra Rogowicza, który dotąd go strzegł i przechowywał, i przystąpić do wykonania woli ofiarodawców.

Nowi lekarze. W ubiegłym miesiącu otrzymali stopień lekarza w tutejszym uniwersytecie następujący jego wychowawcy: Jagielski Edward, Jaworowski Aleksander, Petelak Wojciech i Słupczyński Jan. *J. R.*

O g ł o s z e n i a.

Apteka L. Ziemińskiego, Magistra Farmacyi w Warszawie, przy ulicy Marszałkowskiej wprost Zielonego placu.

Otrzymała: świeży transport **Tranu Łofodzkiego** oczyszczonego podług metody Aptekarza Mellerera z Christianii — flaszka 50 kop.; **Tran z żelazem i Jodkiem żelaza,** **Maltz-Extrakt Dr. Linka** z Stuttgartu, z **Chiną i Pepsiną,** — oraz **Pastyłki od kaszlu i Pastyłki paryskie** (de Dethan) w bólu gardła, zapaleniu i owrzdzeniu dziąseł, skorbutcie, ślinopływie rzęciowym — oraz przeciw chrypcy używane.

KĄPIELE SIARCZANE.

Z monosulphuretum sodii, podług farmakopei Paryskiej: *Bain de Barèges artificiel*
cena jednej kąpeli kop. 75

Balneum sulphuratum liquidum z trójsiarku „ kop. 40

Balneum sulphuratum liquidum z pięciosiarku „ kop. 40

Balneum sulphuratum Plenki z pięciosiarku i kwasu solnego kop. 50

wyrabia apteka Karpińskiego przy ulicy Elektoralfnej w Warszawie; za staranność i akuratność wyrobu poręczam.

W. Karpiński, Magister farmacyi.