

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: Sprawozdanie z operacyj chirurgicznych dokonanych w szpitalu miejskim w Krasnojarsku od r. 1873 do d. 14 Marca 1875 r. Podał Dr. Zenon Nowodworski.—Z kazuistyki położniczej. Użycie kąpieli cieplej celem zapobiegania rozwinięciu się gorączki połogowej. Podał Dr. Konrzt. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Przyczynek do nauki o zalewie krwistym rdzenia kręgowego. Przez E. GOLTDAMER'A. W streszczeniu podał Dr. Kuszowski. (Dokończenie).—Krotkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Uwagi nad zapaleniem opłucni i odmą piersiową. Leczenie płasawicy. Wycięcie śledziony. Przeciw pokrzywce.—Kronika zagraniczna. Marsylja. Pomoc lekarska podczas nocy. Filadelfija. Zamknięcie fabryki dyplomów doktorskich. Homeopatia. Muzykalność solitera.—Ogłoszenia.

S P R A W O Z D A N I E

z operacyj chirurgicznych dokonanych w Krasnojarskim szpitalu miejskim, od r. 1873 do 14 Marca 1875 roku.

Podał Zenon Nowodworski Ordynator tegoż szpitala.

Od roku 1873 do d. 14 Marca 1875 r., zarządzając oddziałem chirurgicznym Krasnojarskiego szpitala miejskiego, miałem sposobność wykonać szereg operacyj, o których wzmianka, jakkolwiek krótkim jest moje sprawozdanie, zawsze jednak nie bezużyteczną być może w obszernej dziedzinie badań chirurgicznych.

Ze 101 wykonanych przeze mnie w danym okresie czasu operacyj, zakończyło się śmiercią 3; co stanowi około 3% śmiertelności.

Szczegółowy wykaz operacyj przedstawia tablica następująca ¹⁾.

W r. 1875, z większych operacyj, wykonałem tylko jedną CHAUPART'A. Jakkolwiek chory wyzdrowiał, nie zamieściłem jej w tablicy zpowodu zbyt krótkiego pozostawania chorego w spostrzeganiu, a ztąd braku wiadomości co do dalszych skutków operacji, pod względem używalności nogi. Operacyja wykonaną została wskutek odmrożenia stóp. Jednocześnie z wykonywaną przeze mnie operacyją CHAUPART'A na lewej stopie, dyrektor szpitala, Dr. PIKOK wykonywał odjęcie stopy prawej w śródstopiu. Chory chłopak lat 15, nieco małokrwisty zniósł obie operacje dobrze. Okres gojenia się ran przeszedł bez żadnych powikłań.

Szpital Krasnojarski posiada zasoby bardzo znaczne; lecz co do urządzenia i utrzymania, pozostawia nader wiele do życzenia. Bliższe rozpatrzenie stanu szpitala, tak konieczne do dokładnego zrozumienia każdego spr-

¹⁾ Pomieszczona na str. 702. (Red.).

Nazwa operacyi.	W roku 1873.			W roku 1874.		
	Ogół oper.	Wyzdr.	Zmar.	Ogół oper.	Wyzdr.	Zmar.
Odjęć uda	6	5	1	2	—	2
„ goleni	4	4	—	6	6	—
„ przedramienia	3	3	—	2	2	—
„ ramienia.	1	1	—	—	—	—
Wyluszczenia: palców w rozmaitych stawach górnych i dolnych kończyn	28	28	—	9	9	—
„ 3-go palca lewej ręki wraz z kością dłoniową	—	—	—	1	1	—
„ wszystkich palców na kończynach dolnych	16	16	—	—	—	—
„ w stawie golenio-stopowym.	—	—	—	1	1	—
CHAUPART'A	2	2	—	3	3	—
Wycięcie końca łokciowego kości ramieniowej prawej	—	—	—	1	1	—
Rak nabłonkowy (<i>cancer epithel.</i>) równoległy do szczęki dolnej (<i>ram. horyz.</i>)	—	—	—	1	1	—
Tłuszczak tamże	—	—	—	1	1	—
Rak wargi dolnej	8	8	—	—	—	—
Brodawkowiec kolana (<i>papilloma genu</i>)	1	1	—	—	—	—
Zawrócenie powieki do wewnątrz.	3	3	—	—	—	—
Stulejka	1	1	—	—	—	—
Ogół	73	72	1	27	25	2

wozdania, za dalekoby mię zaprowadziło; niech mi więc wolno będzie przestać na tej krótkiej wzmiance. Zaludnianym bywa on głównie przez tak zwanych „posielańców” (skazanych na osiedlenie), szuka w nim pomocy i pewna część okolicznych włóścian, nieco urzędników miejscowej administracyi, leczą się wojskowi miejscowego batalijonu i t. p.

Ciężkie warunki bytu w Syberyi wogóle, a szczególnie we wschodniej, oddziałują mniej lub więcej szkodliwie na każdą klasę ludności; jeżeli się do tego dołączy niemniej szkodliwy wpływ szeroko rozwiniętego pijaństwa, to czytelnikowi łatwo będzie stworzyć sobie jakie takie pojęcie o stanie ustrojów na których dokonywano powyższych operacyj.

Prócz tych okoliczności, przeciąg czasu trwania choroby, powikłania, stan chorych w chwili przybycia do szpitala, również wywierały wpływ na zejścia operacyj.

I. Odjęcia uda. Jeżeli do 8 przypadków, objętych w powyższej tablicy, dołączy się jeszcze 4 wykonane przezemnie (wskutek takichże samych przyczyn i w taki sam sposób (w r. 1872) w tymże szpitalu), to wszystkich przypadków odjęcia uda otrzymamy 12; z tych dwie wykonano u kobiet, 10 u mężczyzn. Z 10 przypadków u mężczyzn 4 zakończyły się śmiercią; kobiety wyzdrowiały obydwie.

Ogólna zatem śmiertelność przy tej operacyi wynosi u mnie prawie 34% (33,33...%).

Wskazaniem do odjęcia uda był wyłącznie guz biały kolana (*tumor albus genu*) pochodzenia obrażeniowo-goścowego, w okresie najczęściej daleko posuniętym, powikłanym z innymi ciężkimi przypadkościami jako to: odleżynami, gnilcem (*scorbutus*) i t. d. Albo jeżeli nic podobnego nie by-

ło, do operacji zmuszały groźne objawy ogólnego zakażenia ustroju (gruźlica), z powodu długiego trwania ropiejących powierzchni. Wszyscy operowani należeli do niższych warstw społeczeństwa; wiek ich sięgał 27 do 60 lat.

Przeciąg czasu, potrzebny do zagojenia rany, obejmował 2 — 3 miesiące. W jednym przypadku (u 57 letniego chorego), w którym prócz odleżyn pokrywających całą prawie powierzchnię krzyża i oba krętarze, jeszcze i prawe płuco było zajętem (gruźlica w szczycie — *tuberculosis*); chory z zagojoną raną i znacznie przybrawszy na wadze ciała, wypisał się ze szpitala po półrocznym weń pobycie. W rok potem widziałem tego chorego. Kończyna operowana nie była wychudłą, nie przybrała postaci stożkowatej. Prócz częstych drgawek w nodze operowanej, innych przypadłości nie doznawał. Chory wyglądał dobrze. W prawym płucu prócz lekkiego oddechu oskrzelowego, ponad grzebieniem łopatki, nie chorobliwego stwierdzić nie mogłem. Dawny kaszel, krwioplucie, ciężki oddech ustąpiły.

Operacji odjęcia uda dokonałem z dwoma płatami: zewnętrznym i wewnętrznym, w $\frac{1}{3}$ części dolnej uda. Powikłań po operacyjnych było mało. W jednym tylko przypadku obumarł kawałek kości udowej.

Z 4 przypadków, które zakończyły się śmiercią, badanie zwłok robiono w trzech. Przypadek, w którym badania pośmiertnego skutecznie nie dozwolono, dotyczy felczera, lat 27, u którego po utworzeniu się guza białego rozwinęły się suchoty. Operację zrobiono na żądanie chorego, nadzwyczajny bowiem ból w kolanie odejmował mu spokój. Chory zniósł dobrze nie tylko samą operację ale i następne (w 10 dni po odjęciu) wycięcie obumarłego kawałka operowanej kości udowej, mającego długości około 2 cali. We dwa miesiące rana zagoiła się. Operowana kończyna była wychudłą, miała postać ostrosłupa. We trzy miesiące po zupełnem zagojeniu się rany chory zmarł przy zwykłych objawach śmierci na suchoty. Cała wygrana w danym przypadku polegała na tem, że chory po operacji mógł lepiej spać i więcej doznawał spokoju.

W trzech przypadkach w których badanie pośmiertne robiono, pierwszy dotyczył żołnierza, lat 27; przypadek powikłany mocno rowiniętym gnilcem. Śmierć nastąpiła na 3 dzień po operacji wskutek zapalenia płuc. W ranie nie wykryto nic nieprawidłowego. Zanik kości 3, 4 i 5-go żebra z lewej strony od przodu, zaczynając od granicy chrząstki na przestrzeni 3—4 poprzecznych palców. Cierpiące żebra miały postać ciemnobrunatnych pręg sprężystych. Za życia w danej miejscowości oprócz bólu, wzmagającego się przy dotykaniu, żadnych innych objawów nie było.

Z pozostałych dwóch chorych, jeden (60 letni) zmarł przy zwykłych objawach ropnego zapalenia tk. łącznej podskórnej (*phlegmone diffus.*), drugi zaś (45 letni) na ropnicę. W tym ostatnim przypadku, oprócz zwykłych objawów ropnicy, badanie pośmiertne wykryło dwie duże blizny w dnie żołądka (*in fundo ventriculi*), a bliżej nieco ku odzwiernikowi znaczne owrzodzenie. Czy chory cierpiał kiedy na jakie dolegliwości żołądkowe, tego z opowiadań jego dowiedzieć się nie było można; podczas bytności zaś jego w szpitalu, najmniejszy objaw nie zdradzał tak ciężkiego cierpienia żołądka.

II. **O d j ę c i a g o l e n i.** Jako wskazania do tej operacyi służyły: znaczne zniszczenie skóry na goleni przez wrzody żyłakowe (*ulc. varic.*), i zniszczenia kosei stopy, przy których inna operacyja zastosowaną być nie mogła. Zniszczenia stopy w żadnym przypadku nie były pochodzenia obrażeniowego.

Wiek chorych od 30—45 lat. Wszyscy należeli do stanu niższego; przybywali do szpitala w lepszym stanie zdrowia, aniżeli chorzy pierwszej kategorii. Prócz mniej lub więcej rozwiniętego gnilca, innych powikłań nie było. Przeciętny okres gojenia się ran wynosił 2—2 $\frac{1}{2}$ miesiąca.

O d j ę c i a dokonywałem w $\frac{1}{3}$ części górnej z płatem tylnym; w $\frac{1}{3}$ cz. dolnej używałem cięcia kolistego dwurazowego, z oddzieleniem skóry.

Ten ostatni sposób w dalszych swoich skutkach okazał się wielce niedogodnym. Po upływie pewnego czasu, po zupełnem zagojeniu się rany, skóra tylnej powierzchni goleni tak mocno przeciągała bliznę w tył i w górę, że skóra przedniej powierzchni goleni mocno się napinała na krawędzi piszczei, zaogniała się i dużo było kłopotu z usunięciem tej biedy. Mojem zdaniem podobne przypadki dają się dokładnie tłumaczyć niejednokowym stopniem możliwości kureczenia się (*retractio*) skóry na tej i tamtej powierzchni goleni: skóra bowiem luźniej przylega na tylnej powierzchni goleni, aniżeli na przedniej. Płaty robiłem tak długie, że zupełnie pokrywały ranę ¹⁾.

III. **O d j ę c i a r a m i e n i a i p r e d r a m i e n i a** nie w sobie szczególnie nie zawierały. Wiek chorych 30—35 lat.

IV. **W y ł u s z c z e n i a** (*exarticulationes*) wszystkie prawie wykonane były z powodu odmrożenia. Wiek chorych od 15 do 60 lat. Przybywali do szpitala w różnych okresach przebiegu cierpienia, przy dość dobrym stanie sił ogólnych. Odjęcie 3-go palca ręki wraz kością dłoniową dokonane zostało po ukąszeniu przez konia. Czas gojenia się dochodził niekiedy do 5 miesięcy, a to z powodu powikłań przez częste w stawach (szczególniej palców) zapalenia tkanki łącznej.

Na szczególną uwagę zasługuje operacyja CHAUPART'A i wyluszczenie stopy.

Pięć przypadków operacyi CHAUPART'A, które spostrzegałem w przeciągu 1—2 lat, dały najpomysłniejsze wyniki. Szóstego przypadku jako zbyt świeżego nie mogę tu zaliczać.

Wyluszczenie stopy z początku wykonanem było w stawie skokowo-piętowym, do czego wzięłem, dla braku zdrowej skóry na całej podsz-

¹⁾ CRUSARD w swojej tablicy kureczliwości skóry okoliczność tę zupełnie pominął. Przypuszczając nawet wiarogodność jego tablicy, co do stopnia kureczliwości skóry, należy koniecznie uwzględnić i możliwość tej kureczliwości. W ogóle, odjęcie goleni w jednej trzeciej części dolnej, w wyjątkowych chyba przypadkach może być uważane za pożyteczne. Przyczyny tego zbyt są jasne. W dwóch przypadkach tej operacyi wykonanych przezemnie w danym okresie czasu miałem też same skutki. Wypadków, o których mówi GÜTHERBOCK nie doświadczałem ¹⁾.

wie, płaty z boków i z przodu. Pomysłny wynik operacji zniweczyło powstanie ropnia około kostki wewnętrznej; znaczna część kości (główka) pozostała nie pokryta. Chory nie zgodził się na poprawienie tej niedokładności i że sztuczną golenią wypisał się ze szpitala. W kilka dni przybył napowrót do szpitala, prosząc o odjęcie mocno niepokojącej go, bezużytecznej goleni. Wyjąłem mu kość skokową (*astragalus*) sposobem BRAZDOR'A. Rana zagoiła się zupełnie, na podstawie kończyny była zdrowa skóra (kostki wyciąłem). Chory mógł chodzić swobodnie przy pomocy zwykłej laski podkładając pod operowaną kończynę poduszeczkę, wysokości pięty.

Chory ten liczył 66 lat wieku, zniósł dwa silne krwotoki po tych operacjach, wywołane zerwaniem przez nieostrożność przewiązki z tętnicy goleniowej przedniej (*art. tibialis ant.*). ¹⁾

¹⁾ Dr. Le Fort pomieścił w *Gaz. hebdomadaire de Médec.* 1873, Nr. 45 str. 714, artykuł, poświęcony krytyce odjęć w stawach stopy. Krytyka opiera się na własnym doświadczeniu autora, wyłączając operację Pirogow'a której autor nigdy nie robił ¹⁾. Le F. powiada, że, *quo ad vitam*, wszystkie te operacje nie przedstawiają wielkiej między sobą różnicy, lecz nie tak się rzecz ma co do ich użyteczności. Odjęcie pod kością skokową (*amputatio sub talo*) uważa za niebezpieczne z powodu bliskości stawu goleniowo-stopowego; również zarzuca tej operacji, że znaczna część kości skokowej pozostając niepokryta, daleko większe przedstawia niebezpieczeństwo, aniżeli operowanie w stawie skokowo-goleniowym albo ponad kostkami, przyznając przy tem użyteczność operacji *sub talo*..

Również nie zaleca nasz autor i operacji ponad kostkami (*supra malleolaris*), przynajmniej w szpitalach i u robotników; utrzymuje bowiem, że wyjąwszy rzadkie przypadki, robotnik, w końcu zmuszonym bywa do używania sztucznej goleni. I tam według naszego autora, gdziebyśmy taką operację robili zechcieli, bezporównania lepiej i bezpieczniej będzie wykonać ją *in loco electionis* jakkolwiek ta ostatnia byłaby niebezpieczną, jeżeli operowanie w stawie skokowo-goleniowym byłoby niemożliwym. Odrzuca również i użyteczność operacji CHAUPART'A, mówiąc, że nie tylko grozi ona stawom wyżej położonym, lecz w większości przypadków kończy się podjęciem pięty... I zaleca zamiast operacji CHAUPART'A uciekać się zawsze do odjęcia sposobem ROUX i SYME t. j. w stawie skokowo-goleniowym, bezwzględnie odrzucając odjęcie stopy sposobem PIRGOWA.

Wczytawszy się bliżej w krytykę Le FORT'A, niepodobna, nie dostrzedz pewnego pesymizmu w zdaniach szanownego autora. Sama nawet pochwała, oddawana sposobowi ROUX i SYME, nie da się pogodzić z ogólnem twierdzeniem chirurgów: „nie odejmować dużo tam, gdzie poprzestać można na małym.”

Szukać takiej operacji (amputacji) któraby stanowiła zupełne *restitutio ad integrum* w poniesionych stratach, nie zdaje mi się być rzeczą możliwą, a każde odjęcie członka może nazywać się dobrem, kiedy z natury samej operacji można od niej oczekiwać uratowania życia (a chociażby tylko ulgi) i możebnie dobrego użytku z operowanej kończyny. Z dwóch sposobów operowania ten będzie lepszym, który przy jednakowych nadziejach wyzdrowienia daje *maximum* możebnej używalności operowanej kończyny.

Że wskutek tej lub owej operacji chorzy umierają, to jeszcze zachodzi pytanie, czy zawsze śmierć może być kładzioną na karb samej tylko operacji? Jeżeli z 5 operowanych 3 zmarło (po jednej i tejże samej operacji), to mojem zdaniem śmierć tych 3 mogła tylko nastąpić wskutek operacji po przyłączeniu się jeszcze jakiejś okoliczności, niemogliby bowiem inaczej pozostać przy życiu dwaj pierwsi. Mniejsza lub większa śmiertelność po danej operacji wogóle, nie może być, sama przez się, miarą użyteczności danej operacji. Statystyka wyłącznie liczbowa doprowadza i doprowadzać musi do wniosków bar-

¹⁾ Streszczenie tego artykułu znajduje się w HIRSCH und VIRCHOW'S. *Jahresbericht*, t. 1874, II B. II Abth. str. 445.

V. Wycięcie (*resectio*) końca łokciowego kości ramieniowej które miało miejsce u żołnierza lat 23, w skutek próchnienia kłykcia zewnętrznego kości ramieniowej (*caries condyli externi humeri*), dokonaniem zostało sposobem MOREAU. Wyzdrowienie nastąpiło w 13-siej nocy. Ramię do przedramienia przymocowanem było zaraz po operacyi, pod kątem 45°, przedramię w położeniu pośrednim między skruceniem ku przodowi i wykręceniem ku ty-

dzo fałszywych! To się daje widzieć nietylko w jednej medycynie, gdzie chodzi o tak skomplikowane zjawisko jakim jest życie.

Z powyższych zasad wychodząc, trudno nie zapytać szanownego autora, dlaczego odrzuca odjęcie stopy nadkoscwke, przenosząc nad nie nawet odjęcie gdzieś na goleni, kiedy to ostatnie jest bardzo niebezpiecznem (i z natury rzeczy takim być musi), jak to i sam autor przyznaje. Nadto odjęcie na goleni mocno tamuje ruchy człowieka, robi go mniej zdolnym do zarabiania sobie na kawałek chleba!...

Dla czego odjęcie *sub tala*, autorowi wydaje się tak złem, niebezpiecznem? Że po tej operacyi jest możebność zajęcia stawów powyżej leżących przez sprawę zapalną, czyż podobne przypuszczenie może być przeszkodą do jej wykonywania? W takim przypadku wartoby całą chirurgiję rzucić do licha, bo któż nas zapewnić może, że po rozcięciu najprostszego czyraka, chory już nie jest w niebezpieczeństwie utraty życia albo kalectwa? Że czasem kość pozostaje niepokrytą, to przypadek ten zwykle trafia się tylko przy pewnych nieszczęśliwych powikłaniach, które wcale nie tak często się przytrafiają; albo też wypadek niepomysłny zależy od złego wykonania, niezręczności operatora, lecz nigdy zależeć nie może od samej operacyi!...

Odjęcie *sub tala* jest dobrą i bardzo pożyteczną operacyją z samej natury swojej, bo daje długą i użyteczną kończynę. Po operacyi CHAUPART'A, PIROGOW'A ona pierwsze miejsce zajmować może, w tego rodzaju odjęciach. W kwestyi zaś „niebezpieczeństwa” trudno jeszcze dziś stanowczo o tem rozstrzygać. Jak wiadomo, operacyja ta jest dość rzadką, a fakta, jakie są, wcale na korzyść autora nie mówią!..

LIGNEROLLES ¹⁾, który odjęcie *sub tala* pierwszy zaproponował w r. 1839, uważał je za użyteczne z zasad czysto teoretycznych. Wykonaniem ono było poraz pierwszy w styczniu 1841 r. przez TEXTOR'A starszego, dało wynik jak najlepszy. Dwa przypadki MALGAIGN'A, jeden MAISONNEUV'A, jeden TEXTOR'A młodszego (9 letniemu chłopakowi, na obydwóch nogach) nie pozostawiły nic do życzenia nawet pomimo ciężkiego, w niektórych przypadkach, przebiegu leczenia. Z nowszych ²⁾ moge przytoczyć jeden przypadek VOLKMANN'A. Operacyja wywołaną została przez odmrożenie. Skóra na pięcie była zepsuta. Przebieg leczenia po operacyjnemu wcale niełatwy; jednakże wynik bardzo pomysłny. VOLKMANN widział później swojego chorego, prawie w 1 1/2 r. po operacyi, chory chodził swobodnie, pomimo ukrócenia nogi na 3/4 cala. Niemniej potwierdzającym użyteczność tej operacyi jest i przypadek DESPRES'A ³⁾. Operacyja miała miejsce w skutek poranienia stopy granatém. Przypadek ten ciekawym jest jeszcze i z tego względu, że, po operacyi, częściowo odtworzyła się i kość piętowa. Nie odrzuca tej operacyi i uważa ją za użyteczną taka powaga chirurgiczna, ze współczesnych nam chirurgów, jak ERICHSEN ⁴⁾. FISCHER ⁵⁾ razi tylko wtedy robić odjęcie SYME'A, jeżeli *sub tala* stanie się ono nie możebnem.

Mój przypadek, jak to czytelnikowi wiadomo, nie miał pomysłnego skutku, jednakże nie pozwoliłbym sobie kłaść tego na karb samej operacyi!

Dla tych samych przyczyn trudno zgodzić się ze zdaniem naszego autora i co do operacyi CHAUPART'A. Obawa o mogące się zdarzyć zapalenie stawów powyżej leżących, o tyle zdaje mi się być racjonalną, o ile np. godziłoby się uważać za niebezpieczne wcho-

1) G. B. GÜNTHER. *Blutig. Operat. II Abth. 1857.*

2) HIRSCH u VIRCHOW'S *Jahresbericht. 1872. II B. p. 465.*

3) HIRSCH u. VIRCHOW'S *op. cit.*

4) *Science and art of surgery V. 1. p. 59. 1872 przez niegoż.*

5) *Kriegschirurgie in Chtrurg. BILLROT'A i PTY p. 518 1867.*

lowi. Bliższych wiadomości o wynikach tej operacji, z powodu mojego wyjazdu, nie miałem; z tego zaś co mi zakomunikowano wiem tylko, że czucie w operowanej kończynie pozostało, ruchy w 4 i 5 palcu zostały nieco ograniczonymi (*extensio*).

Pozostałe operacje nie szczegółnego nie przedstawiały.

Od niektórych chorych na raka wargi dolnej mogłem się dowiedzieć, że od lat wielu zwykli palić fajkę (każdy z operowanych miał niemniej jak lat 50 wieku), że byli zawsze namiętnymi palaczami, że zwykli trzymać cybuch

dzenie do lasu, w lesie bowiem zwykli przebywać wilki i rozbójnicy. Co się zaś tyczy podjęcia pięty, to i ta wada również rzadko się zdarza. Mnie się zdaje, że możnaby tę okoliczność zrobić jeszcze rzadszą, przez nieco odmieniony pogląd na mechanizm prawidłowego trzymania się pięty. Samo operowanie na temby zyskało.

Że przyczynę podjęcia pięty po operacji CHAUPART'A, stanowi przecięcie antagonistów ikrowych, w tem, co domnie, nie może być najmniejszej kwestyi, jakkolwiek GÜNTHER powiada, że ta przyczyna działa tylko „w większej części przypadków” ¹⁾. Sądzę, że niesłusznem jest uważać za wyłącznych antagonistów mięśni ikrowych *m. m. tibialis anticus et peroneus brevis*. Prawidłowe trzymanie się pięty, mojem zdaniem nie może być uważanem za czynność wyłączną tego lub owego mięśnia. Ja byłbym tego zdania, że prawidłowe trzymanie się stopy uważać należy za wypadkową kilku sił, działających w rozmaitych kierunkach. Antagonistą mięśni podnoszących piętę do góry jest nie tylko *m. tibialis ant. i m. peroneus brevis*, lecz i *extensor hallucis long., extens. digit. com. long.*; a pośrednio, przy pewnych położeniach stopy, i *m. tibialis postic.* przyczyniać się musi do utrzymania pięty w prawidłowem jej położeniu i *extens. digitor. com. brevis*.

Taką kolejną rzeczą, udatna operacja CHAUPART'A polegałaby na tem, żeby końce wszystkich (a przynajmniej większości) przeciętych ścięgiem umieścić w bliźnie. Wskazanie to, mojem zdaniem, da się najlepiej skuteczniej wtedy, jeżeli operację wykonamy albo pierwotnym sposobem samego CHAUPART'A, albo TEXTOR'A (jeśli się nie myle starszego). Przedewszystkiem, ażeby cięcia i oddzielenia płatów robić aż do kości. Inne sposoby nie czynią zadość temu wymaganiu, jeżeli się przecina ścięgna mięśni zbyt wysoko i nie w jednej płaszczyźnie. Stąd, po nastąpieniu skurczenia się mięśni, ścięgna przecięte podciągają się zbyt wysoko i nie wrastają w bliznę. Ja zwykle robię cięcia w półkołe, między punktami TEXTOR'A; kąty, tworzące się przy sposobach CHAUPART'A i TEXTOR'A części obumierają. Moi chorzy chodzą nie używając nic prócz zwykłej spacerowej laseczki, wystarczają im wcale niewykwintni szewcy krasnojarscy; a nawet mogą tańczyć!.

W 1873 r. DUPONT ²⁾ również otrzymał pomyślny wynik z operacji CHAUPART'A. Widział on podówczas swojego chorego we 12 lat po operacji która nie pozostawiała nic do życzenia. W danym przypadku DUPONT zostawił *os naviculare*.

ERICHSÉN ³⁾ radzi odcinać *capitulum tali*. Jabym sądził, że podobna manipulacja sprawić musi to, że przednie ramię dzwigni staje się przez to nazbyt krótkiem i możliwość podniesienia pięty jeszcze się zwiększa.

Nie robiłem nigdy, tak jak i nasz autor operacji PIROGOW'A. ERICHSÉN ⁴⁾ powiada, że „*subsequent and extent experience has convinced me, that there is no special liability to pyemia after PIROGOFF'S amputation. After its performance, patients can run; which they cannot do after amputation of the leg in any part*”. FISCHER ¹⁾ również ją zaleca.

To samo co ERICHSÉN powiedział o szczególnej skłonności po tej operacji do ropnicy może da się również dobrze zastosować i do zarzutu co do obumierania pozostałego kawałka kości piętowej i przetok.

¹⁾ *Op. cit.*

²⁾ HIRSCH u. VIRCHOW'S *Jahresbericht* 1874.

³⁾ ERICHSÉN *op. cit.*

⁴⁾ BILLROTH u. PITHA l. c.

po tej samej stronie, na której właśnie rozwinął się rak. O ile to zeznanie jest prawdziwym, powiedzieć trudno, chorzy bowiem (szczególniej z klasy mniej wykształconej) zwykle albo dają odpowiedzi przeczące na wszystkie pytania, albo znowu przyznają się do takich rzeczy, które nigdy nie miały miejsca.

Pod względem leczenia nie szczególnego nie mam do powiedzenia. Przeważnie miałem uwagę zwróconą na stan ogólny chorego, jak najmniej zajmowałem się raną: tylko by zapobiedz szkodliwym skutkom rozkładania się ropy, używałem 1^o/₀—2^o/₀ rozczyntu kwasu karbolowego, w postaci obmywań (*ablutio*), albo płatki zmaczane w tymże rozczyntu przykładalem na miejsca ropiejące. *Comresse échauffant* również używałem często po zasyciu rany, tam gdzie się to dawało zastosować. Po wyluszczeniach szczególniej stawów drobnych, zimne okłady najlepsze dawały skutki, i jeżeli zdarzały się powikłania jak ropnie, ograniczone zapal. tkank. łącz. podskórnej, to nie mogę przypisywać tych wypadków nieskuteczności wzmiankowanego środka. Jeżeli w danych przypadkach nie było wrodzonego usposobienia do wzmiankowanych powikłań, to powikłania te łatwo dawały się tłomaczyć ogromnym brakiem posługi szpitalnej, jej niezręcznością, i. bardzo często, niedbalstwem samego chorego.

Z ciężkich powikłań jakie się pojawiały po operacjach, wzmiankować muszę o dwóch przypadkach zgorzeli, przyczyną zaś jej było dokonanie operacyi w niezdrowym miejscu, i do tego chory nadużywał napojów wyskokowych. Zgorzel ustąpiła pod wpływem kwasu saletrzanego dymiącego. Drugi przypadek nastąpił po wyjęciu 3-go palca ręki razem z kością dłoniową; przyczyna niewiadoma. Powikłanie to ustąpiło pod wpływem maści LISTER'A. W pierwszym przypadku zgorzel była mięszzową (*gangr. pulpasa*) w drugim zaś błoniastą.

Przy wszystkich większych operacjach używałem chloroformu.

Z operacyj niekrwawych zasługuje na uwagę przypadek pomysłnego zejścia po zgruchotanem złamaniu kości goleniowej (*fract. commin.*). Po 7-mio tygodniowem utrzymywaniu złamanej goleni w opasce gipsowej kostnina (*callus*) się nie wytworzyła; zastosowałem wówczas sposób BURMAN'A (po raz pierwszy przez niego użyty w r. 1848 i mało przez kogo powtarzany). Do tego dołączyłem jeszcze, idąc za radą GÜNTHER'A, *hypophosphatis calcis* jeden skrupuł na dobę, rozpuszczony w mleku, co 2 godziny, po łyżce stołowej ¹⁾. Skutek był bardzo pomysłny. Chory wyszedł ze szpitala zdrow, skrócenie nogi nie nastąpiło ²⁾. Chory był nalogowym pija-

¹⁾ Op. cit. p. 94. Zamiast fosforanu wapna (*Phosphorsaur. Kalk*) zalecanego przez GÜNTHER'A, użyłem podfosforanu (*hypophosphatis*) jako, mojem zdaniem, strawniejszego.

²⁾ Kolegów mało obeznanych z leczeniem niezrosłych odłamków kości sposobem BURMAN'A winniem ostrzedz, że sposób ten jest nadzwyczaj bolesnym. U mojego chorego, w chwili puszczenia prądu galwanicznego (używałem przerywanego), gwałtownie opadało tętno, twarz stawała się trupio bladą, kroplisty pot występował na czoło!.. Objawy te w pierwszym posiadzeniu tak mi się groźnemi wydały, że omal nie zawiesiłem leczenia.

Na widok takich objawów wstrząśnienia (*shock*), dałem choremu dobrą dawkę wódki, co później codziennie powtarzałem tuż przed rozpoczęciem posiedzenia.

kciem. Zdruzgotanie goleni nastąpiło wskutek potrącenia przez cwałem pędzące sanie. Skóra nie była uszkodzoną.

Z KAZUISTYKI POŁOŻNICZEJ.

Użycie kąpeli ciepłej, celem zapobiegania rozwinięciu się gorączki połogowej. Będąc świadkiem zastosowania kąpeli ciepłej w dwóch przypadkach, zaraz po porodzie, z wielką dla położnic korzyścią, mam sobie za obowiązek ogłosić je publicznie. Już w czasie panujących w roku zeszłym dwóch zabójczych epidemij gorączki połogowej, komunikowałem spostrzeżenia te kilku kolegom, pragnąc, żeby sadzając kobietę po porodzie do kąpeli ciepłej, przekonano się kilkakrotnie w zakładzie przedewszystkiem o tem, czy takowa istotnie nie wywoła możliwego krwotoku.

1. Przed kilkunastu laty byłem wezwany do żony wojskowego po raz trzeci rodzącej. Poród odbył się prędko i prawidłowo, po czem ze zdumieniem widziałem, jak w wannę napełnioną wodą około 30° R. też położnicę wsadzono. Ta uspakajając mnie opowiadała, że po poprzednich porodach również z najlepszym skutkiem brała kąpiel, która w stronie przez nią zamieszkałej (w Rosyi południowej) jest w takich razach w użyciu. Dotykając się macicy w kąpeli, w której około 10 m. pozostawała, znalazłem ją dokładnie skurczoną, nie krwawiącą. Po przeniesieniu położnicy do czystego ogrzanego łóżka, zaczęła się ona pocić, i wkrótce zasnęła. Przebieg połogu był prawidłowym i matka sama dziecię karmiła.

Że kąpiel ciepła nie spowodowała krwotoku, uważałem wówczas za wypadek wyjątkowy, od osobistego usposobienia położnicy zależny, a że półóg odbył się bez powikłań, zależało to od pomyślnego wówczas *genius epidemicus* dla położnic w ogóle.

2. Killkanaście lat upłynęło, kiedy na wiosnę roku zeszłego, w czasie panującej zabójczej posocznicy (*septicaemia*) powtórnie widziałem zastosowaną kąpiel ciepłą zaraz po porodzie pierwiastki z tychże co i poprzednia stron przybyłej. Poród był prawidłowy ale powolny. Zaniepokojony zaś byłem o zdrowie, nawet o życie rodzącej, widząc przy niej akuszerkę w tem samym ubraniu, w jakim ją przed paru dniami spotkałem u położnicy zmarłej na posocznice. Bez mojej wiedzy kąpiel ciepła była, również jak w powyższym przypadku, przygotowaną przez rodzinę rodzącej, do której ją w mojej obecności sadzano. I tym razem żadnego nie było krwawienia i macica pozostała dokładnie skurczoną. Po kąpeli trwającej około kwadransa, wystąpiły poty i położnica zasnęła spokojnie. Przebieg połogu był najprawidłowszy, pomimo że w owym czasie nie było prawie położnic, któraby nie przeżyła choć lekkiej *peri* lub *parametritis*, albo przynajmniej nie doznawała silnych i nader bolesnych bólów poporodowych, pomimo że dołączana była przez akuszerkę, którą uważać należało za przenosicielkę zarazy.

W obydwóch przypadkach zwraca tedy uwagę naszą: 1° nie ukazanie się po kąpeli ciepłej żadnego krwawienia i pozostawanie macicy nadal w dokładnym skurczu. 2° dobroczynne działanie kąpeli ciepłej wogólności, t.j. działanie jej uspakajające oraz wzmacniające, tak pożądane dla każdej położnicy, której układ nerwowy uległ silnemu wstrząśnieniu i której mięśnie po ciężkiej pracy fizycznej są obolałe i zmęczone. Nieukazanie się krwotoku po ciepłej kąpeli tłumaczyć można tem, że też wywołując przyspieszoną krwi obieg powierzchowny tem samym przyczynia się do zmniejszenia masy krwi w macicy i narządach sąsiednich. Można by się też zabezpieczyć od możliwego jednakże krwawienia, zadając rodzącym na krótko

przed ukończeniem porodu kilku dawek sporyszu w połączeniu z chininą. Tę ostatnią mianowicie w zamiarze podniesienia sił żywotnych, aby ustrój był odporniejszym na wpływ epidemiczny.

Nie zaniedbując wszakże znanych środków zapobiegawczych jakoto: zmiany odzieży przez lekarzy i akuszerki, dobrego przewietrzania, przyspieszenia porodu, nastrykiwań odwietrzających, czystości wielkiej rąk i narzędzi, sadzimy, że oba powyższe środki: kąpiel ciepła oraz chinina ze sporyszem, do jednych z najlepszych środków zapobiegawczych należeć będą, a co najmniej przyczynią się do zapewnienia przyrodzie albo lekarzowi więcej czasu na usunięcie wytworów chorobnych. Albowiem ochroną przeciwko samozarażeniu pozostanie zawsze jak najdokładniejsze skurczenie macicy, obok odwietrzania (*dezynfekcji*) miejscowych zranień części rodnych. Zabezpieczy zaś znakomicie od przenoszenia zarazy zzewnątrz: ułożenie położnicy po ciepłej kąpeli w świeżem łóżku zaopatrzonem w czystą pościel i czyste podkłady. Odwyknie się przez to od dotychczasowego ohydneho zwyczaju nie pozwalania zasypiać położnicom aż w godzin parę po porodzie, zostawiając ją zanieczyszczoną czasami całą noc, ile razy macica natychmiastowo się nie ściąga, i niepokojąc chorą przez ciągłe nacierania, ażeby się lepiej macica kurczyła. Kąpiel ciepła, po której krwotoku się nie obawiamy usuwa to wszystko. Położnica oczyszczona z odchodów rozkładających się szybko dostaje się do łóżka świeżego, poci się zasypia i budzi się odporniejszą na przyjęcie zarazka. Powtarzamy więc, że jeżeli doświadczenie w zakładach wielkich, gdzieby w czasie panującej epidemii każdą położnicę zaraz po porodzie sadzano do kąpeli, wykazało statystycznie spodziewane dobre wyniki, śmiałejby zastosowano ją z pożytkiem dla rodu ludzkiego w prywatnej praktyce.

Dr. Konitz.

PRZEGLĄD PISMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Przyczynek do nauki o zalewie krwistym rdzenia kręgowego.

przez D-ra E. GOLTDAMER'A.

W streszczeniu podał H. Kuskowski.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 43).

Poszukiwania drobnowidzowe w ogniska chorobowego wykazały że ono składało się z włókien tkanki łącznej, które kędzierzawo splecione przenikałygo we wszystkich kierunkach. Pomiędzy temi znajdowały się kropletłuszczu w wielkiej ilości i komórki ziarnisto-tłuszczowe (*Fettkörnchenzellen*), dużo kryształów hematoïdyny, i gromady brunatnego ziarnistego barwnika. Pierwoicin nerwowych niebyło w ognisku. Naczynia, które się w niem znajdowały w większej ilości na granicy, przedstawiały zmiany dwojakie: Raz znajdowało się zupełne zwyrodnienie tłuszczowe tychże. W naczyniach włosowatych ograniczyło się wystąpienie kulek tłuszczowych do jąder, gdzie się na obu ich biegunach kulki tłuszczowe usadowiły, a które w części jądra zupełnie pokrywały. Na większych naczyniach pochwa limfatyczna (*Lymphscheide*) okazała się wypełnioną wielkimi komórkami ziarnisto-tłuszczowemi, w różnym stopniu natężenia. Drugą zmianą jest odłożenie się barwnika. Ściany naczyń zgrubiały, wydatnie w podłuż przegowane, przyczem częścią w samej tkaninie ścian, częścią w pochwie limfatycznej, a także w świetle naczynia usadowione kupki barwnika brunatno żółtego. Na niektórych naczyniach zwyrodnienie tłuszczowe robiło wrażenie, jak gdyby twory barwnikowe przedstawiały tylko masy tłuszczowe zabar-

wione. Ampułkowatych rozszerzeń na małych naczyniach jakie przez CHARCOT w przypadku BOURNEVILLE¹⁾ były znalezione, niebyło nigdzie. Poszukiwania szaro zabarwionych białych powrózków, które jeszcze na lewej stronie ogniska w części się zachowały, wykazały obecność licznych komórek ziarnkowych (*Kernchenzellen*), nadzwyczaj zmniejszoną ilość włókien nerwowych po większej części pozbawionych swych pochwęk.

Następnie rdzeń kręgowy poddano działaniu dwuchromianu potażowego. Na stwardniałym rdzeniu znaleziono: długość ogniska (na wysokości 2-go nerwu grzbietowego) wynosiła 8 mm.; 3 mm. ku górze, a 7 mm. ku dołowi od ogniska, cały rdzeń przedstawiał się jasno-żółtym, niezupełnie stwardniałym, z niewyraźnym rysunkiem. Ku dołowi poniżej 7 mm. od ogniska pojawił się dopiero lewy szary przedni i tylny róg; po prawej nie można było jeszcze nic rozeznać, oprócz rdzawo-brunatnych smug łączących się z rdzawo-brunatnym zabarwieniem ogniska, na miejscu prawego tylnego rogu. Te rdzawo-brunatne smugi można było śledzić na dół aż do 5-go nerwu grzbietowego; zawdzięczały one swe zabarwienie brunatnym ziarnistym massom barwnika na naczyniach. W odległości jednego centm. od ogniska okazały się ku dołowi (dotąd powrózki białe jednostajnie jasno-żółto były zabarwione), dopiero białe tylne powrózki w prawidłowym ciemno-brunatnym od kwasu chromnego zabarwieniu, zbitości twardej; przednie powrózki przedstawiały się przybliżenie prawidłowemi, boczne w jasno-żółtym zabarwieniu. Jeszcze niżej ograniczało się żółte zabarwienie tylko na powrózki boczne, na całe do połowy rdzenia kręgowego, a od-tąd coraz wężej tylko na tylne części tychże. Ostatki zmian w powróz-kach bocznych, dawały się śledzić aż do obrzmięcia lędźwiowego. Ku górze od ogniska szara tkanina na lewo okazywała się prawidłową w oddaleniu 3 mm., tymczasem po prawej stronie była jeszcze zupełnie zmieniona. Powrózki tylne okazały się na tej wysokości bardzo wyraźnie jasno-żółto zabarwionemi, a także powrózki klinowate GALL'A, jako też większa część zewnętrznych części powrózków tylnych, aż do wazkiego nietkniętego rąbka, który szare tylne rogi odgranicza. Powrózki przednie były prawidłowemi, boczne, przerodzone. Dwa centm. wyżej tkanina szara, sądząc po rysunku, była prawidłową, powrózki białe okazywały żółte zabarwienie na tylnych powrózkach, jako też powrózki GALL'A i wewnętrzna część zewnętrznych połów powrózków tylnych, i powrózki boczne. Jeszcze dwa centm. wyżej przerodzenie było mniej znacznem, jak skoro na powrózkach bocznych ograniczało się do paska brzeżnego, a na powrózkach tylnych sferę powrózków GALL'A nieco tylko przekraczała (8 centm.). O jeden centm. wyżej tylko powrózki GALL'A i boczne w powyżej wspomnianym obrębie okazały się zajętemi (7 centm.). W części górnej obrzmięcia szyjowego ciągnęło się przerodzenie powrózka bocznego najprzód na lewo od tylnej części tegoż przez obwodowy przedni pas i jednocześnie przerodzenie powrózka GALL'A nie dosięgało szarego spoidła, lecz zatrzymało się w pół drogi. Przerodzenie powrózków GALL'A było jeszcze widocznem na przecięcie na wysokości pióra pisarskiego.

Żółto zabarwione części rdzenia kręgowego tuż nad i pod ogniskiem okazywało wiele komórek ziarnistych, tłuszczowo przerodzoną naczynia, ilość włókien nerwowych bardzo zmniejszoną; te ostatnie po większej części były pozbawione swych pochwęk. Również bardzo mało znajdowała się komórki zwojowych, po większej części napełnionych kropelkami tłuszczowemi, prawie nie do rozpoznania. Ilość neuroglii wyraźnie zwiększona; wypełniała ona przestrzeń pomiędzy włóknami nerwo-

¹⁾ BOURNEVILLE, *Gaz. Méd.* 1871 p. 451.

wemi; o ile te nie były zajęte przez komórki ziarniste. Zmiany w żółto zabarwionych powrózkaach tylnych i bocznych były zupełnie takie same. Części rdzenia kręgowego brunatno zabarwione i dolne stwardniałe, okazały się zupełnie prawidłowymi, jak również i zawarte w nich naczynia. W szczególności także tkanka szara, wraz z zawartymi w niej komórkami zwojowymi była zupełnie nietkniętą, z wyjątkiem oczywiście opisanego powyżej miejsca zupełnego przerodzenia.

Najistotniejsze momenta obecnego przypadku dają się w krótkości zebrać w ten sposób: zupełny brak jakichkolwiek zwiastunów, wystąpienie porażenia apoplektycznego, które już po godzinie dosięgło szczytu, gwałtowny ból miejscowy, jako też silne strzelające bóle w obrębie nerwów międzyczębrowych i splotu ramieniowego, utrzymanie się ruchów zwrotnych w ciągu całego przebiegu. Najgłówniejsze momenta anatomiczne są: blizna tęga z tkanki łącznej, z zupełnym zanikiem pierwocin nerwowych w szarej i białej tkaniuie górnej części rdzenia kręgowego, zawierająca znaczną ilość kryształów hematoidyny, jako też ziarnkowego barwnika, przecięcia rdzenia kręgowego w najbliższem otoczeniu blizny, wynoszącym około dwóch centm. usiane komórkami ziarnistymi, komórki zwojowe tutaj w części zanikłe w części przerodzone tłuszczowo, włókna nerwowe powrózków białych w części także zanikłe i zastąpione przez komórki ziarniste, pochewki nacyniowe temż komórkami pozapełniane. Od tego zupełnie przerodzonego miejsca rozwinęło się ku górze w powrózkaach tylnych, a ku dołowi w bocznych, następne przerodzenie, cechujące się licznymi komórkami ziarnistymi, przybytkiem neuroglii i zanikiem włókien nerwowych. Tkanina szara powyżej i poniżej zupełnie przerodzonej części była prawidłową. Ogniska właściwego rozmiękania nie było zupełnie.

Z czysto anatomicznego punktu zapatrywania się, po roku od zachorowania, zaledwie możemy rozwiać pytanie, czy mieliśmy do czynienia z zapaleniem rdzenia krwotokowem (*myelitis haemorrhagica*) czy też z samoistnym krwotokiem, czy przyjąć zmiany w najbliższem otoczeniu blizny jako następne wskutek wylewu krwistego, lub też jako pierwotnie powstałe przy ostrem zapaleniu rdzenia (*myelitis acuta*). Z tem wszystkim jeżelibyśmy przyjęli ostatnie przypuszczenie, to dziwnemby było to, że oprócz blizny i pasa słabo rdzawo zabarwionego na prawym tylnym rogu, nie było żadnych innych pozostałości z wylewu krwistego, gdy tymczasem w większej liczbie przypadków ośrodkowych krwotokowych zapalen rdzenia (*myelitis haemorrhagica*), wcześniej przychodzących do badania anatomicznego, spostrzegamy tkaninę szarą na znacznej przestrzeni zamienioną na czerwonawą braję. Wązki brunatny pas na prawym tylnym rogu wskazuje wyraźnie na szerzenie się względnie dosyć znacznego wylewu krwistego ku dołowi i ku górze. Brak wszelkich zmian w tkaniuie szarej, znajdującej się najbliższej ogniska, zupełnie niezajęcie reszty rdzenia aż do typowego następowego przerodzenia, przemawiają raczej za krwotokiem, aniżeli za zapaleniem.

Lecz jeżeli podstawy anatomiczne mogą się przyczynić do przyjęcia z wielkiem prawdopodobieństwem krwotoku samoistnego, to przypuszczenie to potwierdza jeszcze bardziej przebieg kliniczny. Zaledwie możnaby przypuścić zapalenie mlecza, dopóki chora z pełną swobodą używała swych dolnych kończyn. Wystąpieniu porażenia towarzyszył napad gwałtownego bólu, którego niemożna objaśnić przy zapaleniu, lecz trzeba odnieść do wystąpienia krwotoku. Ten wylew krwisty musiałby, stosownie do tego mieć miejsce w pierwszej chwili poczęcia się przypuszczalnego zapalenia rdzenia, i to zapalenie musiałoby natychmiast osiągnąć swego końca lub przynajmniej stracić swój charakter krwotokowy, aby nie pozostawiło śladu dalszych wylewów. Wszystkie te przypuszczenia nadto są sztuczne

i nieprawdopodobne, aby je chciało podtrzymywać dla miłości teorii wyłącznie zapalnego powstawania krwotoków rdzenia kręgowego.

Co się tyczy klinicznego rozpoznania, to zalew krwawy osłon daje się z góry wykluczyć. Porażenie było zanadto zupełnem, brak było również sztywności stosu kręgowego, która towarzyszy stałe zalaniu krwią osłon jako też strzelających bólów w porażonych członkach. Nagły ból krzyża wystąpił bardzo szybko, i dlatego niemożna go było odnieść do większego wylewu w osłony. Trudnijszem jest rozwiązanie pytania, czy nie miało tu miejsca zapalenie rdzenia samoistne, lub wywołane przez ucisk ze strony jakiegoś guza. Zupełny brak zwiastunów, nadzwyczaj szybki rozwój objawów porażenia, napad bólu, który rozpoczął chorobę, następnie także długie utrzymywanie się odleżyny, zupełnie przewlekły przebieg, trwałe zachowanie się ruchów zwrotnych i pobudliwości elektrycznej w porażonych mięśniach, niezjawienie się wysokich zbroceń odżywczych (*troficznych*) w tych ostatnich, przemawiają więcej za przyjęciem wylewu krwistego.

Przypuszczenia co do przyczyny, można robić tylko z wielką ostrożnością. Przy braku jakiegokolwiek zmian w układzie naczyniowym, mianowicie w sercu i naczyniach rdzenia, przy braku urażenia mechanicznego, należy mieć na uwadze, jako moment przyczynowy, nieraz przytaczany przez autorów dla wyjaśnienia podobnych przypadków—wstrzymanie miesiączki (*suppressio mensium*). OLIVIERS d'ANGERS wyprowadza rozmaite przypadki nagle powstałego bezwładu kończyn dolnych (*paraplegia*) z zatrzymania się miesiączki, w przypadku LEVIER'A ¹⁾ ten związek zaledwie możnaby usunąć; także przypadek MOYNIER'A, który zresztą mało zdaje się tu należeć, przytacza LEYDEN jako dowód dla tego rodzaju powstawania. Nasza chora nie miała jeszcze miesiączki, co jest zadziwiającem przy uwzględnieniu jej wieku i rozwoju, a nawet się nie objawiły zwiastuny miesiączkowania (*molimina menstrualia*), jak chora utrzymywała. Lecz przy badaniu zwłok znalazło się ciało żółte (*corpus luteum*) w jajniku, wielkości ziarenka grochu, na wejrzenie dawniejszego pochodzenia, a w historii choroby zanotowano w pierwszych dniach śluzowy odpływ z części rodnych. W czasie choroby nie wystąpiła ani razu miesiączka. Możliwe więc przyjąć że miesiączkowe pobudzenie naczyń spowodowało krwotok w rdzeniu kręgowym, i że w tych okolicznościach nadzwyczaj duży wylew krwi do jajnika, przy zmienionych warunkach odżywczych (*paraplegia*) nie został wchłoniętym, co by było nastąpiło w zwyczajnych okolicznościach, tak że jeszcze po roku można go było rozpoznać.

Następowe przerodzenie po zalewie krwistym rdzenia, w tak typowym rozwoju, nie było jeszcze spostrzeżanem. W przypadku LIOUVILL'A ²⁾ jest ono tylko notowanem. Zresztą zachowuje się ono zupełnie tak jak przy innych uszkodzeniach rdzenia kręgowego. Ku górze można było wyraźnie śledzić za stwardnienie (*sclerosis*) przedniej części powrózka bocznego aż do skrzyżowania się piramid. Objawów zmniejszenia ruchów w górnych kończynach nie było zupełnie aż do końca. Klinicznie można było rozpoczęcie się zstępującego przerodzenia przed 4 miesiącami rozpoznać ³⁾ po skurczeniu się (*contractura*) i mimowolnych drganiach, jako też wysoko podniesionej pobudliwości zwrotnej kończyn dolnych.

¹⁾ LIVIER. *Beitrag zur. Pathologie der Rückenmarksapoplexie*. Bern 1864.

²⁾ HAYEM. *Hemorrhagie interne* p. 162.

³⁾ CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux* II p. 113.

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

o rozpoznawaniu zapalenia płucni i odmy piersiowej czyni prof. C. GERHARDT („*Allg. med. Centr. Ztg.*” Nr. 33—1876), następujące uwagi: G. BACCELLI wykrył, iż przy różnicowym rozpoznawaniu wysięków płucni surowicznych i ropnych które pod względem praktycznym jest nader ważnem, posługiwać się możemy tą własnością, że wysięki gęste i w komórki obfitujące, osłabiają nierównie więcej przewodnictwo głosowe, aniżeli surowicze. Zdanie to BACCELLI'EGO w zupełności stwierdza prof. GERHARDT na zasadzie doświadczeń, przy których drgania kamertonu wysłuchiwał przez warstwy jednokowej grubości kolejno: wody, krwi i ropy. Nadto G. potwierdza orzeczenie FERBER'A, iż tak zrosty płucni, jak również jej wysięki bardzo dobrze przewodzą drgania głosowe, jakoteż tę własność, że na miejscu zrostów bardzo wyraźnie przy opukiwaniu słyszeć można odgłos metaliczny. W przypadkach wysięków płucni następowych, wskazówkę przyrody wysięku stanowi rodzaj cierpienia pierwotnego. Gorączka pologowa, płonica, ospa, suchoty płucne powodują wysięki ropne; rak zaś płucni—wysięki surowicze; większe wysięki, występujące bezpośrednio po zapaleniu krupowem płuc, bywają prawie zawsze ropne, po zawałach zaś krwistych, ostrym gościu stawowym, prawie zawsze surowicze. Wypuszczenie większych jednostronnych wysięków powoduje częstokroć zapadnięcie nie tylko chorego, lecz i zdrowego boku. W przypadkach nagromadzenia się ropy i powietrza w jamie płucni (*pyopneumothorax*) z rozłarciem oskrzeli, przy otworzeniu worka płucni za pomocą cięcia, kilkakrotnie w miejscu odpowiadającym górnej części przestrzeni wypełnionej powietrzem, przy każdym wdęchniu po głębokim szmerze oskrzelowym słyszano szmer drugi głošny, metalicznie dźwięczący, przy każdym zaś wdęchniu dawały się słyszeć te same szmery, lecz w odwrotnym porządku. Szmer drugi wdęchowy i pierwszy wydęchowy G. czyni zależnym od przechodzenia prądu powietrza z oskrzela do jamy płucni i *vice versa*. Wiele z wypuszczonych wysięków płucni tak ropnych jak surowicznych, zawierało znaczne ilości paralbuminy.

(*Ref. w „Wien. med. Wochenschrft.”* Nr. 35—1876).

Leczenie płasawicy (chorea). W przypadkach płasawicy A. W. HAMILTON („*The British med. Journ.*” Nr. 811—1876. — „*Aerztlich. Intelligenzblatt*” z 15 Sierpnia r. b.) przedewszystkiem stara się podnieść siły chorego przez podawanie żelaza i tranu, jak również strychniny, którą zaleca dawać aż do wystąpienia odrętwienia w mięśniach lydkowych, lub wreszcie arseniku w wielkich dawkach, zastępując go strychniną tam, gdzie arsenik wywoływał znaczne zaburzenia w trawieniu. Oprócz tego H. zaleca stosowanie zimna na stos kręgowy, już to zapomocą nastrzykiwań eteru sproszkowanego, już to przez codzienne przykładanie na 10 minut pęczery z lodem na wysokości kręgów szyjowych; w 35 przypadkach leczonych zapomocą sproszkowanego eteru otrzymał wyleczenie po 15 do 20 posiedzeniach. Nadto H. w niektórych przypadkach przyznaje skuteczny wpływ solom cynkowym i blekotowi (*conium maculatum*), którego działanie jednak zawsze bywa tylko chwilowem. Bardzo pożytecznym też okazał się fosfor z tranem, w tych zwłaszcza przypadkach, w których zawiodły wszelkie inne środki. W nader uporczywych razach H. poleca bezwzględny spokój w ciemnym pokoju. Pokarmy należy dobierać stosownie do danego przypadku, zalecić choremu należyte wysypianie się i usunąć go od wszelkiego umysłowego zajęcia. Prócz tego z pomyślnym można stosować skutkiem kąpiele ciepłe solne z następowemi po nich wycieraniami flanelą.

(*Ref. w „Allg. W. med. Ztg.”* Nr. 34—1876). *St. Kw.*

Wycięcie śledziony (splenotomia). PEAN przedstawił na posiedzeniu akademii lekarskiej Paryskiej dwie kobiety, którym wyciął był śledzionę. Pierwsza z nich była operowaną przez niego 6 Września 1867 r. z powodu olbrzymiej torbieli surowiczej w śledzionie, która wypełniła prawie całą jamę brzuszno-miedniczą i naśladowała torbiel wielojamistą jajnika. Od czasu operacji, zdrowie tej kobiety nie pozostawia nic do życzenia. Druga chora była przez PEAN'A operowaną 2 Kwietnia r. b., a 22 Maja t. r. opuściła szpital i wróciła do zwykłych swych zajęć. Śledziona w tym razie była nadmiernie prze-rośniętą, ważyła 1125 grm., długości 22, a szerokości 12 centymetrów. Wymiary te są

niezawodnie w skutek odpływu krwi o połowę mniejsze od tych jakie przed operacją wycięta śledziona przedstawiała. Przerost w tym razie dotyczył wyłącznie mięszu; okrywa nie była przerośniętą. Z tych dwóch przypadków pomyślnie zakończonych, autor wyprowadza następujący wniosek: wycięcie śledziona z powodu jej olbrzymiej wielkości, zdaje się być mniej niebezpiecznym, aniżeli można było sądzić o tem ze znanych dotąd spostrzeżeń. Jak wiadomo, w rzeczy samej z 6-ciu tego rodzaju operacyj wykonanych w ostatnich 20-tu latach przez KÜCHLER'A, WELLS'A, KOEBERLE'GO i PEAN'A, 4 zakończyły się śmiercią operowanych; podane dwa przypadki mają być jedyne wyzdrowieniem zakończone. (*L'Union médicale* 1876. N. 89). J. R.

Przeciw pokrzywce (*urticaria*) zaleca prof. HARDY wewnątrznie alkalija, a w bardzo uporeczywych przypadkach arsenik; zewnątrznie zaś smarowanie z chloroformu 1 cz. i olejku migdałowego 3 cz. Gdy takie smarowanie nie skutkuje, niecika się II. do sublimatu, a mianowicie: wysoko 10 cz., wody przepędzonej 90, sublimatu $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{17}$ cz. (*L'Union méd. Deutsche med. Wochsft.* N. 22—1876).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Marsylia. Pomoc lekarska podczas nocy zostaje zaprowadzoną na wzór tego co od roku istnieje w Paryżu. Do każdej stacyi policyjnej należeć będzie lekarz, który w razie zapotrzebowania, przez policyjanta zostanie o tem zawiadomionym, zaprowadzonym do chorego żądającego pomocy i odprowadzonym do swego mieszkania. Każdy z ośmiu takich lekarzy na całe miasto, 8 stacyj policyjnych posiadające, pobierać będzie rocznej płacy 300 franków. W Paryżu nocna pomoc lekarska płaci się za każdą wizytę 10 franków. U nas nocne dyżury zaprowadzone przy lecznicy pierwszej, po kilku miesiącach ustały dla braku powodzenia, do czego zapewne stosunkowo wysoka cena (rs. 3 za wizytę nocną) nie mało się przyczyniła.

Amerykańska fabryka dyplomów doktorskich w Filadelfii zamkniętą została z powodu braku zgłaszających się o jej wyroby. Wiadomo czytelnikom z ogłoszeń w naszych nawet pi-mach codziennych podawanych, iż w Filadelfii znajdował się uniwersytet handlujący dyplomami doktorskimi. Otóż dowiadujemy się z gazet zagranicznych, że założyciel tego uniwersytetu, niejaki dr. BUCHANAN wycofał się z tego handlu i zamknął swoją szacowną fabrykę. Sprytny ten przemysłowiec, szkot rodem, zdobył na tym handlu bardzo znaczny majątek; lecz zapewniają, że już od lat kilku, dzięki nawoływaniom prasy lekarskiej, interesa tego handlu szły coraz gorzej. Cena dyplomu doktorskiego spadła na 100 franków z 500; atoli pomimo tak znacznego zniżenia ceny, dyplomy nie miały odbytu. Z tego względu prawdopodobnie dr. B. nie znajdzie naśladowcy.

Przyrodzownawstwo homeopatów. W „*Homöopathisches Gesundheitsbuch von Karl. B.*” w r. b. wydanej, czytamy o leczeniu solitera, co następuje: „Zegar grający lub jaki inny muzyczny instrument grający (jako to: tabakierka lub album grające) stawia się na stole i wprawia w działanie. Chory mający solitera obnażony *anus* przytyka do grającego instrumentu tak, aby wydawane dźwięki jego mogły się rozchodzić po jelitach grubych chorego. Niedługo czekając, soliter się ukazuje, a mianowicie naprzód głową, a następnie swemi dzwonymi instrument grający otacza zaczyna. Wtedy nie potrzeba nic więcej, jak tylko głowę solitera przez pociśnięcie paznokciem oddzielić od jego ciała, poczem przez lekkie pociąganie i resztę jego wydobyć można.” Wprawdzie anatomija porównawcza o przyrządzie słuchowym solitera milczy, jednakże autor w swoim homeopatycznym natchnieniu sądzi, że soliter jest bardzo muzycznym zwierzęciem i dla tego zaleca on ten prosty sposób przed użyciem jakiegokolwiek innego leku. Z chwilą wprowadzenia w użycie przez jednego z fotografów warszawskich grającego krzesła, dla pozowania osób fotografowanych, zwolennicy homeopatyi trapieni soliterem, mogliby za jednym zachodem pozbyć się tego muzycznego, a wielce niemilego pasożyta i uniesmiertelnic swoje oblicze przy pomocy fotografii.

BIBLIOGRAFIJA.

DIEULAFOY. Des Progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux. Paryż 1875. Rs. 1 kop. 20.

LÉPINE. De la localisation de maladies cérébrales. Paryż 1875. Rs. 1 kop. 20.

FALIN. De l'action physiologique et thérapeutique de l'alcool. Paryż 1875. Rs. 1.

LOUIS THOMAS. Traité des opérations d'urgence,—z figurami. Bardzo pożądaný podręcznik dla ogółu lekarzy szczególniejszych prowincjonalnych. Paryż 1875. Rs. 2 kop. 50.

PAJOT. Le Chloroforme dans les accouchements naturels, considéré au point de vue théorique et pratique. Paryż 1875. Kop. 60.

LUTON. Traité des injections sous-cutanées à effets local. Zastosowanie metody tej do leczenia nerwobólów, guzów i t. d. Paryż 1875. Rs. 2.

JOFFROY. De la Medication par l'alcool. Paryż 1875 Rs. 1 k. 50.

BURQ. De la Gymnastique pulmonaire contre la phthisie. Paryż 1875. Rs. 1.

FENWICK. Manuel de diagnostic médical. Tłómaczenie z angielskiego, podług 3-go wydania, z figurami. Paryż 1875. Rs. 2.

LEROY-DUPRÉ. Les indications et les contreindications de l'hydrothérapie. Paryż. Rs. 1.

REDARD. Etude de thermométrie clinique. Zajmuje się i chorobami zniżeniami ciepłoty. Paryż 1875. Rs. 2.

SANTA-PIETRA. Les Climats du midi de la France. Studium porównawcze wartości lekarskiej stacyj klimatycznych południowej Francji z takimiż stacyjami Włoskimi, z Egiptem i Maderą. Paryż 1875. Kop. 70.

OGŁOSZENIA.

Rozbiór chemiczny wody gorzkiej, zwanej

„Deak Ferencz”

dokonyany przez Dra Karola THAN, prof. chemii w uniwersytecie w Peszcie:

Woda ze źródła Franciszka Deak'a w Ofen, zawiera w 1 funcie cywil. (7680 granów):

Siarczanu magnezji	138,171 gran.	Dwuwęglanu sody	13,200 gran.
Siarczanu sody	109,050 „	Węglanu sody	2,038 „
Siarczanu potażu	2,150 „	Tlenku żelaza i glinki	0,066 „
Siarczanu wapna	11,024 „	Krzemionki	0,035 „
Chlororku sodu	22,111 „	Wolnego i nawpół uwieznionego kw. węglowego.	2,538 „

Woda gorzka „Franciszka Deak'a” pod względem ilości działających części składowych przewyższa wszystkie dotąd znane wody gorzkie.

Wskazana jest: 1) przy cierpieniach trzewiów brzusznych z przekrwienia i zastojów powstających; przy obrzmieniu wątroby i śledziony; 2) przy zatkaniach jelit (*obstructio alvi*); 3) przy napływach krwi do głowy; 4) przy lekkich stopniach *zoldów*; 5) przy goścęciu i dnie; 6) przy przewlekłym miąższowem zapaleniu macicy i t. p. Zadaje się z początku w ilości średniej szklanki, a następnie po 2 do 3 szklanek zwyczajnych dziennie.

Dr. FRENKELSZ, starszy lekarz miasta Ofen.

Dr. Carl TORMAY, starszy lekarz m. Pesztu i dyrektor szpitala miejskiego 8-go Rocha.

M. IRANYI, właściciel źródła „Deak Ferencz” w Ofen.

Skład główny w Apteece Dra T. Heinricha w Warszawie, przy ulicy Wierzbowej.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja Medycyny i Pamiętnika Tow. Lek. Warszaw. ulica Marszałkowska Nr. 45